

FORMULÁRIO DE QUEIXA SOBRE CONTAS HOSPITALARES

HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- Você pode apresentar a sua queixa pela internet na página hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- Para receber assistência gratuita a respeito da sua queixa, entre em contato com a Health Consumer Alliance [Aliança de Consumidores de Saúde] no site healthconsumer.org ou pelo telefone (888) 804-3536.
- Este programa não tem jurisdição (autoridade) sobre disputas gerais de cobrança e taxas, transparência de preços, Estimativas de Boa Fé ou cobranças de provedores em pronto-socorro (além das taxas das instalações).
- Se precisar enviar documentos pelo correio, inclua somente as cópias. **Não envie originais, pois tais documentos não serão devolvidos.**

PARTE 1: INFORMAÇÕES DO(A) PACIENTE

1. Nome(s) e sobrenome _____
2. Nome como prefere ser chamado(a) (opcional) _____
3. Sexo: Feminino Masculino Não se sabe Prefiro não dizer
4. Data de nascimento _____
5. O(A) paciente faleceu? Sim Não
6. O(A) paciente é menor de idade? Sim Não
7. Em caso de pacientes menores de idade, escreva em letra de forma o nome do pai, da mãe ou do responsável legal: _____

8. Endereço de correspondência, cidade, estado, código postal (5 dígitos), nome do país _____

9. Telefone principal _____

10. Telefone secundário _____

11. E-mail _____

12. Alguém que não seja o pai, a mãe ou o responsável legal de uma criança menor de 18 anos está ajudando você a apresentar a sua queixa? Sim Não

Se a resposta for sim, preencha o Formulário de Representação Autorizada na página 12.

PARTE 2: INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA (NO MOMENTO EM QUE OS SERVIÇOS HOSPITALARES FORAM PRESTADOS)

13. Tamanho da família: _____

Para pacientes com 18 anos de idade ou mais, a família inclui o seguinte: cônjuge, companheiro(a) e filhos(as) dependentes que sejam menores de 21 anos de idade, ou de qualquer idade se forem incapazes, estejam vivendo em casa ou não. Para pacientes com menos de 18 anos de idade, ou para filho(a) dependente entre 18 e 20 anos de idade, a família inclui o seguinte: pai, mãe, parentes cuidadores e demais filhos(as) dependentes do pai, da mãe ou de parentes cuidadores que tenham menos de 21 anos de idade, ou de qualquer idade se forem incapazes. Se precisar listar mais de cinco membros da família, preencha o adendo na página 11.

Número	Nome completo	Idade	Relação com paciente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PARTE 3: INFORMAÇÕES DO HOSPITAL

14. Nome do hospital: _____

15. Endereço, cidade, estado, código postal (5 dígitos): _____

16. Datas dos serviços cobrados pelo hospital: _____

Forneça uma cópia de qualquer cobrança, se a documentação estiver disponível.

17. Você pagou algum valor pelos serviços em questão? Sim Não Não se sabe

Se a resposta for sim, forneça comprovantes e indique a data do último pagamento, se a documentação estiver disponível: _____

18. Você solicitou pagamento com desconto e/ou atendimento de caridade ao hospital antes de apresentar esta queixa? Sim Não

Se a resposta for não, pule para a Seção 4. Se a resposta for sim, informe a renda familiar vigente na data em que recebeu a cobrança pelo serviço ou a renda familiar vigente nos 12 meses anteriores à data em que recebeu a cobrança pelos serviços.

Renda familiar do(a) paciente: _____

Semanal Quinzenal Mensal Anual Outro: _____

19. Data em que você solicitou assistência financeira: _____

20. A sua solicitação de assistência financeira foi negada? Sim Não

Se a resposta for sim, indique a data em que entrou com recurso, se for o caso: _____

PARTE 4: INFORMAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE

21. Os serviços hospitalares foram parcialmente cobertos pelo seguro contra acidente de trabalho, seguro de automóvel ou outro seguro não listado acima? Sim Não Não se sabe

22. Você tinha algum seguro, plano de saúde particular e/ou plano de saúde governamental (ou seja, Medi-Cal, Medicare, Seguro Suplementar do Medicare, etc.) em qualquer uma das datas de serviço em questão?

Sim Não Não se sabe

Se a resposta for sim, liste o nome do plano para cada cobertura, assim como as datas de vigência da cobertura, o número de identificação de membro e assinale abaixo a opção correspondente ao tipo de cobertura, se a documentação estiver disponível.

 Cobertura principal

 Datas da cobertura

 Número de identificação de membro

 Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementar do Medicare

 Cobertura secundária

 Datas da cobertura

 Número de identificação de membro

 Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementar do Medicare

 Outra cobertura

 Datas da cobertura

 Número de identificação de membro

 Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementar do Medicare

 Outra cobertura

 Datas da cobertura

 Número de identificação de membro

 Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementar do Medicare

23. Algum seguro, plano de saúde particular e/ou plano de saúde governamental processou alguma reivindicação dos serviços que estão sendo cobrados pelo hospital?

 Sim Não Não se aplica ao caso Não se sabe

PARTE 5: INFORMAÇÕES SOBRE A COBRANÇA DAS DÍVIDAS

24. O hospital vendeu esta dívida médica para uma agência de cobrança ou você corre o risco de ter o seu caso enviado para uma agência de cobrança? Sim Não Não se sabe

25. Se a resposta for sim, a dívida foi comunicada a uma agência de crédito ou afetou o seu relatório ou a sua pontuação de crédito?

 Sim Não Não se sabe Não se aplica ao caso

Se a resposta for sim, forneça uma cópia do seu relatório de crédito.

26. A data em que a dívida foi vendida para uma agência cobrança ou a data em que você recebeu o aviso de que a sua conta hospitalar estava em risco de ser enviada para uma agência cobrança, se for o caso e a documentação estiver disponível: _____

PARTE 6: INFORMAÇÕES SOBRE A QUEIXA

Descreva o motivo da sua queixa: _____

De acordo com o meu conhecimento, todas as informações que forneci ao apresentar esta queixa são verdadeiras e estão corretas.

Nome do(a) paciente (em letra de forma)

Assinatura do(a) paciente ou representante legal

Observação: O Formulário de Representação Autorizada precisa ser preenchido se o formulário de apresentação de queixa estiver sendo assinado por um(a) representante legal.

Autorizo o Departamento a encaminhar a minha queixa à Secretaria Estadual de Saúde Pública para a resolução de questões ocorridas antes de 1º de janeiro de 2024. Sim Não

PARTE 7: LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

HCAI-Legal-562 (REV 12/23/2025)

Eu, [nome do(a) paciente em letra de forma] _____ dou a minha permissão para que o [nome do hospital em letra de forma] _____ compartilhe o meu prontuário médico completo, inclusive dados financeiros, informações de cobrança, detalhes médicos e de saúde mental, uso de substâncias, HIV, relatórios de exames de imagem, entre outros registros relacionados à queixa que apresentei, ou que foi apresentada em meu nome, ao Programa de Queixas sobre Contas Hospitalares (HBCP) do Departamento de Acesso e Informações sobre Assistência Médica (HCAI) a fim de confirmar se o hospital acima indicado estava em conformidade com a Lei de Cobrança Hospitalar Justa e os respectivos regulamentos.

Compreendo que os meus registros relacionados a qualquer transtorno causado por uso de substâncias, se for o caso, serão protegidos pelo Código de Regulamentos Federais (CFR), Título 42, Parte 2, “Confidentiality of Substance Use Disorder Patient Records” (Sigilo dos Registros de Pacientes com Transtorno de Abuso de Substâncias) e Título 45, itens 160 & 164, que contêm a Regra de Privacidade da Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde (HIPAA) de 1996, não podendo ser divulgados sem o meu consentimento por escrito, a menos que previsto de outra forma pela regulamentação.

A presente autorização para compartilhar os meus dados de saúde permanecerá vigente até que a queixa que apresentei ao HCAI seja solucionada. Compreendo que tenho o direito de revogar tal autorização para compartilhar os meus dados de saúde a qualquer momento e posso fazê-lo por escrito, enviando o pedido pelo correio:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

A menos que seja revogada de outra forma, a presente autorização terá vencimento 12 meses após a data em que assinei este formulário ou quando a minha queixa for solucionada, de acordo com o que ocorrer primeiro. A revogação entrará em vigor quando o HBCP receber a minha solicitação por escrito, exceto quando o HBCP ou terceiros já tenham se baseado no meu consentimento prévio para a liberação dos meus dados médicos.

Compreendo que a presente autorização para divulgar as minhas informações de saúde é voluntária, mas que o HBCP não pode processar a minha queixa sobre a cobrança hospitalar sem que eu assine a presente liberação.

A menos que seja exigido pela lei, a legislação da Califórnia proíbe o HCAI de divulgar as minhas informações de saúde, a menos que o HCAI obtenha outra autorização. Compreendo que, se eu tiver autorizado a divulgação das minhas informações de saúde a alguém que não

tem a obrigação legal de mantê-las sob sigilo, tais informações podem não ser mais protegidas pelas leis de sigilo em nível estadual e federal.

Compreendo que tenho o direito de receber uma cópia da presente autorização.

Assinatura do(a) paciente: _____ Data: _____

Escreva o seu nome em letra de forma: _____

Se o presente formulário estiver sendo preenchido por uma pessoa com autorização legal para atuar em nome de outra pessoa, tal como pai, mãe ou responsável legal de um menor de idade ou um agente de saúde, forneça as seguintes informações:

Nome da pessoa que está preenchendo este formulário: _____

Assinatura da pessoa que está preenchendo este formulário: _____

Data: _____

Descreva abaixo como esta pessoa tem autorização legal para assinar o presente formulário:

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

As seguintes perguntas demográficas serão usadas apenas para fins de relatório e análise. **Fornecer estas informações é opcional. Se você não quiser fornecer tais informações, isso não afetará de forma alguma a resolução da sua queixa.**

1. IDIOMA

Idioma que prefere falar: _____

Você gostaria que a comunicação fosse feita no seu idioma de preferência? Sim Não

2. RAÇA E/OU ETNIA

Qual é a sua raça e/ou etnia?

Selecione todas as categorias e subcategorias válidas e digite quaisquer detalhes adicionais nos espaços abaixo. Lembre-se que você pode indicar mais de um grupo.

INDÍGENA AMERICANA ou NATIVA DO ALASCA

Forneça os detalhes abaixo.

Nação Navajo Opção de preenchimento: _____

ASIÁTICA OU ASIÁTICA-AMERICANA

Forneça os detalhes abaixo.

Indiana Asiática Cambojana Chinesa Filipina Hmong Japonesa Coreana

Laosiana Paquistanesa Vietnamita Opção de preenchimento: _____

NEGRA OU AFRO-AMERICANA

Forneça os detalhes abaixo.

Afro-americana Barbadiana Etíope Ganesa Haitiana Jamaicana Queniana

Nigeriana Somali Sul-africana Sudanesa Opção de preenchimento: _____

HISPÂNICA ou LATINA

Forneça os detalhes abaixo.

Colombiana Cubana Dominicana Equatoriana Guatemalteca Hondurenha

Mexicana ou Mexicano-Americana Porto-riquenha Salvadorenha Espanhola

Opção de preenchimento: _____

ORIENTE MÉDIO ou NORTE DA ÁFRICA

Forneça os detalhes abaixo.

Afegã Argelina Armênia Egípcia Iraniana Iraquiana Israelense Curda

Libanesa Marroquina Síria Opção de preenchimento: _____

NATIVA DO HAVAÍ ou DAS ILHAS DO PACÍFICO

Forneça os detalhes abaixo.

Chamorra Chuukese Fijiana Guamesa Marshallina Havaiana Nativa Palauana

Samoana Taitiana Tongana Opção de preenchimento: _____

BRANCA

Forneça os detalhes abaixo.

Holandesa Inglesa Francesa Alemã Irlandesa Italiana Norueguesa Polonesa

Portuguesa Russa Escocesa Opção de preenchimento: _____

3. IDENTIDADE DE GÊNERO

Forneça os detalhes abaixo.

Feminino Masculino Homem trans

Mulher trans

Gênero fluído (não exclusivamente masculino nem feminino) Não sei/Prefiro não dizer

Opção de preenchimento: _____

AVISO DA LEI DAS PRÁTICAS DE INFORMAÇÃO DE 1977

A Lei das Práticas de Informação de 1977 (seção 1798.17 do Código Civil da Califórnia) exige o seguinte aviso:

- A seção 127436 do Código de Saúde e Segurança concede ao Departamento de Acesso e Informações sobre Assistência Médica (HCAI) a devida autoridade para investigar as queixas sobre cobranças hospitalares relacionadas às políticas de desconto e/ou assistência de caridade de um hospital.
- O Programa de Cobrança Hospitalar Justa do HCAI usa os seus dados pessoais para investigar a sua queixa sobre cobranças hospitalares.
- Você pode fornecer tais informações ao HCAI voluntariamente, embora isso não seja obrigatório. No entanto, se você não fornecer as informações solicitadas, o HCAI poderá não conseguir investigar a sua queixa.
- O HCAI pode compartilhar os seus dados pessoais, conforme necessário, com o hospital e os prestadores de serviços para investigar a sua queixa.
- O HCAI também pode compartilhar as suas informações com outras agências governamentais conforme exigido ou permitido por lei.
- Você tem o direito de ver os seus dados pessoais. Caso precise de mais informações ou tenha dúvidas sobre o sigilo dos seus dados de identificação pessoal mantidos pelo HCAI, entre em contato com o Agente de Proteção de Dados em:

Department of Health Care Access and Information

Privacy Officer

2020 West El Camino, Suite 800

Sacramento, CA 95833

Privacy.Officer@HCAI.ca.gov

hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

ANTES DO ENVIO

Se quiser que o HCAI investigue se o seu caso foi indevidamente negado pelo hospital quando você pediu ajuda para pagar as suas despesas médicas, é preciso que você já tenha solicitado assistência financeira no hospital onde recebeu os serviços. Se você ainda não fez tal solicitação, entre em contato com o hospital para obter mais informações sobre o processo. Se precisar de ajuda, ligue para a Health Consumer Alliance pelo telefone (888) 804-3536 ou acesse o site healthconsumer.org para obter mais informações.

MÉTODO DE ENVIO

1. Apresente a queixa pela internet no site HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (este é o método de envio mais rápido).
Siga as instruções do site e assine o Formulário de Queixa.
2. Se você estiver usando uma Representação Autorizada, preencha o Formulário de Representação Autorizada.
3. Anexe uma cópia da sua declaração do imposto de renda mais recente ou as folhas de pagamento mais recentes.
4. Você pode anexar outros comprovantes à sua solicitação, incluindo os seguintes:
 - Orçamento do hospital por escrito.
 - Qualquer documentação que comprove os pagamentos feitos em relação aos serviços cobrados.
 - Qualquer comunicação com o seu plano de saúde particular ou governamental a respeito dos serviços cobrados.

- Comprovante de que a dívida médica foi vendida ou está em risco de ser enviada para uma agência de cobrança.
- Uma cópia do seu relatório de crédito, se sua pontuação de crédito foi afetada.

Observe que será considerada apenas a documentação relacionada às datas de serviço listadas na sua queixa.

5. Se o envio não for feito pela internet, envie o seu Formulário de Queixa e qualquer documentação de apoio para:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Bill Complaint Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

ADENDO PARA MEMBROS DA FAMÍLIA

HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

Preencha esta página se precisar listar mais membros da família. Se precisar de mais espaço, faça cópias adicionais desta página para anexar à sua queixa.

INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA

Para pacientes com 18 anos de idade ou mais, a família inclui o seguinte: cônjuge, companheiro(a) e filhos(as) dependentes que sejam menores de 21 anos de idade, ou de qualquer idade se forem incapazes, estejam vivendo em casa ou não. Para pacientes com menos de 18 anos de idade, ou para filho(a) dependente entre 18 e 20 anos de idade, a família inclui o seguinte: pai, mãe, parentes cuidadores e demais filhos(as) dependentes do pai, da mãe ou de parentes cuidadores que tenham menos de 21 anos de idade, ou de qualquer idade se forem incapazes.

Número	Nome completo	Idade	Relação com paciente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

FORMULÁRIO DE REPRESENTAÇÃO AUTORIZADA

HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- Se quiser dar permissão para outra pessoa representar você ou ajudar com a sua queixa, preencha as Partes A e B abaixo.
- **Se você estiver enviando esta queixa em nome de uma criança menor de 18 anos, na qualidade de pai, mãe ou responsável legal, não é necessário preencher este formulário.**
- Se você estiver fazendo esta queixa em nome de um(a) paciente e for designado(a) por lei para agir em nome do(a) paciente, preencha apenas a Parte B. Você precisa anexar uma cópia da documentação que lhe confere autoridade legal para atuar como representante autorizado(a) do(a) paciente.

PARTE A: PREENCHIDO PELO(A) PACIENTE

Eu autorizo a pessoa identificada abaixo na Parte B a atuar em meu nome em relação à minha queixa apresentada ao Departamento de Acesso e Informações sobre Assistência Médica (HCAI). Eu autorizo a equipe do HCAI a compartilhar com a pessoa nomeada abaixo as informações financeiras e os detalhes sobre as minhas condições médicas e os cuidados relacionados. Compreendo e reconheço que tais registros podem incluir dados financeiros, informações de cobrança, detalhes médicos e de saúde mental, uso de substâncias, HIV, relatórios de exames de imagem, entre outros registros relacionados à queixa.

A minha aprovação desta declaração foi feita voluntariamente e eu tenho o direito de revogá-la. Se eu quiser revogá-la, sei que precisarei fazê-lo por escrito.

 1. Assinatura do(a) paciente

 2. Nome do(a) paciente em letra de forma

3. Data: _____

PARTE B: PREENCHIDO PELA PESSOA QUE ESTÁ AJUDANDO O(A) PACIENTE

4. Nome do(a) Paciente: _____

5. Nome do(a) representante autorizado(a): _____

6. Vínculo com o(a) paciente: _____

 7. Endereço de correspondência, cidade, estado, código postal (5 dígitos), nome do país

 8. Telefone

 9. E-mail

 10. Assinatura do(a) Representante Autorizado(a)

 11. Data

12. A minha documentação de autorização legal para atuar como representante autorizado(a) do(a) paciente está anexada. (Marque a opção se for o caso).