

Política de Crédito e Cobrança

Em vigor a partir de: 1 de janeiro de 2016

Esta Política de Crédito e Cobrança aplica-se ao hospital e a quaisquer entidades que sejam parte da licença 2059 do hospital ou ID Fiscal: 04-2103612

Sumário

Introdução	3
I. Entrega de Serviços de Cuidados de Saúde	4
II. Elegibilidade para Programas de Assistência Financeira	6
III. Notificação de Disponibilidade de Assistência Financeira e Outras Opções de Cobertura	9
IV. Práticas de Cobrança do Hospital	10
V. Depósitos e Planos de Prestações	17
VI. Glossário	18
VII. Anexos/Adendos	21

Introdução

O Hospital é um provedor de primeira linha para a prestação de cuidados médicos medicamente necessários a todas as pessoas, independentemente de sua capacidade de pagar por tais cuidados. O Hospital oferece esse atendimento a **todos** os pacientes que buscam nossas instalações 24 horas por dia, sete dias por semana e 365 dias por ano.

O hospital ajudará os pacientes a obter assistência financeira de programas públicos e outras fontes, sempre que apropriado. Para permanecer viável à medida que realiza a sua missão, o hospital deve cumprir sua responsabilidade fiduciária de faturar e cobrar apropriadamente pelos serviços médicos prestados aos pacientes. É importante notar que, embora o governo federal e estadual usem nomes diferentes para as políticas que o hospital deve seguir para demonstrar como está fornecendo assistência financeira aos pacientes, os requisitos gerais são os mesmos. Como resultado disso, esta política foi criada para satisfazer os regulamentos da Health Safety Net estadual em "Credit and Collection Policies" (Políticas de Crédito e Cobrança) e os requisitos da "Financial Assistance Policy" (Política de Assistência Financeira) da Federal HealthCare Reform Law (Lei Federal de Reforma da Saúde), conforme recentemente esclarecido na notificação de posição 2015-46 do IRS (Internal Revenue Service - Receita Federal), efetiva para os anos tributáveis que começam após 29 de dezembro de 2015.

O hospital não discrimina nenhuma pessoa devido a sua raça, cor, nacionalidade, cidadania, status de residência, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência, no que concerne a aplicação de suas políticas relativas à aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos na pré-admissão ou pré-tratamento, planos de pagamento, admissões colocadas em lista de espera ou rejeitadas, status de Paciente de Baixa Renda, conforme determinado pelo Massachusetts Office of Medicaid, determinação de que uma pessoa é Paciente de Baixa Renda, nem em suas práticas de faturamento e cobrança.

Esta política de crédito e cobrança é desenvolvida para garantir a conformidade com os critérios aplicáveis exigidos (1) na Regulamentação do Serviços Elegíveis da Health Safety Net (101 CMR 613.00) (CMR - Código de Regulamentações de Massachussets), (2) nos Requisitos de Dívida Incobrável do Medicare dos Centros de Serviços do Medicare e Medicaid (42 CFR 413.89), (3) no Manual de Reembolsos do Provedor do Medicare (Parte 1, Capítulo 3), e (4) na Seção 501(r) do Internal Revenue Code (Código da Receita Federal), conforme exigido na Seção 9007(a) da Lei Federal de Cuidados Médicos Acessíveis e Proteção ao Paciente (Pub. L. Nº. 111-148) e como recentemente esclarecido na comunicação do IRS de 28 de fevereiro de 2011 para reportar tais informações no formulário 990 do hospital para o IRS.

Nossa missão

O New England Baptist Hospital transformará a vida daqueles a quem servimos, promovendo o bem-estar, restaurando funções, diminuindo deficiências, aliviando a dor e avançando o conhecimento sobre doenças musculoesqueléticas e distúrbios relacionados.

Nossa visão

- O New England Baptist Hospital será reconhecido como o principal e preferido destino para cuidados musculoesqueléticos.
- O NEBH liderará a região como a fonte mais confiável de atendimento e educação para pacientes com doenças musculoesqueléticas e distúrbios relacionados.
- Ganharemos nossa posição de liderança entre os principais hospitais do país através de excelência clínica, inovação, conhecimento, eficiência e serviço extraordinário para nossos pacientes.

Nossos principais valores

O New England Baptist Hospital está empenhado em manter nossos valores fundamentais de Respeito, Propriedade, Serviço Superior e Excelência.

I. Entrega de Serviços de Cuidados de Saúde

O Hospital avalia a entrega de serviços de atendimento de saúde a todos os pacientes que se vêm ao hospital para obter atendimento, independentemente da sua capacidade de pagar por tais serviços. No entanto, os serviços de cuidados de saúde não emergenciais ou não urgentes (isto é, serviços eletivos ou de cuidados primários) podem ser adiados ou protelados com base na consulta com o corpo clínico do hospital e, se necessário e disponível, com o provedor de cuidados primários do paciente. O hospital pode se recusar a fornecer a um paciente serviços não emergenciais e não urgentes nos casos em que o Hospital não consiga identificar uma fonte de pagamento ou elegibilidade em um programa de assistência financeira. Esses programas incluem o MassHealth, o Commonwealth Care, o Child's Medical Security Plan, o Healthy Start, a Health Safety Net e outros. As opções relacionadas à entrega e ao acesso aos cuidados são frequentemente definidas no manual de cobertura da seguradora ou do programa de assistência financeira.

A urgência do tratamento associado aos sintomas clínicos de cada paciente será determinada por um profissional médico conforme especificado pelos padrões de prática locais, padrões de atendimento clínicos nacionais e estaduais e as políticas e procedimentos do corpo médico hospitalar. Além disso, todos os hospitais seguem os requisitos da Lei de Trabalho de Parto Ativo e Tratamento Médico de Emergência (EMTALA) mediante a realização de um exame de triagem médica nos pacientes que buscarem o Hospital à procura de serviços de emergência para determinar se existe uma condição médica de emergência. É importante observar que a classificação das condições médicas da pessoa são, exclusivamente, para fins de gerenciamento clínico, e que essas classificações visam tratar da ordem em que os médicos deverão atender os pacientes com base nos sintomas clínicos que apresentam. Essas classificações não refletem a avaliação das condições médicas do paciente apresentadas no diagnóstico final.

O hospital irá ajudar as pessoas que não tenham seguro de saúde, ou tenham cobertura insuficiente, a encontrar um programa de assistência financeira que possa cobrir algumas ou todas as suas despesas hospitalares não pagas. Para pessoas com seguro particular, o hospital tem de atuar por intermédio da pessoa e da seguradora para determinar o que poderá ser coberto pela apólice de seguro da pessoa. Uma vez que o hospital, frequentemente, não consegue obter essa informação da seguradora em tempo hábil, é obrigação da pessoa saber quais serviços serão cobertos, antes de buscar serviços

eletivos ou com consulta marcada. A determinação do tratamento baseado em condições médicas é feita de acordo com as seguintes definições:

1. Serviços de Atendimento de Emergência e Urgentes

Qualquer paciente que compareça ao Hospital será avaliado quanto ao nível de atendimento emergencial ou urgente, independentemente da identificação do paciente, cobertura de seguro ou capacidade de pagamento. As definições de serviços de emergência ou de cuidados de emergência apresentadas abaixo são também utilizadas pelo Hospital para fins de determinação da cobertura das dívidas de emergência e urgência incobráveis permitidas no âmbito do programa de assistência financeira do Hospital, incluindo a Health Safety Net.

- a) Os Serviços de Nível Emergencial incluem o tratamento para: Serviços medicamente necessários prestados após o acometimento de uma condição médica, seja ela física ou mental, que se manifeste através de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor severa, de tal forma que a ausência de atenção médica imediata possa resultar, razoavelmente *e na visão de uma pessoa leiga prudente que possua conhecimentos médios de saúde e medicina*, na colocação da saúde da pessoa ou de outra pessoa em perigo grave, deficiência grave de função corporal, ou disfunção grave de qualquer órgão do corpo ou parte de um órgão, ou, no que diz respeito a mulheres grávidas, como mais detalhadamente definido na seção 1867(e) (1) (B) da Social Security Act (Lei de Seguridade Social), 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Um exame de triagem médica e qualquer tratamento subsequente de condições de emergência médica existentes ou qualquer outro serviço dessa natureza prestado na medida do necessário ao abrigo da EMTALA federal (42 USC 1395(dd)) se qualifica como um Serviço de Nível de Emergência.
- b) Os serviços de atendimento urgente incluem: Serviços medicamente necessários prestados após o acometimento súbito de uma condição médica, física ou mental, manifestando-se através de sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa) de tal forma que *uma pessoa leiga prudente possa acreditar que a ausência de atendimento médico dentro de 24 horas* poderia razoavelmente resultar no comprometimento da saúde do paciente, deficiência de função corporal, ou disfunção de qualquer órgão do corpo ou parte de um órgão. Serviços de cuidados urgentes são fornecidos para condições que não sejam uma ameaça à vida e não representem um alto risco de danos graves para a saúde da pessoa, mas para as quais são necessários serviços médicos imediatos.
- c) Requisitos do Nível EMTALA: O New England Baptist Hospital não está licenciado para ter e não dispõe de um departamento de emergência e, portanto, não antecipa a apresentação de pacientes sem hora marcada que requeiram serviços emergenciais. Se e quando apropriado, serviços emergenciais e urgentes serão prestados sem considerar a identificação, a cobertura do seguro ou a capacidade de pagamento do paciente. De acordo com os requisitos federais, a EMTALA é acionada para qualquer pessoa que compareça a um hospital solicitando um exame ou tratamento de emergência (como definido anteriormente), ou que comparece ao departamento de emergência solicitando um exame ou tratamento para uma condição médica. Mais comumente, pacientes sem hora marcada se apresentam na Unidade de Cuidados Ambulatoriais (ACU) buscando cuidados urgentes. No entanto, as pessoas que comparecem sem consulta marcada e solicitam serviços para uma condição médica de emergência enquanto apresentam-se em outra unidade de internação, clínica, ou outro anexo, também receberão um exame de triagem médica de emergência, de acordo com a EMTALA. O exame e tratamento de condições médicas de emergência, ou de qualquer outro serviço prestado de acordo com o exigido pela EMTALA, será fornecido ao paciente e será qualificado como

cuidados de nível emergencial. A determinação de que há uma condição médica de emergência é feita pelo médico atendente ou por outros profissionais médicos qualificados do hospital, conforme documentado no prontuário médico. A determinação de que há uma condição médica urgente ou primária também é feita pelo médico atendente ou por outros profissionais médicos qualificados do hospital, conforme documentado no prontuário médico.

2. Serviços não emergenciais e não urgentes:

Para os pacientes que (1) cheguem ao hospital buscando cuidados de nível não emergencial ou não urgentes ou (2) busquem cuidados adicionais após a estabilização de uma condição médica de emergência, o hospital pode fornecer serviços eletivos após consulta com o corpo clínico do hospital e revisão das opções de cobertura do paciente.

- a) **Serviços Eletivos:** Serviços medicamente necessários que não atendem à definição de Emergenciais ou Urgentes, acima. Normalmente, são serviços de cuidados primários ou procedimentos médicos com consulta marcada com antecedência pelo paciente ou pelo provedor de serviços de saúde (hospital, consultório médico, outros).

3. Locais onde os pacientes podem se apresentar:

Os pacientes podem procurar serviços de nível emergencial e serviços de atendimento de urgência quando chegam à área de atendimento urgente designada pelo hospital. O NEBH não possui licença para um departamento de emergência. No entanto, pacientes com condições emergenciais e urgentes também podem comparecer a vários outros locais, incluindo, entre outros, departamentos auxiliares, como Radiologia e Laboratório, clínicas do hospital e outras áreas. O hospital também oferece outros serviços eletivos no hospital principal, clínicas e outras unidades ambulatoriais.

II. Documentação d elegibilidade para programas de assistência financeira

1. Princípios gerais

A assistência financeira visa auxiliar pacientes de baixa renda que, de outra forma, não teriam capacidade de pagar pelos seus serviços de saúde. Essa assistência leva em consideração a capacidade de cada pessoa de contribuir para o pagamento do custo de seus cuidados. O hospital ajudará os pacientes que não têm seguro de saúde ou têm cobertura insuficiente a se inscreverem nos programas de assistência financeira disponíveis que possam cobrir algumas ou todas as suas despesas hospitalares não pagas. O Hospital fornece essa assistência a residentes e não residentes de Massachusetts; contudo, um programa de assistência pública estadual de Massachusetts pode não oferecer cobertura de serviços hospitalares para pessoas que não residam no estado. Para que o hospital possa auxiliar as pessoas que não têm seguro de saúde ou têm cobertura insuficiente a encontrar as opções de cobertura mais apropriadas e, também, determinar se o indivíduo é, financeiramente, elegível a quaisquer descontos nos pagamentos, as pessoas devem ajudar, ativamente, os hospitais a verificarem sua renda familiar comprovada, outras coberturas de seguro e quaisquer outras informações que possam ser usadas para determinar sua elegibilidade.

2. Inscrição em um Programa de Assistência Pública

Os hospitais não têm nenhum papel na determinação específica da elegibilidade para inscrição em um programa de assistência pública. Em Massachusetts, as pessoas que se candidatarem à cobertura do MassHealth, o programa premium de pagamento de assistência oferecido pelo Health Connector (incluindo o ConnectorCare), da Health Safety Net, do Children's Medical Security Program ou do Medical Hardship devem fazê-lo usando um único formulário uniforme de inscrição, apresentado por meio do novo sistema de inscrição estadual chamado Health Insurance Exchange (HIX). Durante esse processo, o paciente pode fazer um requerimento através de um site online (localizado centralmente no site do Health Connector estadual), um requerimento impresso, ou por telefone com um representante de serviço de atendimento ao cliente do MassHealth ou do Connector. As pessoas também podem pedir ajuda aos conselheiros certificados de inscrição (CAC ou "certified application counselor") do hospital, com a apresentação de seu requerimento, seja no site ou utilizando um formulário impresso.

Para se candidatarem à cobertura, as pessoas devem passar pelo seguinte processo:

1. A pessoa deve criar uma conta online, que o estado usará para realizar uma verificação de identidade da pessoa. Assim que esse processo for concluído, a pessoa poderá apresentar um formulário de inscrição preenchido por meio do sistema hCentive, no site do Connector. Se o indivíduo não quiser passar pelo sistema online de verificação de identidade, ele poderá entregar um formulário impresso de inscrição. Outras verificações ainda poderão ser necessárias, incluindo comprovantes de renda, de residência e de cidadania.
2. Assim que o requerimento for recebido, o estado irá verificar a elegibilidade comparando as informações financeiras e outras informações demográficas da pessoa com um site de dados federal e, também, realizando uma revisão de renda por meio de uma revisão da renda bruta ajustada modificada. Se necessário, o indivíduo também deverá se submeter a uma verificação adicional, conforme solicitado pelo sistema. Assim que isso ocorrer, o indivíduo será considerado:
 - a. Elegível para cobertura do MassHealth. Nesse caso, o indivíduo será notificado por correspondência do MassHealth, que incluirá as informações de elegibilidade, a data de início da vigência e outras informações pertinentes; ou
 - b. Se o indivíduo for elegível para um plano de saúde qualificado por meio do Programa Health Connector, ele será notificado de sua elegibilidade e instruído a tomar medidas adicionais. Isto inclui: (1) escolha de um plano, (2) pagamento do prêmio mensal do plano, (3) inscrição e recebimento de sua comprovação de cobertura.

Mais informações sobre os benefícios e o processo de inscrição no programa MassHealth e do Connector podem ser encontradas nos sites www.massgov/masshealth e www.mahealthconnector.org.

3. Processo de aprovação de elegibilidade e triagem hospitalar

O hospital fornece aos pacientes informações sobre programas de assistência financeira disponíveis através da Commonwealth de Massachusetts ou através do programa de assistência financeira do hospital, que podem cobrir algumas ou todas as suas despesas hospitalares não pagas. Para os pacientes que solicitam essa assistência, o hospital auxilia os pacientes realizando uma triagem de elegibilidade para um programa público disponível e auxiliando-os a se inscreverem no programa. Eles incluem, sem limitação, os programas oferecidos através do Health Connector (incluindo o ConnectorCare), da Health Safety Net, do Children's Medical Security Program ou do Medical

Hardship e devem fazê-lo usando um único formulário uniforme de inscrição, apresentado por meio do novo sistema de inscrição estadual chamado Health Insurance Exchange (HIX).

É obrigação do paciente fornecer ao hospital informações precisas e atualizadas sobre o seu nome completo, endereço, telefone, data de nascimento, número do Social Security (se disponível), opções de cobertura de seguro atuais (incluindo seguro de responsabilidade civil de automóvel) que possam cobrir o custo do atendimento recebido, quaisquer outros recursos financeiros aplicáveis e informações de cidadania e residência. Estas informações serão utilizadas para determinar a cobertura dos serviços prestados ao paciente. Se não houver cobertura específica para os serviços prestados, o hospital usará as informações para determinar se os serviços podem ser cobertos por um programa aplicável que cobrirá certos serviços considerados dívidas incobráveis. Além disso, o hospital usará essas informações para discutir a elegibilidade para certos programas de seguro de saúde. Se o paciente ou seu fiador não puder fornecer as informações necessárias, o hospital poderá (a pedido do paciente) fazer esforços razoáveis para obter informações adicionais de outras fontes. Isto ocorrerá quando o indivíduo estiver programando seus serviços, durante o pré-registo, enquanto o indivíduo estiver sendo admitido no hospital, no momento da alta, ou por um período razoável após a alta do hospital. As informações que os conselheiros certificados de inscrição obtêm serão mantidas de acordo com as leis federais e estaduais aplicáveis de privacidade e segurança.

O processo de triagem e inscrição em programas de seguro de saúde pública é feito através do Gateway Virtual (que é um portal de internet desenhado pelo Massachusetts Executive Office of Health and Human Services (Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts) para fornecer ao público em geral, aos provedores médicos e às organizações comunitárias um aplicativo online para os programas oferecidos pelo estado) ou através de um requerimento impresso padrão que é preenchido pelo paciente e também enviado diretamente ao Massachusetts Executive Office of Health and Human Services para processamento. O Massachusetts Executive Office of Health and Human Services somente gerencia o processo de inscrição nos programas enumerados acima, disponíveis para crianças, adultos, idosos, veteranos, desabrigados (sem-teto) e pessoas com uma deficiência. Em circunstâncias especiais, o hospital poderá inscrever o paciente para elegibilidade nos programas oferecidos através do Health Connector (incluindo o ConnectorCare), da Health Safety Net, do Children's Medical Security Program ou do Medical Hardship (Dificuldades médicas), usando um formulário específico criado pela Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy (Divisão de Finanças e Política de Cuidados de Saúde de Massachusetts). As circunstâncias especiais incluem pessoas que estejam buscando cobertura de assistência financeira devido a encarceramento, por serem vítimas de abuso conjugal ou que estejam se inscrevendo devido a dificuldades médicas.

O hospital especificamente ajuda o paciente a preencher o requerimento padrão do Massachusetts Executive Office of Health and Human Services e a obter a documentação necessária exigida pelo programa de assistência financeira aplicável. A documentação necessária inclui comprovação de: (1) renda familiar anual (contracheque, registros de pagamentos à seguridade social, e uma carta do empregador, declarações de imposto de renda ou extratos bancários), (2) cidadania e identidade, (3) status de imigração para não-cidadãos (se aplicável), e (4) ativos dos indivíduos que também estiverem inscritos no Medicare. O hospital então enviará esta documentação para o Massachusetts Office of Medicaid (Escritório do Medicaid de Massachusetts) e ajudará o paciente a obter qualquer documentação adicional, se isto for solicitado pelo estado depois do preenchimento do requerimento. Massachusetts impõe uma limitação de três dias no envio de toda a documentação necessária após a apresentação do requerimento para um programa. Após este período de três dias, o paciente e o provedor devem trabalhar com os MassHealth Enrollment Centers (Centros de Inscrição do MassHealth) para obter a documentação adicional necessária para inscrição no programa de assistência financeira aplicável.

Todos os requerimentos são revisados e processados pelo Massachusetts Office of Medicaid, que usa as Diretrizes Federais de Pobreza, informações sobre o patrimônio, e também a documentação necessária listada acima como a base para determinar a elegibilidade para programas de assistência pública patrocinados pelo estado. Uma cópia das diretrizes federais de pobreza que são usadas pelo estado está anexada a esta política.

Os hospitais não têm nenhum papel na determinação da elegibilidade para o programa feita pelo estado, mas, mediante pedido do paciente, pode desempenhar um papel direto na apelação ou na busca de informações relacionadas às decisões relativas à cobertura. Ainda assim, é responsabilidade do paciente informar ao hospital de todas as decisões relativas à cobertura tomadas pelo estado para assegurar uma adjudicação precisa e em tempo hábil de todas as contas do hospital.

4. Programas futuros

Quando opções de cobertura futuras forem desenvolvidas como resultado de propostas federais e estaduais da Healthcare Reform (Reforma do Sistema de Saúde), o Hospital fará as alterações apropriadas a esta política de crédito e cobrança.

III. Notificação de Disponibilidade de Assistência Financeira e Outras Opções de Cobertura

1. Princípios gerais

O hospital ajudará os pacientes que não têm seguro de saúde ou têm cobertura insuficiente a se inscreverem nos programas de assistência financeira disponíveis que possam cobrir algumas ou todas as suas despesas hospitalares não pagas. A fim de ajudar os pacientes que não têm seguro de saúde ou têm cobertura insuficiente a encontrar programas de assistência financeira disponíveis e apropriados, o hospital fornecerá aos pacientes uma notificação geral dos programas disponíveis nas comunicações que forem enviadas a eles e, também, em notificações gerais postadas em diversos locais no hospital, em diversos idiomas, como designado por nossa comunidade e nossas populações de referência. As Políticas de Assistência Financeira (FAP) e as Afiliadas do Provedor são postadas em: www.nebh.org/policies.

O objetivo dessas notificações é ajudar os pacientes a se candidatarem à cobertura de um programa de assistência financeira oferecido através do Health Connector (incluindo o ConnectorCare), da Health Safety Net, do Children's Medical Security Program ou do Medical Hardship e devem fazê-lo usando um único formulário uniforme de inscrição, apresentado por meio do novo sistema de inscrição estadual chamado Health Insurance Exchange (HIX). O hospital fornecerá, mediante solicitação, informações específicas sobre o processo de elegibilidade para ser um Paciente de Baixa Renda no âmbito do Programa de Assistência Pública de Massachusetts ou de assistência adicional para pacientes com baixa renda através do próprio programa interno de assistência financeira do hospital. O hospital também notificará o paciente dos planos de pagamento que podem estar disponíveis a ele de acordo com o tamanho de sua família e sua renda familiar.

2. O papel dos conselheiros financeiros dos pacientes do hospital e de outros funcionários do departamento financeiro

O hospital tentará identificar as opções de cobertura disponíveis para os pacientes que não dispõem de seguro de saúde, ou têm seguro insuficiente em seu programa de seguros atual quando o paciente estiver marcando seus serviços, enquanto o paciente estiver no hospital, na alta, e por um tempo

razoável após a alta do hospital. A equipe de registro e admissão do hospital enviará todos os pacientes que estejam buscando opções de cobertura disponíveis ou pleiteando assistência financeira ao escritório de consultoria financeira de pacientes do hospital para determinar se são elegíveis e, em seguida, para realizar a triagem da elegibilidade para uma opção de cobertura apropriada. O hospital irá então ajudar o paciente a inscrever-se para as opções de cobertura apropriadas disponíveis ou irá notificá-los da disponibilidade de assistência financeira através do próprio programa interno de assistência financeira do hospital.

O hospital também fornecerá informações sobre como entrar em contato com a equipe apropriada no escritório financeiro do hospital para verificar a precisão da conta do hospital ou contestar determinadas cobranças.

3. Práticas de notificação:

O hospital postará uma notificação (cartazes) da disponibilidade de assistência financeira, conforme detalhada nesta política de crédito e cobrança, nos seguintes locais:

- a) área de e registro e/ou admissão de internamento, clínicas, departamento de urgência;
- b) Áreas dos conselheiros financeiros dos pacientes;
- c) Áreas centrais de admissão/registro; e/ou
- d) Áreas de escritórios comerciais às quais os pacientes tenham acesso.

Os cartazes postados serão claramente visíveis e legíveis para os pacientes que passarem por essas áreas. O hospital também incluirá uma notificação sobre a disponibilidade de assistência financeira em todos os extratos/contas dos pacientes.

Quando o paciente entrar em contato com o hospital, a equipe de finanças do paciente do hospital tentará identificar se o paciente se qualifica para um programa de assistência financeira público ou para um plano de pagamento. Um paciente que esteja inscrito em um programa de assistência financeira público pode qualificar-se para determinados planos. Os pacientes também podem se qualificar para obter assistência adicional com base em critérios internos do hospital para assistência financeira ou se qualificar para cobertura de serviços como Medical Hardship (Dificuldades médicas) de acordo com o rendimento documentado do paciente e as despesas médicas permitidas.

IV. Práticas de Faturamento e Cobrança do Hospital

O Hospital tem um dever fiduciário de buscar o reembolso pelos serviços que tenha prestado a pacientes que tenham condições de pagar, perante a seguradoras terceiras responsáveis que cubram os custos do atendimento ao paciente, e perante outros programas de assistência para os quais o paciente seja elegível. Para determinar se um paciente é capaz de pagar pelos serviços prestados, bem como para ajudar o paciente a encontrar opções de cobertura alternativa, se não tem seguro de saúde ou tem cobertura insuficiente, o hospital segue os seguintes critérios relacionados ao faturamento e cobrança dos pacientes.

Aos pacientes sem seguro ou com seguro insuficiente, será fornecida uma cotação de acordo com os procedimentos solicitados/ordenados pelo médico, baseados em tarifas descontadas, de acordo com a política de AGB (Amount Generally Billed - Valores Geralmente Cobrados) do hospital postada no portal do hospital em (www.nebh.org/policies). Todas as taxas hospitalares serão cobradas antes da prestação dos serviços. A cotação é para serviços hospitalares e não inclui honorários de médicos profissionais. Pacientes de baixa renda podem requerer assistência financeira conforme descrito nas Seções II e III desta política.

1. Obtendo Informações sobre os Recursos Financeiros e a Cobertura do Seguro de Saúde do Paciente

a) Obrigações dos pacientes:

Antes da entrega de qualquer serviço de saúde (exceto em casos de emergência ou atendimento urgente), espera-se que o paciente forneça informações oportunas e precisas sobre a situação do seu seguro, informações demográficas, mudanças na renda familiar ou na situação do seguro, e informações sobre quaisquer franquias ou co-pagamentos devidos com base em suas obrigações de pagamento existentes do seguro ou do programa financeiro. As informações detalhadas deverão incluir:

- i. Nome completo, endereço, telefone, data de nascimento, número do social security (se disponível), opções de cobertura atuais do seguro de saúde, informações de cidadania e residência e os recursos financeiros aplicáveis do paciente que podem ser utilizados para pagar a sua conta;
 - ii. Se aplicável, o nome completo do fiador do paciente, seu endereço, telefone, data de nascimento, número do social security (se disponível), opções de cobertura de seguro de saúde atual e seus recursos financeiros aplicáveis que possam ser usados para pagar a conta do paciente; e
 - iii. Outros recursos que podem ser utilizados para pagar suas contas, incluindo outros programas de seguros, apólices de seguros de automóveis ou imóveis, se o tratamento é devido a um acidente, os programas de compensação do trabalhador, apólices de seguro de estudantes, e qualquer outra renda familiar como heranças, presentes ou distribuições disponíveis de um fundo, entre outros.
- b) Em última instância, é obrigação do paciente acompanhar e pagar em tempo hábil sua conta do hospital pendente, incluindo quaisquer co-pagamentos, cosseguros e franquias existentes.
- c) Além disso, o paciente deve informar tanto à sua atual seguradora de saúde (se houver) ou ao órgão que determinou o status de elegibilidade do paciente em um programa público de quaisquer alterações na renda familiar ou no status do seguro.
- d) O Hospital também pode ajudar o paciente com a atualização de sua elegibilidade para um programa público, quando houver qualquer alteração na renda familiar ou no status do seguro, desde que o paciente informe ao Hospital de tais alterações no status de elegibilidade do paciente.
- e) Os pacientes são obrigados a notificar o programa público aplicável em que estão inscritos de qualquer informação relacionada a uma alteração na renda familiar ou qualquer ação judicial ou reivindicação de seguro que possa cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital.
- f) Também exige-se que o paciente ceda o direito a um pagamento de terceiros que possa cobrir os custos dos serviços pagos pelo programa público aplicável.
- g) Obrigações do Hospital:
O hospital fará todos os esforços razoáveis e diligentes para obter as informações de seguro e outras informações do paciente a fim de poder verificar a cobertura para os serviços de saúde a serem fornecidos pelo hospital. Isto poderá ocorrer quando o paciente estiver marcando seus serviços, durante o pré-registo, enquanto o paciente estiver sendo admitido no hospital, no momento da alta, ou por um período razoável após a alta do hospital. Estas informações serão obtidas antes da entrega de serviços de saúde não emergenciais e não urgentes (ou seja, procedimentos eletivos, conforme definido nesta política de crédito e cobrança). O hospital adiará qualquer tentativa de obter essas informações durante a prestação de quaisquer serviços de atendimento do nível emergencial ou urgente de acordo com a EMTALA, se o

processo para obter essas informações atrasar ou interferir com o exame de triagem médica ou com os serviços prestados para estabilizar uma condição médica emergencial.

Os esforços razoáveis e diligentes do hospital incluirão, sem limitação, solicitar informações sobre o estado do seguro do paciente, verificar qualquer banco de dados público ou privado de seguros disponível e seguir as regras de faturamento de um terceiro pagador conhecido. Quando a equipe de registro ou admissão do hospital tomar conhecimento de tais informações, ela também deve informar os pacientes de sua responsabilidade de informar por escrito dentro de 10 dias a Health Safety Net ou o MassHealth de qualquer alteração na renda familiar ou no seguro, incluindo qualquer ação judicial ou reivindicação de seguro, ação civil ou outros processos que possam cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital e informar o paciente da sua responsabilidade de reembolsar a Health Safety Net pelos serviços aplicáveis reembolsados ao paciente por reivindicações ou processos judiciais de responsabilidade de terceiros.

O hospital também informará o paciente de que o programa de assistência pública em que está inscrito recupera quantias diretamente do Paciente somente na medida em que o Paciente tenha recebido um pagamento de terceiros (ações judiciais ou reivindicações de responsabilidade) pela assistência médica paga pelo programa público de assistência, e também pode solicitar que o Departamento de Receita intercepte pagamentos feitos ao indivíduo até um valor igual ao valor pago ao provedor pelos serviços.

Se o paciente ou o fiador/tutor for incapaz de fornecer as informações necessárias, e o paciente consentir, o hospital fará esforços razoáveis para contatar parentes, amigos, fiador/tutor e/ou outras terceiras partes apropriadas para obter informações adicionais.

O hospital também fará esforços razoáveis e diligentes para investigar se um recurso de terceiros pode ser responsável pelos serviços fornecidos pelo hospital, incluindo, sem limitação:

- i. uma apólice de responsabilidade civil de motorista ou proprietário de imóvel,
- ii. apólices de proteção contra acidentes pessoais ou acidentes em geral,
- iii. programas de indenização trabalhista,
- iv. apólices de seguros de estudantes, entre outras e
- v. apelando uma reivindicação negada quando o serviço é pagável, total ou parcialmente, por uma seguradora;
- vi. devolvendo imediatamente qualquer pagamento recebido do Escritório, quando qualquer recurso disponível de terceiros for identificado.

De acordo com os regulamentos estatais aplicáveis ou o contrato de seguro, para qualquer reivindicação em que os esforços razoáveis e diligentes do hospital resultaram em um pagamento de uma seguradora privada ou programa público, o hospital informará o pagamento e o descontará de qualquer reivindicação que possa ter sido paga pela seguradora privada ou programa público. Para programas de assistência pública estadual, o hospital não é obrigado a conseguir a cessão de direitos do paciente a uma cobertura de terceiros por serviços prestados devido a um acidente. Nesses casos, o Estado de Massachusetts tentará buscar a cessão dos custos dos serviços prestados ao paciente e que foram pagos pelo Escritório do Medicaid ou pelos programas oferecidos através do Health Connector (incluindo o ConnectorCare), a Health Safety Net, o Children's Medical Security Program ou o Medical Hardship.

O Hospital mantém todas as informações de acordo com as leis federais e estaduais de privacidade, segurança e roubo de identidade.

2. Práticas de faturamento do hospital

O hospital realiza o mesmo esforço razoável e segue o mesmo processo razoável para a cobrança das contas devidas por um paciente não segurado que realiza com todos os demais pacientes. O hospital mostrará primeiro que tem um saldo não pago que está relacionado aos serviços prestados ao paciente e que não está coberto por uma seguradora privada ou um programa de assistência financeira. O hospital segue procedimentos razoáveis de cobrança/faturamento que incluem:

- a. Uma conta inicial enviada ao paciente ou à parte responsável pelas obrigações financeiras pessoais do paciente. A conta inicial incluirá informações sobre a disponibilidade de um programa de assistência financeira que possa cobrir o valor da conta do hospital;
- b. Faturas subsequentes, chamadas telefônicas, cartas de cobrança, avisos de contato pessoal, notificações de computador ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno para entrar em contato com a parte responsável pela obrigação e para informar o paciente da disponibilidade de assistência financeira;
- c. Se possível, a documentação dos esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação ou o endereço correto para o faturamento retornados pelo serviço postal como "endereço incorreto" ou "não foi possível entregar";
- d. O envio de uma última notificação por carta registrada aos pacientes sem seguro (aqueles que não estão inscritos em um programa público) que incorrem um saldo inadimplente de emergência de mais de \$1,000 exclusivamente em Serviços de Emergência, em casos em que as notificações não tenham sido devolvidas como "endereço incorreto" ou "não foi possível entregar", e também a notificação na própria comunicação aos pacientes quanto à disponibilidade de assistência financeira;
- e. A documentação de cobrança contínua ou ação de cobrança realizada é atualizada de forma regular e frequente. Essa documentação é mantida até a revisão de auditoria por um órgão federal e/ou estatal do relatório de custos do ano fiscal no qual a conta ou o relato financeiro é apresentado. O programa federal do Medicare e a Division of Health Care Finance and Policy (Divisão de Finanças e Política de Cuidados de Saúde), para efeitos de programas estaduais de assistência pública, consideram o período de 120 dias apropriado para representar faturamento ou cobrança contínua.
- f. Verificando o Massachusetts Eligibility Verification System (EVS - Sistema de Verificação de Elegibilidade de Massachusetts) para garantir que o paciente não seja um Paciente de Baixa Renda, conforme determinado pelo Escritório do Medicaid, e não tenha enviado um requerimento ao sistema Virtual Gateway para a cobertura dos serviços sob um programa público, antes do envio de reivindicações a programas de assistência públicos estaduais para um cobertura de dívidas incobráveis resultantes de atendimento emergencial ou urgente.
- g. O arquivo do paciente incluirá toda a documentação dos esforços de cobrança do Provedor, incluindo cópias da(s) conta(s), cartas de acompanhamento, relatórios de contato pessoal e telefônico e quaisquer outros esforços realizados.

3. Programas Assistência Financeira do Hospital

O Hospital fornecerá um aviso individual sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira a um Paciente que irá incorrer em despesas, excluindo itens ou serviços de conveniência pessoal, cujos serviços não podem ser integralmente pagos por cobertura de terceiros:

- a. durante o registro inicial do Paciente com o Provedor;
- b. em todas as faturas de cobrança; e
- c. quando o Hospital tomar conhecimento de uma alteração na elegibilidade do Paciente ou na cobertura do seguro de saúde.

Os pacientes que forem elegíveis para inscrição em um programa de assistência pública estadual, como os programas de Massachusetts oferecidos através do Health Connector (incluindo o ConnectorCare), a Health Safety Net, o Children's Medical Security Program, ou o Medical Hardship, serão considerados inscritos em um programa de assistência financeira. Para todos os pacientes que estejam inscritos em programas de assistência pública estaduais, o hospital só pode cobrar desses pacientes o co-pagamento, cosseguro ou franquia específicos que são descritos nas regulamentações estaduais aplicáveis, e que ainda podem ser indicados no Sistema de Informações de Gestão do Medicaid.

O hospital buscará um pagamento especificado para aqueles pacientes que não se qualifiquem para inscrição em um programa de assistência pública do estado de Massachusetts, como residentes de outros estados, mas que, de outra forma satisfazem as categorias gerais de elegibilidade financeira de um programa de assistência pública estadual. Para esses pacientes, o valor do pagamento com desconto será determinado pela potencial taxa do serviço estabelecida pelo Medicare.

O hospital, quando solicitado pelo paciente e com base em uma revisão interna do estado financeiro de cada paciente, pode oferecer ao paciente um desconto adicional sobre uma fatura não paga. Qualquer revisão desse tipo deve ser parte de um programa separado de assistência financeira do hospital que é aplicado de maneira uniforme aos pacientes e que leva em consideração a situação financeira documentada do paciente e a incapacidade do paciente de fazer um pagamento após ações razoáveis de cobrança. Qualquer desconto que seja oferecido pelo hospital será consistente com os requisitos federais e estaduais, e não influencia os serviços que o paciente recebe do hospital.

4. Populações Isentas das Atividades de Cobrança 101 CMR 613.08 (3)

- a) Um Provedor não deve enviar contas aos pacientes inscritos no MassHealth e os Pacientes que estejam recebendo benefícios governamentais sob o programa Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (Ajuda de Emergência para Idosos, Deficientes e Crianças), com a exceção de que o Provedor pode cobrar dos Pacientes quaisquer copagamentos e franquias obrigatórios. O provedor pode iniciar o faturamento para um paciente que alegue que participe de um desses programas, mas não apresenta provas de tal participação. Após o recebimento de comprovação suficiente de que o paciente é um participante de qualquer um dos programas enumerados acima, e o recebimento do formulário de inscrição, o provedor será obrigado a cessar suas atividades de cobrança.
- b) Os participantes do Children's Medical Security Plan (Plano de Segurança Médica da Criança), cuja renda MAGI seja igual ou inferior a 300% do FPL (Nível de Pobreza Federal), também estão isentos da ação de cobrança. O provedor também pode iniciar a cobrança de um paciente que alegue que participe do Children's Medical Security Plan, mas não apresente comprovação de tal participação. Após o recebimento de comprovação satisfatória de que um Paciente é participante do Children's Medical Security Plan, o Provedor deve cessar todas as atividades de cobrança.
- c) Os Pacientes de Baixa Renda, que não sejam somente pacientes odontológicos de baixa renda, estão isentos das ações de cobrança por Serviços de Saúde Reembolsáveis prestados por um Prestador que esteja recebendo pagamentos da Health Safety Net por serviços recebidos durante o período para o qual foram considerados Pacientes de Baixa Renda, exceto pelos co-pagamentos e franquias. Os Provedores podem continuar a cobrar dos Pacientes de Baixa Renda os serviços

- elegíveis prestados antes de serem considerados Pacientes de Baixa Renda, depois que seu status como Pacientes de Baixa Renda tenha expirado ou tenha sido encerrado de qualquer outra forma.
- d) Pacientes de Baixa Renda com a renda familiar MAGI (Renda Bruta Ajustada) do MassHealth ou renda familiar calculável do Medical Hardship, conforme descrito em 101 CMR 613.04 (1) (CMR - Código de Regulamentações de Massachussets), entre 150,1 e 300% do FPL (Nível de Pobreza Federal) estão isentos da ação de cobrança para a parcela de sua conta do provedor que exceda a franquia e podem ser cobrados por copagamentos e franquias, conforme estabelecido em 101 CMR 613.04 (6) (b) e (c). Os Provedores podem continuar a cobrar dos Pacientes de Baixa Renda os serviços elegíveis prestados antes de serem considerados Pacientes de Baixa Renda, depois que seu status como Pacientes de Baixa Renda tenha expirado ou tenha sido encerrado de qualquer outra forma.
 - e) Os prestadores podem cobrar dos Pacientes de Baixa Renda serviços que não sejam Serviços de Saúde Reembolsáveis fornecidos a pedido do Paciente e pelos quais o Paciente tenha concordado em ser responsável, com exceção dos serviços descritos em 101 CMR 613.08 (3) (e) 1. e 2 (CMR - Código de Regulamentações de Massachussets). Os provedores devem obter o consentimento por escrito do Paciente para que seja cobrado pelo serviço.
 - 1. Os provedores não podem cobrar de Pacientes de Baixa Renda reivindicações relacionadas a erros médicos, incluindo aqueles descritos no 101 CMR (Código de Regulamentações de Massachussets) 613.03 (1) (d).
 - 2. Os provedores não podem cobrar de Pacientes de Baixa Renda reivindicações negadas pela seguradora primária do paciente devido a um erro administrativo ou de cobrança.
 - f) A pedido do paciente, o Provedor poderá cobrar de um Paciente de Baixa Renda, a fim de permitir que o paciente satisfaça a Franquia Única obrigatória da CommonHealth descrita no 130 CMR 506.009 (CMR: Code of Massachusetts Regulations - Código de Regulamentações de Massachussets): A Franquia Única
 - g) Um Provedor não pode realizar uma Ação de Cobrança contra uma pessoa que se qualificou para o Medical Hardship referente ao valor da conta que excede a contribuição do Medical Hardship. Se uma reivindicação já enviada como Dívida Impagável de Emergência se tornar elegível para o pagamento pelo Medical Harsdship da Health Safety Net, o Provedor deve cessar a atividade de cobrança do Paciente para tais serviços.

5. Ações de Cobrança Padrão

- a. O hospital não realizará nenhuma "ação de cobrança extraordinária" até que o hospital tenha realizado esforços razoáveis, e feito uma avaliação razoável da condição financeiro do paciente, o que irá determiná se um paciente tem direito a assistência financeira ou será isento de quaisquer atividades de cobrança ou faturamento no âmbito desta política de crédito e cobrança. O hospital irá manter toda a documentação que utilizada nesta determinação de acordo com a política de retenção de registros aplicável do hospital. Atividades de cobrança extraordinária podem incluir ações judiciais, penhora de residências, prisões, mandados de prisão civil, ou conforme descrito de outra forma de acordo com os requisitos do estado.
- b. O hospital não realizará ações de cobrança contra uma pessoa que tenha sido aprovada para o Medical Hardship no âmbito do programa Health Safety Net de Massachusetts, do valor da conta que exceda a contribuição do Medical Hardship. Além disso, o hospital cessará os esforços de cobrança contra uma reivindicação de dívida incobrável de emergência que seja aprovada para o Medical Hardship no âmbito do programa Health Safety Net.

Se o hospital estiver ajudando o requerente e não enviar o requerimento preenchido ao escritório da Health Safety Net dentro desse prazo, o hospital não realizará uma ação de

cobrança contra o requerente de quaisquer contas que teriam sido elegíveis para pagamento pelo Medical Hardship se o requerimento houvesse sido enviado e aprovado.

- c. O hospital não irá penhorar os salários de um Paciente de Baixa Renda (como determinado pelo escritório do Medicaid) ou de seu fiador ou colocar um penhor sobre a residência ou automóvel do Paciente de Baixa Renda ou de seu fiador, a menos que: (1) o hospital possa demonstrar que o paciente ou seu fiador tem a capacidade de fazer o pagamento, (2) o paciente/fiador não tenha respondido aos pedidos de informação feitos pelo hospital ou o paciente/fiador recusou-se a cooperar com o hospital para procurar um programa de assistência financeira disponível, e (3) para fins de penhor, que ele tenha sido aprovado pelo Conselho de Administração do hospital para cada caso, paciente por paciente.
- d. Os hospitais e seus agentes não devem continuar a cobrar ou faturar um paciente que esteja envolvido em um processo de falência, exceto para garantir seus direitos como credor na ordem apropriada, desde que o estado de Massachusetts institua sua própria ação de recuperação para os pacientes inscritos em programas oferecidos através do Health Connector (incluindo o ConnectorCare), a Health Safety Net, o Children's Medical Security Plan ou o Medical Hardship. O hospital e seus agentes também não irão cobrar juros sobre um saldo devedor de um Paciente de Baixa Renda ou de pacientes que satisfaçam os critérios de baixa renda de acordo com o próprio programa de assistência financeira interno do hospital.
- e. O hospital mantém conformidade com os requisitos de cobrança aplicáveis, incluindo os regulamentos do Departamento de Saúde Pública (105 CMR 130.332) (CMR - Código de Regulamentações de Massachusetts) por falta de pagamento de serviços específicos ou readmissões que o hospital determine sejam o resultado de um Evento Notificável Grave (SRE - Serious Reportable Event). Os SREs que não ocorrerem no hospital são excluídos dessa determinação de não pagamento.

O hospital também não buscará obter pagamento de um paciente de baixa renda que tenha sido considerado elegível para um programa de assistência público cujas reivindicações tenham sido inicialmente negadas por um programa de seguros devido a um erro administrativo de cobrança cometido pelo hospital.

- f. **Agências de Cobrança Externas**
O hospital pode contratar uma agência de cobrança externa para ajudar na cobrança de determinadas contas, incluindo os valores pelos quais o paciente é responsável não resolvidos após a emissão das contas hospitalares ou notificações finais. No entanto, conforme determinado através desta política de crédito e cobrança, o hospital pode designar tal dívida como dívida incobrável ou de caridade (de outra forma considerada incobrável) antes de 120 dias, se for capaz de determinar que o paciente não conseguiu pagar após o próprio programa interno de assistência financeira do hospital.

O hospital possui uma autorização ou contrato específico com a agência de cobrança externa e exige que tais agências respeitem as políticas de crédito e cobrança do hospital para as dívidas que a agência esteja tentando cobrar, incluindo a obrigação de se abster de "atividades extraordinárias de cobrança" até o momento em que o hospital tenha feito um esforço razoável e seguiu um processo razoável para determinar se um paciente tem direito a assistência ou isenção de procedimentos de faturamento ou cobrança ao abrigo desta política de crédito e coleta e determinar elegibilidade para assistência financeira. Todas as agências

de cobrança externas contratadas pelo hospital irão proporcionar ao paciente uma oportunidade de apresentar uma reclamação e enviarão para o hospital os resultados de tais reclamações do paciente. O hospital exige que qualquer agência de cobrança externa que use seja licenciada pela Commonwealth of Massachusetts e que a agência de cobrança externa também esteja em conformidade com os Regulamentos da Cobrança de Dívidas do Procurador Geral de Massachusetts em 940 CMR 7.00 (CMR - Código de Regulamentações de Massachusetts).

V. Depósitos e Planos de Prestações

O hospital irá fornecer ao paciente informações sobre os depósitos e planos de pagamento baseados na situação financeira documentada do paciente. Qualquer outro plano será baseado no próprio programa de assistência financeira interna do hospital, e não se aplicará a pacientes que tenham a capacidade de pagar.

A. Serviços de emergência

O hospital não pode exigir depósitos de pré-admissão e/ou pré-tratamento de pacientes que necessitem de serviços de tratamento de emergência ou que sejam considerados Pacientes de Baixa Renda.

B. Depósitos de Pacientes de Baixa Renda

O hospital pode exigir um depósito de pacientes que sejam considerados Pacientes de Baixa Renda. Tais depósitos devem limitar-se a 20% do valor da franquia, até \$500. Todos os saldos remanescentes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas em 101 CMR 613.08.

C. Depósitos para Pacientes do Medical Hardship (com Dificuldades Médicas)

O hospital pode pedir um depósito de pacientes elegíveis para o Medical Hardship. Os depósitos serão limitados a 20% da contribuição do Hardship Medical, até \$1,000. Todos os saldos remanescentes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas em 101 CMR 613.08.

D. Planos de pagamento para Pacientes de Baixa Renda de acordo com o Programa Health Safety Net de Massachusetts

Um paciente com um saldo de \$1,000 ou menos, após o depósito inicial, deve receber a oferta de um plano de pagamento de pelo menos um ano sem juros com um pagamento mínimo mensal de não mais que \$25. Um paciente que tenha um saldo de mais de \$1,000, após o depósito inicial, deve receber a oferta de um plano de pagamento de pelo menos dois anos sem juros.

E. Planos de pagamento para pacientes com baixa renda parcial da HSN.

De acordo com o Programa Health Safety Net de Massachusetts, os serviços prestados em um Centro de Saúde Licenciado pelo Hospital devem ser oferecidos com os mesmos planos de pagamento do hospital sede.

O hospital também oferece um plano de cosseguro da Health Safety Net para Pacientes Parcialmente de Baixa Renda que permite que o paciente pague 20% do pagamento da Health Safety Net por cada consulta até que o paciente atinja sua franquia anual. O saldo remanescente será amortizado da Health Safety Net.

VI. Glossário

Dívida incobrável

Uma conta para serviços fornecidos a qualquer paciente que seja considerada incobrável após esforços de cobrança razoáveis de acordo com as diretrizes aprovadas de crédito e cobrança seguidas pelo hospital, não seja lançada como crédito perdido, não seja obrigação de nenhum órgão federal ou estadual e não seja um Serviço de Saúde Reembolsável.

Ação de cobrança

Qualquer atividade pela qual o hospital ou seu agente designado solicite pagamento por serviços de um paciente ou outra parte responsável. Uma ação de cobrança deve incluir a solicitação de depósitos de pré-admissão e pré-tratamento, extratos e envelopes de dados informatizados, cartas de cobrança, contato telefônico, contato pessoal e as atividades de agências de cobrança e advogados.

Serviços de emergência

Como definidos no Code of Massachusetts Regulations (CMR - Código de Regulamentações de Massachusetts) (101 CMR § 613.02), os serviços necessários para avaliar ou estabilizar uma condição médica, seja ela física ou mental, que se manifeste através de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor severa, de tal forma que a ausência de atenção médica imediata possa resultar, razoavelmente e na visão de uma pessoa leiga prudente que possua conhecimentos médios de saúde e medicina, em colocar a saúde do paciente ou, no caso de mulher grávida, a saúde da mulher ou da criança ainda no ventre, em perigo grave, deficiência grave das funções corporais, ou disfunção grave de qualquer órgão do corpo ou parte de um órgão, ou, no que diz respeito a mulheres grávidas, como mais detalhadamente definido na seção 1867(e) (1) (B) da Social Security Act (Lei de Seguridade Social), 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

Programas de Assistência Financeira

Um programa de assistência financeira visa auxiliar pacientes de baixa renda que, de outra forma, não teriam capacidade de pagar pelos seus serviços de saúde. Essa assistência deve levar em conta a capacidade de cada pessoa de contribuir para o custo de seus cuidados, incluindo uma revisão de todas as fontes de renda familiar e o estado de outros seguros. Deve-se também dar-se consideração aos pacientes que esgotaram seus benefícios de seguro e/ou que excedem os critérios de elegibilidade financeira, mas estão enfrentando custos médicos extraordinários. Um programa de assistência financeira não é um substituto para uma assistência financeira pública ou patrocinada por um empregador ou um plano de seguros privado.

Consulte também o portal: www.nebh.org/policies

“Notificação para os Pacientes do New England Baptist Hospital de Disponibilidade de Assistência Financeira”

“Política de Elegibilidade para Assistência Financeira - Resumo”

“Política de Assistência Financeira (FAP), "Requerimento de Assistência Financeira”

**“Determinando os Valores Geralmente Cobrados (AGB - Amounts Generally Billed),
“Afiliados do Provedor”**

Health Safety Net (anteriormente Free Care)

Serviços medicamente necessários prestados a pacientes que foram considerados financeiramente incapazes de pagar pela totalidade ou por parte do atendimento hospitalar de acordo com os critérios estabelecidos pelo Connector da Commonwealth of Massachusetts. Um processo que está em vigor para qualificar um paciente para cobertura através de um Requerimento de Benefícios Médicos (MBR - Medical Benefit Request) online que permite que os candidatos se inscrevam no MassHealth, no Commonwealth Care e na Health Safety Net utilizando com um único aplicativo.

Serviços de cuidados de saúde

Serviços de nível hospitalar (prestados em um ambiente de internação ou ambulatorial) são aqueles que são razoavelmente esperados para prevenir, diagnosticar, prevenir o agravamento de, aliviar, corrigir ou curar condições que causem perigo de vida, sofrimento ou dor, deformidade física ou mau funcionamento, ameçam provocar ou agravar uma deficiência, ou resultam em uma doença ou enfermidade.

Paciente de Baixa Renda

Pessoas que atendam aos critérios abaixo das 101 CMR 613.04. Para ser considerada um Paciente de Baixa Renda, uma pessoa deve ser residente da Commonwealth e documentar uma renda familiar igual ou inferior a 300% do FPL (Nível de Pobreza Federal). O nível de cobertura (Primário, Secundário, Parcial) será determinado pela Health Safety Net.

As seguintes pessoas não são elegíveis para o status de Paciente de Baixa Renda:

- i. Pessoas inscritas nos programas MassHealth Standard e MassHealth Family Assistance/Direct Coverage;
- ii. Pessoas que foram consideradas elegíveis para qualquer programa do MassHealth, incluindo o MassHealth Premium Assistance, mas que não se inscreveram; e
- iii. Pessoas cuja inscrição no MassHealth ou no Commonwealth Care foi encerrada por falta de pagamento dos prêmios.

Serviço Medicamente Necessário

Um serviço que é razoavelmente esperado para prevenir, diagnosticar, prevenir o agravamento de, aliviar, corrigir ou curar condições que causem perigo de vida, sofrimento ou dor, deformidade física ou mau funcionamento, ameçam provocar ou agravar uma deficiência, ou resultem em uma doença ou enfermidade. Os serviços medicamente necessários incluem serviços hospitalares e ambulatoriais, como autorizados sob o Título XIX da Social Security Act (Lei da Social Security).

Serviços de saúde reembolsáveis

Serviços elegíveis fornecidos por Hospitais ou Centros de Saúde Comunitários para atendimento agudo de pacientes sem seguro e ou com seguro insuficiente que foram determinados financeiramente incapazes de pagar por seus cuidados, no todo ou em parte, e que atendem aos critérios para Paciente de Baixa Renda; desde que esses serviços não sejam elegíveis para reembolso por qualquer outro pagador público ou outra terceira parte.

Residente

Uma pessoa que more em Massachusetts e que tenha a intenção de permanecer no estado permanentemente, ou por um período indefinido. Um residente não é obrigado a manter um endereço fixo. A matrícula em uma instituição de ensino superior de Massachusetts ou confinamento em uma instituição médica de Massachusetts, que não uma instalação de enfermagem, não é suficiente para estabelecer residência

Os Programas Públicos de Assistência Estadual incluem:

- MassHealth Standard: um programa de serviços de saúde para pessoas elegíveis, administrados pela MassHealth Agency, de acordo com as 130 CMR 505.000.
- MassHealth Limited: um programa de serviços de saúde de emergência para pessoas, administrado pela MassHealth Agency de acordo com as 130 CMR 505.000.
- Medical Hardship: um tipo de elegibilidade da Health Safety Net disponível para residentes de Massachusetts em qualquer nível de renda calculável, cujas despesas médicas permitidas reduziram sua renda calculável de tal maneira que a pessoa não consegue pagar pelos Serviços elegíveis, conforme descrito em 101 CMR (Código de Regulamentações de Massachussets) 613.05.
- CommonHealth: um programa do MassHealth para adultos e crianças com deficiências administrado pela MassHealth Agency de acordo com a M.G.L. c.118E.
- Health Connector: Commonwealth Health Insurance Connector Authority (Autoridade do Conector de Seguros de Saúde da Commonwealth) ou Health Connector, estabelecido de acordo com a M.G.L. c. 176Q, s. 2.
- CarePlus: um novo tipo de cobertura da MassHealth para cidadãos adultos e não-cidadãos elegíveis com menos de 65 anos.
- Commonwealth Choice: O Health Conector fornece acesso a planos de saúde chamados Planos de Saúde Qualificados (Qualified Health Plans - QHPs) que atendem aos requisitos mínimos de benefícios federais e estaduais.
- Insurance Partnership: fornece seguro de saúde a funcionários não segurados e trabalhadores autônomos.
- Children's Medical Security Plan: um programa de serviços de saúde pediátricos primários e preventivos para crianças elegíveis, desde o nascimento até os 18 anos, administrado pela MassHealth Agency de acordo com a M.G.L. c.118E, s. 10F.
- Healthy Start: cuidados pré-natal e pós-parto para mulheres sem seguro de saúde
- Prescription Advantage: plano de seguro para medicamentos com receita médica para idosos e residentes com deficiências para cobertura de medicamentos primários.
- Health Safety Net: um programa para residentes de Massachusetts que não são elegíveis para obter seguro de saúde ou que não podem pagar pelos seus serviços de saúde.

O Hospital

Indicações ao New England Baptist Hospital.

Paciente com seguro insuficiente

Um paciente cujo Plano de Seguro de Saúde ou plano de auto-seguro não paga, no todo ou em parte, pelos serviços de saúde que são elegíveis para pagamento pelo Health Safety Net Trust Fund (Fundo Fiduciário da Health Safety Net), desde que o paciente satisfaça aos padrões de elegibilidade de renda estabelecidos em 101 CMR 613.03.

Paciente sem seguro

Um paciente que é residente da Commonwealth, que não está coberto por um plano de seguro de saúde ou um plano de auto-seguro e que não é elegível para um programa de assistência médica. Um paciente que tenha uma apólice de seguro de saúde ou é um membro de um programa de seguro de saúde ou de benefícios que exige que esse paciente faça o pagamento de franquias, ou co-pagamentos, ou que não cubra certos serviços ou procedimentos médicos não é um paciente sem seguro.

Serviços urgentes

Como definidos no Code of Massachusetts Regulations (CMR - Código de Regulamentações de Massachussets) (CMR 114.6 § 12.02), serviços medicamente necessários prestados em um hospital ou centro de saúde comunitário após o acometimento súbito de uma condição médica, física ou mental, manifestando-se através de sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa) de tal forma que uma pessoa leiga prudente possa acreditar que a ausência de atendimento médico dentro de 24 horas poderia razoavelmente resultar no comprometimento da saúde do paciente, deficiência das funções corporais.

VII. Anexos/Adendos

1. Cópias dos avisos financeiros do paciente aqui contidos:
 - a. Cópias dos avisos gerais de Hospitais e/ou agentes sobre a disponibilidade de assistência financeira.
 - b. Cópias de cartazes afixados/postados sobre a disponibilidade de assistência financeira.
2. Notificações do plano de pagamento para pacientes de baixa renda e pacientes com dificuldades médicas
3. Cópia da Orientação Federal sobre a Pobreza que é usada pela Commonwealth de Massachusetts para determinar a elegibilidade para programas públicos de assistência financeira.
4. Extratos do paciente:
 - a. Primeiro,
 - b. Segundo,
 - c. Terceiro,
 - d. Quarto para Cobranças com 10 dias de advertência,
 - e. Plano de pagamento estabelecido,
 - f. Recibo do plano de pagamento agendado não recebido.

DISPONIBILIDADE DA HEALTH SAFETY NET E ASSISTÊNCIA PÚBLICA

Pode haver assistência financeira disponível através desta instituição. Entre em contato com um conselheiro financeiro do hospital pelo telefone 617-754-5974 de segunda a sexta de 8h00 às 16h00. Através da comparação do tamanho da sua família e da renda familiar com as diretrizes federais de pobreza, nossos conselheiros podem conseguir inscrever você e outros membros de sua família em uma opção de cobertura de seguro de saúde gratuita ou de baixo custo.

É sua responsabilidade entrar em contato com o New England Baptist Hospital para obter informações ou para trabalhar com nossos conselheiros para preencher o requerimento para essas opções de cobertura.”

	PERCENTUAL DA DIRETRIZ DE POBREZA (RENDA FAMILIAR ANUAL)						
	TAMANHO DA FAMÍLIA 100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
1	11,770	17,655	23,540	29,425	35,310	41,195	47,080
2	15,930	23,895	31,860	39,825	47,790	55,755	63,720
3	20,090	30,135	40,180	50,225	60,270	70,315	80,360
4	24,250	36,375	48,500	60,625	72,750	84,875	97,000
5	28,410	42,615	56,820	71,025	85,230	99,435	113,640
6	32,570	48,855	65,140	81,425	97,710	113,995	130,280
7	36,730	55,095	73,460	91,825	110,190	128,555	146,920
8	40,890	61,335	81,780	102,225	122,670	143,115	163,560

	PERCENTUAL DA DIRETRIZ DE POBREZA (RENDA FAMILIAR MENSAL)						
	TAMANHO DA FAMÍLIA 100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
1	981	1,471	1,962	2,452	2,943	3,433	3,923
2	1,328	1,991	2,655	3,319	3,983	4,646	5,310
3	1,674	2,511	3,348	4,185	5,023	5,860	6,697
4	2,021	3,031	4,042	5,052	6,063	7,073	8,083
5	2,368	3,551	4,735	5,919	7,103	8,286	9,470
6	2,714	4,071	5,428	6,785	8,143	9,500	10,857
7	3,061	4,591	6,122	7,652	9,183	10,713	12,243
8	3,408	5,111	6,815	8,519	10,223	11,926	13,630