

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO SOBRE FATURAS HOSPITALARES

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ Você pode registrar sua reclamação on-line em: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ Para obter assistência gratuita com sua reclamação, entre em contato com a Health Consumer Alliance acessando healthconsumer.org, ou ligando para (888) 804-3536.
- ✓ Para que o HCAI investigue se o hospital lhe negou injustamente ajuda para pagar suas contas médicas, você já deverá ter solicitado o pagamento com desconto e/ou atendimento de caridade **antes de registrar esta reclamação.**
- ✓ Se estiver enviando seus documentos pelo correio, inclua apenas cópias dos mesmos. **Não envie originais, pois eles não serão devolvidos.**

SEÇÃO 1: INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

1. Primeiro nome, nome do meio, sobrenome _____
2. Nome preferido (opcional) _____
3. Sexo: Feminino Masculino Desconhecido Prefere não dizer
4. Data de nascimento: _____
5. O paciente já faleceu? Sim Não
6. O paciente é menor de idade? Sim Não
7. Para pacientes menores de idade, escreva o nome do pai ou responsável legal: _____

8. Endereço para correspondência, cidade, estado, CEP (5 dígitos), nome do país _____

9. Número de telefone principal _____ 10. Número de telefone secundário _____ 11. Endereço de e-mail _____

12. Alguém, que não seja pai ou responsável legal de uma criança menor de 18 anos, está ajudando você a registrar a reclamação? Sim Não

Em caso afirmativo, preencha o formulário de Representante Autorizado.

SEÇÃO 2: INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA

Para pacientes com 18 anos de idade ou mais, forneça o nome completo, a idade e o parentesco dos seguintes: cônjuge, parceiro doméstico e filhos dependentes com menos de 21 anos de idade (morando em casa ou não). Para pacientes com menos de 18 anos de idade, forneça o nome completo, a idade e o parentesco dos seguintes: pais, familiares responsáveis e outros filhos com menos de 21 anos de idade dos pais ou familiares responsáveis. (Se estiver listando mais de seis membros da família, preencha o adendo na página 10).

Número	Nome Completo	Idade	Relação com o paciente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

SEÇÃO 3: INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL

13. Nome do hospital: _____

14. Endereço, cidade, estado, CEP (5 dígitos) _____

15. Data de entrada: _____ 16. Data da alta: _____

17. Você recebeu um orçamento por escrito do hospital? Sim Não

Em caso afirmativo, anexe a documentação de comprovação, se disponível.

18. Datas do(s) serviço(s) que está(ão) sendo cobrado(s) pelo hospital: _____

Se houver mais de uma admissão ou várias datas de serviço separadas, envie uma reclamação separada.

19. Você já pagou algum valor pelo(s) serviço(s) em questão? Sim Não Desconhecido

If yes, provide supporting documentation and date of last payment, if available: _____

SEÇÃO 4: HEALTH PLAN INFORMATION

20. Os serviços hospitalares estavam relacionados a lesões causadas por terceiros (como um acidente de carro, crime ou lesão relacionada ao trabalho)? Sim Não Desconhecido

21. Você estava inscrito em um plano de saúde, plano de seguro e/ou programa de seguro do governo (ou seja, Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance, etc.) para qualquer uma das datas de atendimento em questão? Sim Não Desconhecido

Em caso afirmativo, para cada tipo de cobertura, liste o nome do plano, as datas de vigência da cobertura, o número de identificação da associação e marque a caixa de seleção do tipo de cobertura abaixo, se disponível.

Cobertura primária _____ Datas de cobertura _____

Número de identificação do associado: _____

Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

Cobertura secundária _____ Datas de cobertura _____

Número de identificação do associado: _____

Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

Outras coberturas _____ Datas de cobertura _____

Número de identificação do associado: _____

Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

Outras coberturas _____ Datas de cobertura _____

Número de identificação do associado: _____

Comercial/Empregador Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

22. Algum plano de saúde, plano de seguro e/ou programa de seguro governamental processou alguma das reivindicações dos serviços que estão sendo cobrados pelo hospital?

Sim Não Não aplicável Desconhecido

23. Em caso afirmativo, o paciente apresentou uma reclamação ou recurso ao seu plano de saúde, plano de seguro ou programa de seguro do governo sobre a recusa?

Sim Não Não aplicável Desconhecido

Em caso afirmativo, forneça a documentação de comprovação e a data do último pagamento, se disponível.

24. Data em que a reclamação ou recurso foi resolvido, se aplicável e disponível: _____

SEÇÃO 5: INFORMAÇÕES SOBRE COBRANÇA DE DÍVIDAS

25. O hospital vendeu essa dívida médica para cobrança ou você corre o risco de ser enviado para cobrança? Sim Não Desconhecido

26. *Em caso afirmativo, a dívida foi informada a uma agência de crédito ou teve impacto em seu relatório/pontuação de crédito?*

Sim Não Desconhecido Não aplicável

Em caso afirmativo, forneça uma cópia de seu relatório de crédito.

27. Nome da empresa de cobrança de dívidas, se aplicável e disponível : _____

28. Data em que a dívida foi vendida para cobrança, se aplicável e disponível: _____

29. Número da conta, se aplicável e disponível: _____

Todas as informações que forneci ao registrar esta reclamação são verdadeiras e corretas, de acordo com meu conhecimento.

Nome do paciente (em letra de imprensa)

Assinatura do paciente ou representante legal

Favor ter atenção: Se o paciente não puder tomar decisões médicas e/ou financeiras, se quiser que um representante o ajude com a reclamação ou se for um paciente falecido, preencha o Formulário de Representante Autorizado em anexo. Sem uma assinatura válida do paciente, o representante autorizado deve fornecer documentação de autoridade legal para agir como representante autorizado do paciente (ou seja, procuração, documentação de tutela, carta de nomeação de executor, etc.).

SEÇÃO 6: LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

Eu, [nome do paciente em letra de imprensa] _____ dou minha permissão para que o [nome do hospital em letra de imprensa] _____ compartilhe meu prontuário médico completo, incluindo, entre outros, informações financeiras, faturamento, relatórios médicos, de saúde mental, de transtorno por uso de substâncias, de HIV, de diagnóstico de imagiologia e outros registros relacionados à reclamação que apresentei, ou que foi apresentada em meu nome, ao Departamento de Acesso e Informações sobre Assistência Médica da Califórnia (HCAI), Programa de Reclamação sobre Faturas Hospitalares (HBCP), com o objetivo de determinar se o hospital indicado estava em conformidade com a Lei de Faturamento Justo de Hospitais e regulamentos associados.

Compreendo que meus registros de transtorno por uso de substâncias, se houver, estão protegidos pelas normas federais que regem a confidencialidade e os Registros de Pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias 42 C.F.R., Parte 2 e a Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. pts 160 e 164, e não podem ser divulgados sem meu consentimento por escrito, a menos que haja outra disposição na regulamentação.

Esta autorização para compartilhar minhas informações de saúde é válida até que minha reclamação no HCAI seja resolvida. Compreendo que tenho permissão para revogar esta autorização para compartilhar dados de saúde a qualquer momento e posso fazê-lo por escrito, escrevendo para:

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, esta autorização expirará 12 meses após a data de minha assinatura deste formulário ou quando minha reclamação for encerrada, conforme o que ocorrer primeiro. A revogação entrará em vigor quando o HBCP receber minha solicitação por escrito, exceto na medida em que o HBCP ou outros já tenham se baseado em meu consentimento prévio para a liberação de informações médicas.

Compreendo que esta autorização para liberar informações de saúde é voluntária, mas que o HBCP não pode processar minha reclamação sobre faturamento hospitalar sem a assinatura desta autorização.

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

que não seja legalmente obrigado a mantê-las confidenciais, elas poderão deixar de ser protegidas pelas leis de confidencialidade estaduais ou federais.

Compreendo que tenho o direito de receber uma cópia desta autorização.

Assinatura do paciente: _____ Data: _____

Escreva seu nome em letra de imprensa: _____

Se este formulário estiver sendo preenchido por uma pessoa com autoridade legal para agir em nome de um indivíduo, como um pai ou guardião legal de um menor ou agente de saúde, preencha as informações a seguir:

Nome da pessoa que está preenchendo este formulário: _____

Assinatura da pessoa que está preenchendo este formulário: _____

Data: _____

Descreva abaixo como essa pessoa tem autoridade legal para assinar este formulário:

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

As perguntas demográficas a seguir serão usadas apenas para fins de relatório e análise. **Essas informações são opcionais. Se você não quiser fornecer essas informações, isso não afetará de forma alguma o resultado de sua reclamação.**

1. IDIOMA

Idioma falado preferido: _____

Gostaria que nos comunicássemos com você no idioma de sua preferência? Sim Não

2. RAÇA E/OU ETNIA

Qual é sua raça e/ou etnia?

Selecione todas as categorias e subcategorias que se aplicam e insira quaisquer detalhes adicionais nos espaços abaixo. Observe que você pode informar mais de um grupo.

ÍNDIO AMERICANO ou NATIVO DO ALASCA

Forneça os detalhes abaixo.

Nação Navajo Opção de registro: _____

ASIÁTICO OU ASIÁTICO-AMERICANO

Forneça os detalhes abaixo.

Indiano asiático Cambojano Chinês Filipino/a Hmong Japonês Coreano

Laosiano Paquistanês Vietnamita Opção de registro: _____

NEGRO OU AFRO-AMERICANO

Forneça os detalhes abaixo.

Afro-americano Barbadiano Etíope Ganense Haitiano Jamaicano Queniano

Nigeriano Somali Sul-africano Sudanês Opção de registro: _____

HISPÂNICO ou LATINA/O

Forneça os detalhes abaixo.

Colombiano Cubano Dominicano Equatoriano Guatemalteco Hondurenho

Mexicano ou mexicano-americano Porto-riquenho Salvadorenho Espanhol

Opção de registro: _____

Do MÉDIO ORIENTE ou NORTE-AFRICANO

Forneça os pormenores abaixo.

Afegão Argelino Armênio Egípcio Iraniano Iraquiano Israelita Curdo

Libanês Marroquino Sírio Opção de registro: _____

NATIVO DO HAWAII ou ILHAS DO PACÍFICO

Forneça os detalhes abaixo.

Chamorro Chuukês Fijiano Guamês Marshallês Havaiano nativo Palauense

Samoano Taitiano Tonganês Opção de registro: _____

BRANCO

Forneça os detalhes abaixo.

- Neerlandês Inglês Francês Alemão Irlandês Italiano Norueguês Polonês
 Português Russo Escocês Opção de registro: _____

3. IDENTIDADE DE GÊNERO

Forneça os detalhes abaixo.

- Feminino Masculino Feminino para Masculino/Transgênero Masculino/Homem Trans
 Masculino para feminino/Transgênero Feminino/Mulher trans
 Gênero queer (nem exclusivamente masculino nem feminino)
 Não sei/Prefiro não dizer
 Opção de registro: _____

AVISO DA LEI DE PRÁTICAS DE INFORMAÇÃO DE 1977

A Lei de 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 dá ao Department of Health Care Access and Information (HCAI) a autoridade para investigar reclamações de faturamento hospitalar relacionadas ao pagamento com desconto e/ou políticas de atendimento de caridade de um hospital.
- O Programa de Faturamento Justo do Hospital do HCAI usa suas informações pessoais para investigar sua reclamação sobre faturamento do hospital.
- Você pode fornecer essas informações ao HCAI voluntariamente, embora isso não seja obrigatório. No entanto, se você não fornecer as informações solicitadas, o HCAI talvez não possa investigar sua reclamação.
- O HCAI pode compartilhar suas informações pessoais, conforme necessário, com o hospital e os fornecedores para investigar sua reclamação.
- O HCAI também pode compartilhar suas informações com outros órgãos governamentais, conforme exigido ou permitido por lei.
- Você tem o direito de ver suas informações pessoais. Se precisar de mais informações ou tiver dúvidas sobre a privacidade dos dados de identificação pessoal mantidos pelo HCAI, entre em contato com o Diretor de Privacidade pelo endereço:

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 DE APRESENTAR O PEDIDO

Se você quiser que o HCAI investigue se o hospital lhe negou injustamente ajuda para pagar suas contas médicas, você já deverá ter solicitado assistência financeira no hospital onde recebeu os serviços. Caso ainda não tenha se inscrito no hospital, entre em contato com o mesmo para obter mais informações sobre como se inscrever. Se desejar assistência, você pode ligar para a Health Consumer Alliance pelo telefone 888-804-3536 ou acessar healthconsumer.org para obter mais informações.

COMO APRESENTAR O PEDIDO

1. Faça o registro on-line em HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov ((esse é o método mais rápido de registro).
Siga as instruções on-line e assine o Formulário de Reclamação.
2. Se estiver usando um Representante Autorizado, preencha o "Formulário de Representante Autorizado."
3. Anexe uma cópia de seu W-2 recente ou seis meses de comprovantes de salário.

4. Você pode incluir outros documentos que apoiem sua solicitação, como qualquer um dos seguintes:
- Estimativa por escrito do hospital.
 - Qualquer documentação que mostre os pagamentos feitos para os serviços cobrados.
 - Qualquer comunicação com seu plano de saúde ou programa de seguro governamental sobre os serviços cobrados.
 - Prova de que a dívida médica foi vendida para cobrança ou corre o risco de ser enviada para cobrança.
 - Uma cópia de seu relatório de crédito, caso sua pontuação de crédito tenha sido afetada.

Observe que somente a documentação relacionada à(s) data(s) de serviço listada(s) em sua reclamação será considerada.

5. Se não estiver enviando o formulário on-line, envie o formulário de reclamação e toda a 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 DE MEMBRO ADICIONAL DA FAMÍLIA

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

Preencha esta página se você tiver outros membros da família para adicionar. Se for necessário mais espaço, faça cópias adicionais desta página para enviar com sua reclamação.

INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA

Para pacientes com 18 anos de idade ou mais, forneça o nome completo, a idade e o parentesco dos seguintes: cônjuge, parceiro doméstico, filhos dependentes com menos de 21 anos de idade (morando em casa ou não).

Para pacientes com menos de 18 anos de idade, forneça o nome completo, a idade e o parentesco dos seguintes: pais, familiares responsáveis e outros filhos com menos de 21 anos de idade dos pais ou familiares responsáveis.

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

FORMULÁRIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- Se você quiser dar permissão a outra pessoa para representá-lo ou ajudá-lo com sua reclamação, preencha as Partes A e B abaixo.
- **Se você for um pai ou responsável legal que está apresentando esta reclamação para uma criança com menos de 18 anos de idade, não precisa preencher este formulário.**
- Se estiver apresentando esta reclamação para um paciente e for designado por lei para agir em nome do mesmo, preencha apenas a Parte B. Você deve anexar uma cópia da documentação que lhe dá autoridade legal para agir como representante autorizado do paciente.

PARTE A: PREENCHIDA PELO PACIENTE

Autorizo a pessoa indicada abaixo na Parte B a agir em meu nome relativamente a minha reclamação apresentada ao Department of Health Care Access and Information (HCAI). Autorizo a equipe do HCAI a compartilhar informações financeiras e informações sobre minha(s) condição(ões) médica(s) e cuidados relacionados com a pessoa indicada abaixo. Entendo e reconheço que esses registros podem incluir informações financeiras, faturamento, relatórios médicos, de saúde mental, de abuso de substâncias, de HIV, de diagnóstico de imagiologista e outros registros relacionados à reclamação.

Minha aprovação desta representação é voluntária e tenho o direito de terminá-la. Se eu quiser de fato terminá-la, devo fazê-lo por escrito.

1. Assinatura do paciente

2. Nome do paciente em letra de imprensa

3. Data: _____

PARTE B: PREENCHIDA PELA PESSOA QUE ESTÁ AJUDANDO O PACIENTE

4. Nome do paciente: _____

5. Nome do representante autorizado: _____

6. Relação com o paciente: _____

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

8. Número de telefone

9. Endereço de e-mail

10. Assinatura do representante autorizado

11. Data

12. Minha documentação de autoridade legal para atuar como representante autorizado do paciente está anexada. (Marque se aplicável).