



# South Shore Hospital

55 Fogg Road  
South Weymouth, MA 02190

***Política de Crédito, Cobrança  
e  
Assistência Financeira do Hospital***

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
	A. Definições.....	2
	B. Princípios Gerais .....	6
<b>II.</b>	<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b> .....	7
	A. Cuidados em Condições Médicas de Emergência .....	7
	B. Comprovando a Elegibilidade para Inscrição em Programas de Assistência Pública de Massachusetts .....	8
	C. Auxiliando indivíduos buscando cobertura através de um programa de assistência pública de Massachusetts e/ou Assistência Financeira do South Shore Hospital.....	10
<b>III.</b>	<b>COLETANDO INFORMAÇÃO DO PACIENTE SOBRE COBERTURA DE SAÚDE E RECURSOS FINANCEIROS</b> .....	13
	A. Geral.....	13
	B. Atividades de pré-admissão para Serviços Eletivos Incluindo Cirurgia com Internamento e Procedimentos de Cuidados para o Dia da Cirurgia .....	14
	C. Preparação de Estimativas .....	15
	D. Admissões de Emergência e Internações de Urgência ou Serviços de Observação .	15
	E. Durante a Hospitalização.....	16
	F. Na Alta.....	17
	G. Serviço Ambulatorial .....	17
	H. Outras Informações ou Serviços Relacionados à Emergência .....	18
<b>IV.</b>	<b>DEPÓSITOS, LIMITAÇÕES EM COBRANÇAS E PRESTAÇÕES/PLANOS DE PAGT.</b> .....	18
	A. Depósitos – Geral.....	19
	B. Depósitos – Serv. de Emerg./Pacientes de Baixa Renda /Dificuld. Médica .....	19
	C. Limitações nas Cobranças de Cuidados de Emergência.....	20
	D. Prestações ou Planos de Pagt. (Autos-Pagos/Sem Seguro/Saldo após Seguro) .....	21
	E. Notificação do Plano de Pagamento do Contrato .....	22
<b>V.</b>	<b>SERVIÇOS ELEGÍVEIS PARA PAGAMENTO PELO HEALTH SAFETY NET</b> .....	22
	A. Padrões e Procedimentos Gerais .....	23
	B. Serviços Elegíveis para Pacientes de Baixa Renda .....	23
	C. Critérios p/ Enviar Cobrança p/ Todos Serv. Elegíveis p/ Pacientes Baixa Renda	24
	D. Critérios p/ Enviar Cobrança Parcial p/ Serv. Elegíveis p/ Pacientes Baixa Renda: .....	25
	E. Critérios de Exclusão .....	25
	F. Pagamentos para Serviços Elegíveis.....	25
	G. Dificuldade Médica.....	26
	H. Circunstâncias Especiais .....	26
	I. Processo de Reclamação .....	28
	J. Assistência Financeira Adicional do Hospital .....	28
<b>VI.</b>	<b>PRÁTICAS DE COBRANÇA DO HOSPITAL</b> .....	28
	A. Direitos e Responsabilidades do Hospital.....	29
	B. Direitos e Responsabilidades do Paciente .....	31

C. Documentação e Auditoria.....	33
D. Princípios de Cobrança Padrão.....	33
E. Procedimentos de Faturamento e Cobrança.....	34
F. Esforços Razoáveis de Cobrança.....	34
G. Classificação de Dívida Incobrável para Cuidados de Emergência .....	35
H. Populações Isentas de Ações de Cobrança de Rotina.....	36
I. Ações Extraordinárias de Cobrança.....	38
J. Agências de Cobrança Externas.....	42
K. Avisos .....	42
L. Site .....	42
VII. PRÁTICAS DE COBRANÇA DO HOSPITAL .....	43

## I. INTRODUÇÃO

South Shore Hospital, Inc. (“SSH” ou o “Hospital”) existe para beneficiar as pessoas em nossa vizinhança através da promoção de boa saúde, cura, cuidados e conforto. SSH tem orgulho de sua missão pública sem-fins lucrativos, fornecendo cuidados de qualidade para todos que necessitam, 24 horas por dia, 365 dias por ano. SSH busca maneiras de cumprir com as nossas obrigações morais, éticas e legais para assegurar que todos recebam os cuidados de que necessitam, independente da capacidade de poder pagar. A fim de prestar essa assistência com sucesso, o SSH pede que os pacientes estejam ativamente envolvidos em seus cuidados de saúde.

O SSH é um prestador de cuidados na linha de frente, oferecendo cuidados médicos para todas as pessoas, independente da sua capacidade de poder pagar. O SSH oferece estes cuidados para **todos** os pacientes que vêm para a nossa instalação.

O SSH auxilia os pacientes na obtenção de assistência financeira de programas públicos e outras fontes, incluindo o Programa de Assistência Financeira do South Shore Hospital, quando for o caso. Para continuar sendo viável enquanto cumpre com a sua missão, o SSH deve cumprir com as suas responsabilidades fiduciárias de fazer cobranças e receber por serviços prestados aos pacientes de maneira apropriada. A política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira é desenhado para cumprir com as leis e regulamentos estaduais e federais.

A Política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira (“CC&FAP”) do SSH objetiva a preservação dos bens e a manutenção da base de solvência financeira para as operações, enquanto equilibra as necessidades de nossa comunidade e dos pacientes que atende. O CC&FAP destina-se a fornecer a gerência com diretrizes gerais para a classificação de pacientes de acordo com a sua capacidade de pagar, e para a obtenção e verificação de informação e a cobrança de pagamento de pacientes, seus fiadores, terceiros, empresas de seguro e outros responsáveis financeiramente pelo pagamento de cuidados de saúde. Esta CC&FAP se aplica a serviços de cuidados de Emergência, Urgência e Cuidados primários fornecidos pelo Hospital em sua instalação principal, satélites e clínicas de internação listadas na autorização do Hospital (ver Anexo I, locais de instalações do South Shore Hospital). Médicos que não sejam empregados do Hospital praticando na instalação principal do Hospital, satélites e clínicas de internação, mas que farão a cobrança por seus próprios serviços são encorajados, mas não obrigados, a seguir esta política. A lista de provedores/grupos, fora aqueles próprios da instalação do Hospital, provendo serviços de emergência, urgência ou cuidados médicos necessários no SSH, incluindo os locais das instalações do SSH listadas no Anexo I, estão disponíveis no site do South Shore Hospital <http://www.southshorehospital.org/financial-counselingassistance>, e uma cópia impressa da lista está disponível mediante solicitação ao Conselheiro Financeiro do SSH. A lista indica quais provedores/grupos seguem as Políticas de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira do SSH.

A prática do hospital tem o objetivo de cumprir com as leis e regulamentos estaduais e federais enquanto desempenha as funções descritas na política. O SSH atualiza a CC&FAP sempre que há mudanças significativas nos regulamentos estaduais e federais, e apresentará essas mudanças ao seu Conselho Administrativo ou a uma entidade/indivíduo autorizado pelo Conselho a rever/aprovar a política CC&FAP. Quando são desenvolvidas futuras coberturas em decorrência de uma reforma no sistema de saúde estadual ou federal, o Hospital fará as mudanças apropriadas a esta política de crédito, cobrança e assistência financeira.

O Hospital não fará discriminação no fornecimento de seus serviços baseado em raça, cor, nacionalidade, sexo, identidade, orientação sexual, idade ou deficiência. Isto se aplica à substância e à aplicação das políticas

do Hospital com relação à aquisição e verificação de informação financeira, depósitos de pré-admissão ou pré-tratamento, planos de pagamento, adiamento ou rejeição de admissões, determinação de condição do Paciente de Baixa Renda e práticas de faturamento e cobrança.

Esta política foi desenvolvida para assegurar conformidade com o Regulamento de Elegibilidade para Serviços da Rede de Segurança em Saúde de Massachusetts (101 CMR 613.000), e para satisfazer os regulamentos do IRS (Lei da Receita Federal, seção 501 (r)) que estão em vigor com o ano fiscal do Hospital iniciando após 29 de dezembro de 2015.

Esta política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira está em conformidade com os critérios aplicáveis sob (1) Regulamento de Elegibilidade para o Health Safety Net (101 CMR 613.00), (2) os Requerimentos de Crédito Incobrável do Medicare dos Centros para Medicare e Medicaid (42 CFR 413.89), e (3) o Manual de Reembolso do Provedor do Medicare (Parte 1, Capítulo 3). A informação contida e referenciada nesta política aplica-se somente a serviços baseados em hospital fornecidos no SSH ou qualquer outra instalação que faz parte da autorização ou número de identificação fiscal do Hospital. Ela não se estende a afiliados ou outros grupos de prática médica que podem rotineiramente trabalhar com o SSH.

#### **A. Definições**

Significado dos Termos. Tal como usado no 101 CMR 613.00, a menos que o contexto requeira outrossim, os seguintes termos deverão ter os seguintes significados e ser usados como um ponto de referência para esta política e os requerimentos da mesma.

<u>Dia Administrativo</u>	Um dia de internação hospitalar onde as necessidades de cuidados do paciente poderão ser atendidas num local diferente de um hospital de internação aguda, de acordo com os padrões do 130 CMR 415.000 e no qual o paciente esteja clinicamente pronto para a alta.
<u>Serviços Auxiliares</u>	Serviços não rotineiros para os quais normalmente são cobradas taxas além das taxas cobradas normalmente, que incluem, mas não estão limitadas a laboratório, diagnóstico, serviços de radiologia terapêutica, serviços de cirurgia, e fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.
<u>Dívida Incobrável</u>	Uma conta a receber relativa a serviços prestados a um paciente que: (a) é considerada incobrável, depois de feito um esforço razoável de cobrança, consistente com o 101 CMR 613 e com a Política estabelecida de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira do Hospital; (b) é debitada como perda; (c) não é uma obrigação de uma repartição governamental ou do governo federal ou estadual, ou quaisquer agências dos mesmos; (d) não é um Serviço de Saúde Reembolsável e, (e) não é um Paciente de Baixa Renda tal como definido nesta política.
<u>Cobrança</u>	O preço padrão estabelecido para um serviço específico cobrado por um Provedor.

<u>Ação de Cobrança</u>	Qualquer atividade na qual um provedor ou agente por ele designado solicita pagamento por serviços de um paciente, o fiador de um paciente ou terceiro responsável pelo pagamento. Ações de Cobrança incluem atividades tais como depósitos de pré-admissão ou pré-tratamento, extratos de cobrança, cartas de acompanhamento de cobrança, contatos por telefone, contatos pessoais e atividades de agências de cobrança e advogados.
<u>Serviços Confidenciais</u>	Serviços para o tratamento de doenças transmitidas sexualmente fornecidos em conformidade o M.G.L. c. 112, §12F, e serviços de planejamento familiar fornecidos em conformidade com M.G.L. C. 111, §24E.
<u>Política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira</u>	Uma declaração da política em conformidade no 101 CMR 613.00, e código 501(r) do IRS, descrevendo os princípios de faturamento, cobrança e assistência financeira do Hospital que orientam as suas práticas e procedimentos de faturamento, cobrança e assistência financeira.
<u>Renda Contábil</u>	Renda conforme definido no 101 CMR 613.05 (1) (b).
<u>Serviços Eletivos</u>	Serviços médicos necessários que não preenchem a definição de emergência ou urgência. Tipicamente esses serviços são cuidados primários de saúde ou procedimentos médicos agendados com antecedência pelo paciente ou pelo provedor de serviços de saúde (hospital, consultório médico, outro).
<u>Serviços Elegíveis</u>	Serviços elegíveis para pagamento pela Rede de Segurança da Saúde ( <i>Health Safety Net</i> ) em conformidade com o 101CMR 613.03 Serviços Elegíveis incluem:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Serviços de saúde reembolsáveis para pacientes de baixa renda;</li><li>2. Dificuldades médicas; e</li><li>3. Crédito incobrável em conformidade com o definido no 101 CMR 613.00 e 614.00. <i>Pagamentos e Financiamento da Rede de Segurança da Saúde.</i></li></ol>
<u>Ajuda de Emergência para Idosos, Deficientes e Crianças (EAEDC)</u>	Um programa de benefícios do governo conforme a M.G.L. c. 117 A
<u>Dívida de Emergência Incobrável</u>	O montante de dívida incobrável para serviços de emergência que atende ao critério definido no 114.6 CMR 13.05.
<u>EVS</u>	O sistema de verificação de elegibilidade do MassHealth.
<u>Condição Médica de Emergência</u>	Uma condição médica, seja mental ou física, que se manifesta através de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor intensa, que a ausência de uma pronta atenção médica poderia ser esperada, por uma pessoa leiga sensata com conhecimento normal de saúde e medicina,

em resultar que a saúde da pessoa ou de uma outra pessoa estaria em risco sério, disfunção séria de função corporal, ou disfunção séria de qualquer parte ou órgão do corpo, ou em relação à gestante, como definido adicionalmente no 42 U.S.C. § 1395 dd(e)(1)(B).

<u>EMTALA</u>	A Lei Federal de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho Ativo conforme a 42 U.S.C. §1395 dd.
<u>Requisitos de Nível EMTALA</u>	De acordo com as exigências federais, a EMTALA é acionada para qualquer um que venha às dependências do Hospital solicitando exame ou tratamento de um serviço em condição de emergência (condição médica de emergência), ou que entra na emergência solicitando exame ou tratamento para uma condição médica. De maneira mais comum, pessoas sem agendamento solicitando serviços para uma condição médica de emergência enquanto se apresentam numa outra unidade de internação, clínica ou outra área auxiliar também podem estar sujeitas a um exame médico de triagem de emergência em conformidade com a EMTALA. Exames e tratamentos para condições médicas de emergência, ou quaisquer outros serviços prestados na medida exigida pela EMTALA, serão fornecidos ao paciente e se qualificarão como cuidados de emergência. A determinação de que existe uma condição médica de emergência é feita pelo médico atendente ou qualquer outra pessoa da área de saúde qualificada do hospital, tal como registrado no prontuário médico. A determinação de que existe uma condição médica primária ou de urgência também é feita pelo médico atendente ou qualquer outra pessoa da área de saúde qualificada do hospital, tal como registrado no prontuário médico.
<u>Limite Federal de Pobreza (FPL)</u>	As diretrizes federais quanto à renda no limite de pobreza são emitidas anualmente pelo Registro Federal.
<u>Hospital</u>	Um hospital de tratamento intensivo licenciado em conformidade com a M.G.L. c. 111, §51 que contenha a maioria dos leitos médico-cirúrgicos, pediátricos, obstétricos e de maternidade tal como definido pelo Departamento de Saúde Pública.
<u>Serviços Hospitalares</u>	Serviços listados num hospital de tratamento intensivo licenciado pelo Departamento de Saúde Pública. Isto não inclui os serviços fornecidos em unidades de cuidados transicionais; serviços prestado em instalações de enfermagem especializadas e serviços de saúde a domicílio, ou serviços licenciados separadamente, incluindo programas de tratamento residencial e serviços de ambulância.
<u>Visita ao Hospital</u>	Uma reunião em pessoa entre o paciente e um médico, médico assistente, enfermeiro(a) clínico ou enfermeiro(a) registrado quando o paciente foi admitido a um hospital pelo médico ou funcionário do Centro de Saúde Comunitário.

<u>Pacientes de Baixa Renda</u>	Um indivíduo que satisfaz os critérios conforme 101 CMR 613.04 (1).
<u>Lar MAGI MassHealth</u>	Uma família definida conforme 130 CMR 506.002 (B): <i>MassHealth MAGI Household Composition</i>
<u>Cuidados ou Serviços Medicamento Necessários</u>	Um serviço razoavelmente suposto para prevenir, diagnosticar, <u>ou</u> prevenir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que possam pôr a vida em perigo, causar sofrimento ou dor, causar deformidade ou distúrbio físico, ameacem causar ou agravar uma deficiência, ou resultem numa doença ou enfermidade. Cuidados ou Serviços Medicamento Necessários deverão incluir serviços de internação e ambulatoriais autorizados em conformidade com o Título XIX da Lei Federal da Segurança Social.
<u>Cuidados Primários ou Eletivos</u>	Cuidados médicos exigidos por indivíduos ou famílias que sejam apropriados para a manutenção da saúde e prevenção de doença. Atenção primária consiste de serviços de saúde fornecidos costumeiramente por clínicos gerais, médicos de família, internistas, pediatras e enfermeiro(a)s de cuidados primários ou assistentes médicos. A atenção primária não exige os recursos especializados do departamento de emergência de um hospital, e exclui Serviços Auxiliares e serviços de maternidade.
<u>Provedor</u>	Um Hospital ou Centro de Saúde Comunitário que fornece Serviços Elegíveis.
<u>Serviços de de Saúde Reembolsáveis</u>	Serviços Elegíveis fornecidos a pacientes sem seguro ou seguro insuficiente, que são determinados como sendo financeiramente incapazes de poder pagar por seus cuidados, no todo ou em parte, e que preenchem o critério para condição de Paciente de Baixa Renda; desde que esses serviços não sejam elegíveis para reembolso por qualquer outro pagador público ou privado.
<u>Residente</u>	Uma pessoa vivendo no estado de Massachusetts com intenção de permanecer tal como definido pelo 130CMR 503.002(A) até (D). Pessoas que não são consideradas residentes são:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Indivíduos que vierem para Massachusetts com o propósito de receber atendimento médico num ambiente fora de uma instalação de enfermagem, e que mantenham uma residência fora de Massachusetts.</li><li>2. Pessoa cujo paradeiro é desconhecido; ou</li><li>3. Presos de instituições penais, exceto nas seguintes circunstâncias;<ol style="list-style-type: none"><li>a. Eles são pacientes internados numa instalação médica; ou</li><li>b. Eles estão vivendo fora da instituição penal, estão em liberdade condicional, liberdade vigiada ou liberação</li></ol></li></ol>

domiciliar e não estão retornando para a instituição para pernoite.

<u>Clínica Satélite</u>	Uma instalação que opera sob a licença de um Hospital de cuidados intensivos, pode estar sujeita à gestão fiscal, administrativa e clínica do Hospital de cuidados intensivos, fornece serviços somente em base ambulatorial, não está localizada no mesmo local da instalação de internação do Hospital de cuidados intensivos, e tem uma condição de Provedor CMS em conformidade com 42 CFR 413.65.
<u>Terceiros</u>	Qualquer indivíduo, entidade ou programa que é ou pode ser responsável por pagar em seu todo ou parte dos custos dos serviços médicos.
<u>Paciente com Cobertura Insuficiente</u>	Um paciente cujo plano de seguro saúde ou plano autofinanciado não paga, em seu todo ou em parte, por serviços de saúde elegíveis para pagamento pela Rede de Segurança em Saúde, desde que o paciente atenda aos padrões de elegibilidade de renda estabelecidos no 101 CMR 613.04.
<u>Paciente sem Seguro</u>	Um paciente que é um residente do estado, que não está coberto por um plano de seguro saúde ou plano autofinanciado, e que não é elegível para um programa de assistência médica. Um paciente que tem uma apólice de seguro de saúde ou é membro de um programa de seguro de saúde ou benefício que requeira que tal paciente faça pagamento de franquia, ou copagamentos, ou deixe de cobrir certos serviços médicos ou procedimentos não é segurado.
<u>Serviços de Cuidados Urgentes</u>	Cuidados ou Serviços Médicos Necessários, prestados num hospital de cuidados intensivos ou num Centro de Saúde Comunitário depois do aparecimento súbito de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) que uma pessoa leiga prudente acreditasse que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente resultar em colocar um paciente em risco à saúde, comprometimento de função corporal, ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Serviços de Cuidados urgentes são fornecidos para condições que não representam risco de vida e não representam um alto risco de danos sérios à saúde do indivíduo. Serviços de Cuidados Urgentes não incluem cuidados Primários ou Eletivos.

## **B. Princípios Gerais**

O medo de uma conta de hospital jamais deve ser um empecilho para que os pacientes recebam serviços de saúde essenciais. Os funcionários do hospital devem desenvolver e comunicar mensagens aos pacientes com relação à sua capacidade de acessar cuidados médicos necessários e sobre a disponibilidade de ajuda financeira.

Assistência financeira tem o propósito de ajudar os pacientes de baixa renda que não poderiam de outro modo ter a capacidade de pagar por seus cuidados de saúde.

As políticas de assistência financeira do Hospital aqui estabelecidas são consistentes com a sua missão de caridade e valores, e levam em consideração a capacidade de cada indivíduo de poder contribuir com o custo de seus cuidados e à capacidade do hospital de prestar esse atendimento.

Essas políticas devem ser comunicadas de uma maneira clara e fácil de entender.

As políticas de assistência financeira não eliminam a responsabilidade pessoal. Pacientes podem ou não se qualificar para assistência financeira de programas públicos, e sendo assim pode esperar-se que eles tenham que contribuir para o custo de seus cuidados baseado na capacidade individual de poder pagar. Adicionalmente, é de responsabilidade do paciente fornecer ao Hospital a documentação financeira e pessoal exigida para a determinação de elegibilidade para programas de assistência financeira apropriados.

## **II. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **A. Cuidados em Condições Médicas de Emergência**

O SSH irá fornecer, sem exceção, cuidados para emergências médicas a todos os indivíduos que estejam buscando esses cuidados, independente da capacidade de poder pagar ou de qualificar-se para assistência Financeira de acordo com a Lei Federal de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho Ativo (EMTALA). Há assistência financeira disponível para um indivíduo que está buscando cuidados necessários de emergência, de urgência ou médicos. O programa de assistência financeira do hospital pode não se aplicar a certos procedimentos eletivos ou serviços que são cobertos por terceiros (tais como seguro privado ou programa de assistência pública). O Hospital não se envolverá em ações que desencorajem os indivíduos de buscarem atendimento médico de emergência, tais como exigir que os pacientes paguem antes de receber o tratamento para condições médicas de emergência, ou interferir com a triagem para o fornecimento de cuidados de emergência médica discutindo primeiro o programa de assistência financeira do Hospital ou a elegibilidade para programas de assistência pública.

É importante denotar que a classificação de condições médicas do indivíduo é somente para fins de gestão clínica, e que tais classificações têm a intenção de decidir em que ordem os médicos deverão atender os indivíduos baseados nos sintomas clínicos que estão apresentando. Essas classificações não afetam a ordem na qual o indivíduo receberá assistência financeira. Para os indivíduos sem seguro ou com seguro insuficiente, o Hospital trabalhará com os indivíduos para ajudá-los a encontrar um programa de assistência financeira que possa cobrir em parte ou a totalidade de suas conta(s) hospitalar a pagar. Para os indivíduos que tenham seguro privado, o hospital deverá agilizar o trabalho com o indivíduo e a seguradora. É obrigação do indivíduo saber quais serviços serão cobertos antes de procurar serviços eletivos ou programados. Para fins desta política, os seguintes serviços são diferenciados da seguinte maneira para a determinação de cuidados médicos necessários e o que pode ser coberto por uma opção específica de cobertura pública ou privada para a consideração do crédito incobrável de pacientes:

---

Serviços a Nível de Emergência incluem serviços médicos necessários fornecidos após o início de uma condição médica, seja ela física ou mental, manifestando-se através de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor intensa, que a ausência de cuidados médicos imediatos poderia ser razoavelmente esperada, por uma pessoa leiga sensata com conhecimento normal de saúde e medicina, em resultar que a saúde da pessoa ou de uma outra pessoa estaria em risco sério, disfunção séria de função corporal, ou disfunção séria de qualquer parte ou órgão do corpo, ou em relação à gestante, como definido adicionalmente no 42 U.S.C. § 1395 dd(e)(1)(B). Um exame médico de triagem e quaisquer tratamentos subsequentes para condições de emergência médica, ou qualquer um desses serviços prestados na medida exigida conforme a lei federal EMTALA (42 U.S. C. § 1395 dd qualifica-se como um Serviço a Nível de Emergência.

Serviços de Cuidados de Urgência incluem serviços medicamente necessários fornecidos num Hospital de tratamento intensivo ou num Centro Comunitário de Saúde após o aparecimento súbito de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) que uma pessoa leiga prudente acreditasse que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente resultar em colocar um paciente em risco à saúde, comprometimento de função corporal, ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Serviços de Cuidados Urgentes são fornecidos para condições que não representam risco de vida e não representam um alto risco de danos sérios a saúde do indivíduo. Serviços de Cuidados Urgentes não incluem cuidados Primários ou Eletivos.

Cuidados Primários ou Eletivos são fornecidos para indivíduos que (1) chegam ao Hospital procurando por cuidados de nível de não emergência ou de não urgência, ou (2) procuram por cuidados adicionais após a estabilização de uma Condição Médica de Emergência. Serviços eletivos ou programados são ou serviços de atenção primária ou procedimentos médicos programados com antecedência pelo indivíduo ou pelo provedor de cuidados de saúde (hospital, consultório médico, outro).

## **B. Comprovando a Elegibilidade para Inscrição num Programa de Assistência Pública em Massachusetts e/ou no Programa de Assistência Financeira do SSH**

### **1. Princípios Gerais**

Assistência financeira destina-se a ajudar indivíduos de baixa renda que não poderiam de outra maneira ter a capacidade de pagar por seus serviços de cuidados de saúde. Tal assistência leva em consideração a capacidade de cada indivíduo de poder contribuir para o custo de seu atendimento. Para os indivíduos que não têm seguro ou que têm seguro insuficiente, o Hospital irá, quando requisitado, ajudá-los a solicitar assistência financeira disponível em programas que podem cobrir em parte ou no todo as suas contas a pagar do Hospital. O Hospital oferece essa assistência tanto para residentes como para não residentes em Massachusetts; no entanto, pode não haver cobertura através de um programa de assistência pública de Massachusetts para pessoas que residem em outros estados. A fim do Hospital poder ajudar pessoas que não têm seguro ou que têm seguro insuficiente encontrarem as opções mais apropriadas de cobertura, bem como determinar se o indivíduo é elegível financeiramente para qualquer desconto nos pagamentos, os indivíduos devem trabalhar diligentemente com o Hospital para verificar a renda familiar, outras coberturas de seguro, e qualquer outra informação que possa ser usada na determinação de elegibilidade.

## **2. Inscrição num Programa de Assistência Pública**

Hospitais não têm nenhum papel na determinação específica de elegibilidade para inscrição junto a um programa de assistência pública. Em Massachusetts, pessoas que se candidatam para cobertura pelo MassHealth, o programa de assistência a pagamentos de prêmios de seguro oferecido através do Health Connector (incluindo ConnectorCare), o Health Safety Net, o Programa de Segurança Médica para Crianças ou Dificuldade Médica (“Medical Hardship”) devem fazê-lo através de um único requerimento padrão que é submetido através do novo sistema de solicitação do estado chamado Health Insurance Exchange (HIX). Através deste processo, o indivíduo pode enviar a sua solicitação através de um site online (que está localizado num local central no site do estado para o Health Connector), usando um formulário impresso ou por telefone com um representante de serviço ao cliente localizado no MassHealth ou Connector. Os indivíduos também podem enviar a sua solicitação através do site ou de um formulário impresso.

### **3. A fim de solicitar cobertura, deve ocorrer o seguinte processo:**

1. Pede-se que o indivíduo abra uma conta online para ser usada pelo estado para conduzir uma verificação de identidade do indivíduo. Uma vez que isso tenha sido feito, ai então o indivíduo poderá enviar uma solicitação preenchida através do sistema hCentives no site do Connector. Se o indivíduo não quiser prosseguir com o sistema online de verificação de identidade, ele/ela poderá enviar uma solicitação pelo correio. Talvez se faça necessária outra verificação, incluindo demonstrativo de renda, residência e cidadania.
2. Uma vez que a solicitação tenha sido recebida, o estado irá verificar a elegibilidade através da comparação da informação financeira e demográfica desse indivíduo a um site de dados federal, bem como uma análise do rendimento bruto ajustado modificado. Caso necessário, o indivíduo também apresentará informação adicional requerida pelo sistema. Uma vez que isso aconteça, o indivíduo será considerado:
  - a. Elegível para cobertura pelo MassHealth, e nesse caso notificado pelo site do MAHealthConnector ou pelo MassHealth, o qual inclui informação sobre a elegibilidade, incluindo a data de início e outras informações pertinentes; ou
  - b. Se o indivíduo se qualifica para um plano de saúde qualificado através do programa Health Connector, ele será notificado quanto à sua elegibilidade e direcionado a tomar os seguintes passos: Isto inclui (1) selecionar um plano, (2) pagar a sua mensalidade do

---

prêmio, e (3) cadastrar-se e receber a sua prova de cobertura.

Maiores informações com relação ao programa de benefícios e processo de solicitação no MassHealth e Connector podem ser encontrados no [www.mass.gov/MassHealth](http://www.mass.gov/MassHealth) e [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org).

**C. Auxiliando Indivíduos Buscando Cobertura Através de um Programa de Assistência Pública de Massachusetts e/ou o Programa de Assistência Financeira do SSH**

**1. Princípios Gerais**

Para aqueles indivíduos que não têm cobertura ou que têm cobertura insuficiente, o Hospital trabalhará com os mesmos para ajudá-los com a solicitação para programas de assistência financeira disponível que possa cobrir parte ou a totalidade das contas não pagas de Hospital. A fim de poder ajudar os indivíduos que não têm cobertura ou que têm cobertura insuficiente, o Hospital irá fornecer a todos os indivíduos uma comunicação geral sobre a disponibilidade de programas, tanto nas faturas que são enviadas aos indivíduos como em avisos afixados em todo o hospital. A meta desses avisos é de ajudar indivíduos a inscrever-se para cobertura junto a um programa de assistência pública, incluindo o MassHealth, o programa de assistência a pagamentos de prêmios oferecido através do Health Connector (incluindo ConnectorCare), o Health Safety Net, o Programa de Segurança Médica para Crianças, Dificuldade Médica e o Programa de Assistência Financeira do South Shore Hospital (SSH).

**2. Função do Conselheiro de Solicitação Certificado do Hospital**

O Hospital fornece aos indivíduos informações sobre programas de assistência financeira que estão disponíveis no estado de Massachusetts. Por contratação com o Escritório Executivo de Serviços de Saúde e Humanos (MassHealth) e a Autoridade de Conector de Seguro Saúde de Massachusetts (Connector), o Hospital foi considerado uma Organização Certificada de Conselheiros de Solicitação. O Hospital trabalha, através desta autorização, com os seus funcionários, empreiteiros e voluntários para treinar pessoas com relação a elegibilidade e às regras e regulamentos e serem certificados como Conselheiros de Solicitação Certificados (CAC) para ajudar indivíduos com a solicitação no MassHealth, programa de assistência a pagamento de prêmios oferecido pelo Health Connector (incluindo ConnectorCare), Health Safety Net, o Programa de Segurança Médica para Crianças, Dificuldade Médica e o Programa de Assistência Financeira do SSH. Conselheiros de Solicitação Certificados (CAC) irão informar o indivíduo sobre as funções e as responsabilidades do CAC, obter a assinatura do indivíduo num Formulário Certificado de Designação de Conselheiro de Solicitação, e ajudar o indivíduo a encontrar assistência pública apropriada:

- a. fornecendo informação sobre a gama completa de programas, incluindo o programa de assistência a pagamento de prêmio do MassHealth oferecido pelo Health Connector (incluindo ConnectorCare), Health Safety Net, o Programa de Segurança Médica para Crianças, Dificuldade Médica e o Programa de Assistência Financeira do SSH;

- b. ajudando os indivíduos a preencher um formulário de solicitação ou de renovação;
- c. trabalhando com o indivíduo para fornecer a documentação exigida;
- d. enviando os formulários e as renovações aos programas específicos;
- e. interagindo, quando for o caso e conforme permitido sob o atual estatuto de limitações, com os Programas sobre a condição dessas solicitações e renovações;
- f. ajudando a facilitar a solicitação de requerentes ou beneficiários e Programas de seguro; e
- g. oferecendo e fornecendo ajuda com o registro de votantes.

É obrigação do indivíduo fornecer ao Hospital informação correta e oportuna com relação ao seu nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número do seguro social (caso disponível), opções atuais de cobertura de seguro (incluindo seguro de responsabilidade civil para veículos automotores) que pode cobrir o custo dos cuidados recebidos, e quaisquer outros recursos financeiros relevantes, e informação de residência e cidadania. Esta informação será enviada ao estado como parte do requerimento para programa de assistência pública para determinar cobertura para serviços fornecidos ao indivíduo.

Se não houver cobertura específica para os serviços fornecidos, o Hospital trabalhará com o paciente para determinar se a opção de um programa estadual diferente, tal como solicitar Dificuldade Médica através do Health Safety Net estaria disponível de acordo com os regulamentos do Health Safety Net. É obrigação do paciente fornecer toda a informação necessária tal com exigida pelo Hospital e em tempo hábil para assegurar que o Hospital possa enviar uma solicitação completa. O Hospital se esforçará em enviar o requerimento total e completo em cinco (5) dias úteis após receber todas as informações necessárias do paciente. Se a solicitação total e completa não for enviada dentro de 5 (cinco) dias do recebimento de toda a informação necessária dentro do prazo requerido pelo Hospital, não poderão ser feitas cobranças contra o paciente com respeito às faturas elegíveis para Dificuldade Médica.

Se o indivíduo ou fiador não for capaz de fornecer a informação necessária, o Hospital poderá (a pedido do indivíduo) empreender esforços razoáveis para obter qualquer informação adicional de outras fontes. Isto irá ocorrer quando o indivíduo está programando seus serviços, durante o pré-registro, enquanto o indivíduo estiver admitido no Hospital, mediante alta, ou por um tempo razoável após a alta do Hospital. A informação que o Hospital obtém será mantida de acordo com as leis de privacidade federais e estaduais aplicáveis.

O Hospital também conduzirá esforços razoáveis para investigar se um recurso de terceiros pode ser responsável pelos serviços fornecidos pelo Hospital, incluindo, mas não limitado a: (1) uma apólice de veículo automotor ou de responsabilidade do proprietário, (2) apólices contra acidentes gerais ou danos pessoais, (3) programas de indenização por acidentes de trabalho, ou (4) apólice de seguro de estudante, entre outras. De acordo com regulamentos estaduais

---

aplicáveis ou contrato de seguro, para qualquer reivindicação onde os esforços razoáveis do Hospital resultaram num pagamento de fontes listadas acima, o Hospital trabalha com cada indivíduo para informá-los de sua responsabilidade de comunicar o pagamento e a compensação contra qualquer reivindicação feita ao MassHealth, o Health Safety Net, ou outro programa aplicável.

### **Práticas de Notificação**

O Hospital publicará comunicações (avisos) claramente visíveis e legíveis sobre a disponibilidade de assistência financeira tal como delineada nesta política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira nos seguintes locais:

1. Áreas de Prestação de Serviços (exemplos: áreas de internação, emergência e ambulatório);
2. Escritórios dos Conselheiros de Solicitação Certificado;
3. Áreas de Admissão/Registro; e
4. Escritório financeiro aberto aos indivíduos.

Avisos serão afixados claramente visíveis e legíveis para os indivíduos visitando aquelas áreas. O Hospital incluirá também uma comunicação sobre a disponibilidade de assistência financeira em todas as faturas iniciais.

Quando o indivíduo contatar o Hospital, os CACs do Hospital tentarão identificar se um indivíduo se qualifica para um programa de assistência pública ou através do programa de assistência financeira do SSH. Um indivíduo que esteja registrado num programa de assistência pública pode qualificar-se para certos benefícios. Indivíduos também podem qualificar-se para assistência adicional do programa de assistência financeira do Hospital baseado na renda comprovada do indivíduo e nas despesas médicas permitidas.

### **III. COLETANDO INFORMAÇÃO DO PACIENTE SOBRE COBERTURA DE SAÚDE E RECURSOS FINANCEIROS**

#### **A. Geral**

O Hospital irá trabalhar com os pacientes para informá-los de sua obrigação de fornecer informações precisas de seguro saúde ao Hospital (incluindo seguradora principal e secundária), endereço, e recursos financeiros relevantes para determinar se o paciente é elegível para cobertura através de seguro privado ou através de programas de assistência pública disponíveis. O SSH informa os seus pacientes de sua obrigação de trabalhar cooperativamente com os funcionários do Hospital nessas questões a fim de facilitar a aplicação consistente de suas políticas.

Na maioria dos casos, o Departamento de Agendamento, Departamento de Acesso ao Paciente ou outro designado pelo Hospital irá obter e verificar a informação financeira necessária para determinar a responsabilidade pelo pagamento da conta do Hospital do paciente ou fiador no momento em que o serviço do paciente é agendado, ou no momento em que o paciente é registrado.

Informação financeira para visitas de emergência e ambulatório somente serão verificadas se o SSH tiver uma solução eletrônica que permite verificação. O Hospital irá adiar qualquer tentativa de obter essa informação durante a prestação de qualquer nível de emergência EMTALA ou serviços de atendimento de urgência se o processo de obter essa informação irá adiar ou interferir com o exame de triagem médica ou serviços realizados para estabilizar uma condição de emergência médica. Se o paciente ou fiador não puderem fornecer a informação necessária, e o paciente consentir, o Hospital fará um esforço razoável para contatar familiares e amigos para informações adicionais enquanto o paciente estiver no Hospital e por ocasião da alta do paciente. Toda a informação coletada conforme esta política será tratada confidencialmente de acordo com as leis de privacidade federais e estaduais aplicáveis.

O Hospital fará esforços razoáveis e diligentes, inclusive acompanhamento de faturamento e regras de autorização, e quando apropriado, recorrendo qualquer reivindicação rejeitada quando o serviço for pagável em sua totalidade ou em parte por uma seguradora identificada de terceiro, a investigar se recursos de terceiros podem ser responsáveis pelos serviços prestados, tais como: : (1) uma apólice de veículo automotor ou de responsabilidade do proprietário, (2) apólices contra acidentes gerais ou danos pessoais, (3) programas de indenização por acidentes de trabalho, ou (4) apólice de seguro de estudante, entre outras. De acordo com regulamentos estaduais aplicáveis ou contrato de seguro, para qualquer reivindicação onde o Hospital tenha feito um esforços razoáveis e diligentes e que resultaram num pagamento de uma conta de assistência médica faturada contra uma seguradora privada ou programa público, o Hospital irá informar o pagamento e compensá-lo contra o saldo devedor da seguradora privada ou programa público. Se o Hospital tem conhecimento prévio e for capaz de fazê-lo legalmente, ele tentará garantir a atribuição de um direito do paciente de ter a cobertura por um terceiro dos serviços prestados.

Enquanto de maneira geral o Hospital tentará completar a verificação de seguro e outros requerimentos conforme estabelecido por terceiros pagadores, o paciente tem a responsabilidade final de entender seus benefícios e requerimentos específicos de seguro, e precisam permanecer ativamente envolvidos na comunicação ou obtenção da devida autorização(ões) prévia e encaminhamento(s) ou outras exigências da fonte de seguro saúde tal como requerido pela apólice de

seguro do paciente. O SSH usa meios usados em toda a sua indústria e aceita geralmente como meio de verificação de seguro por via eletrônica e aplicações baseadas na web, como Passport.

Abaixo estão descritas as instruções específicas do tipo principal de serviço prestado pelo Hospital.

**B. Atividades de Pré Admissão para Serviços Eletivos Incluindo Cirurgia com Internamento e Procedimentos de Cuidados para o Dia da Cirurgia**

1. Nas admissões eletivas deve-se identificar e estabelecer uma fonte válida de pagamento antes de se fazer a reserva. Pacientes que pagarão a própria conta deverão apresentar uma fonte de pagamento antes que a reserva seja feita. Isto pode ser facilitado trabalhando-se com o Conselheiro Financeiro e/ou um representante de contas de pacientes que irá ajudar o paciente a buscar fontes alternativas de financiamento, assessorar o paciente sobre a disponibilidade de programas, explicar as políticas do SSH, ou estabelecer um plano de pagamento conforme apropriado. Caso não tenham sido identificadas opções apropriadas de pagamento, o SSH se reserva o direito de adiar o serviço para mais tarde, contanto que tal adiamento não coloque em perigo a saúde do paciente. Isso inclui serviços determinados como cosméticos em sua natureza ou não medicamente necessários.
2. Após o recebimento de uma reserva antecipada, o Agendamento ou Departamento de Acesso ao Paciente irá rever a informação de seguro fornecida e completar o processo de pré certificação. Será feita uma chamada de acompanhamento ao paciente na medida do necessário quando estiver faltando informação ou a informação esteja incorreta.
3. O SSH fará verificação de seguro para a maioria dos principais programas pagadores de assistência pública, organizações fornecedoras preferidas e organizações de manutenção de saúde, e obterá, sempre que possível, a autorização prévia e/ou requisitos de segunda opinião conforme determinado pelo terceiro pagador. O SSH utiliza ferramentas, tais como o software Passport para ajudar a facilitar a identificação, confirmação e condição de elegibilidade da informação fornecida pelo paciente.
4. Os pacientes de Indenização de acidentes de trabalho são solicitados a fornecer prova de aprovação prévia por parte da seguradora de acidentes de trabalho do empregador, seguro próprio ou utilização do agente de revisão. Caso esteja disponível, solicita-se a divulgação completa sobre o acidente ou data dos ferimentos, utilização do agente de revisão, seguradora, número do sinistro, condição do sinistro e advogado.
5. Planos não padronizados de terceiros e seguradora estrangeira serão tratados caso a caso, com a expectativa de que os requerimentos sejam atendidos e ativos antes do agendamento de um serviço eletivo.
6. Pacientes de cirurgias cosméticas eletivas devem ou pagar os valores estimados para a cirurgia solicitada ou fornecer prova de cobertura ativa por terceiro antes da admissão. A definição usada para determinar este tipo de admissão pode ser encontrada no Manual de Políticas de Benefícios do Medicare Cap. 16, Sec. 120. *“Cirurgia cosmética inclui qualquer*

---

*procedimento cirúrgico direcionado à melhora da aparência, exceto quando necessária para a pronta (isto é, o mais rápido possível do ponto de vista médico) reparação de um ferimento acidental ou para melhoria no funcionamento de um membro malformado do corpo.”* Devido ao requerimento de necessidade médica, o atendimento gratuito (free care) ou o Programa de Cuidados Não Compensados não se aplica à cirurgia cosmética eletiva.

### **C. Preparação de Estimativas**

De acordo com o Capítulo 224 dos Atos de Massachusetts de 2012, os funcionários do Acesso a Pacientes do Hospital/Conselheiro Financeiro ou outro designado pelo Hospital é responsável por fornecer todas as estimativas aos pacientes mediante solicitação. Eles também são responsáveis pela cobrança de pagamentos apropriados antes da data do serviço para aqueles pacientes considerados como pagantes.

A informação da estimativa é coletada e então calculada usando calculadores internos de estimativa para pacientes internados e ambulatoriais. Esses calculadores de estimativa interna serão atualizados uma vez por ano.

O SSH tem 2 dias úteis da data de solicitação para finalizar a estimativa e responder ao paciente. A estimativa final é fornecida ao paciente, juntamente com uma carta de confirmação e opções de pagamento. Para pacientes sem seguro, exige-se que o paciente pague a estimativa ou faça um depósito prévio antes da data do serviço. Se o paciente indicar que ele/ela não pode pagar a estimativa, o Conselheiro Financeiro irá avaliar a condição financeira do paciente e ajudar o paciente a solicitar benefícios de saúde públicos, tais como Medicaid.

### **D. Admissões de Emergência e Internações de Urgência ou Serviços de Observação**

1. O Hospital deverá obter a informação necessária para determinar a responsabilidade pelo pagamento da conta pelo paciente ou fiador.
2. No momento da admissão, um Representante do Hospital irá obter do paciente, fiador ou membro da família, com a permissão do paciente, informação demográfica e de seguro, incluindo detalhes específicos quanto ao tipo de coberturas de seguro disponíveis.
3. Um representante do Hospital irá fazer a verificação de elegibilidade de terceiros e notificações de seguro, caso necessário. Como descrito na Seção III B, isto irá variar dependendo do tipo de seguro. O SSH usará meios de verificação eletrônica sempre que possível. Isso inclui o uso de Passport para completar as verificações e sites de pagador individual (isto é, HPConnect para pacientes do Harvard Pilgrim Healthcare).
4. Conselheiros Financeiros estarão disponíveis ou podem procurar falar com o paciente ou membro da família uma vez que estejam medicamente estáveis e seja apropriado fazê-lo para completar o processo de revisão financeira e de seguro.
5. Se um paciente não tem seguro, um Conselheiro Financeiro será avisado. O paciente ou fiador receberão uma notificação ao paciente - o folheto *“Disponibilidade de Assistência Financeira”*. Este folheto informativo ajudará a comunicar as opções disponíveis para o paciente e como acessar maior assistência através do SSH.

6. Para fins de classificação desses pacientes, o SSH poderá tentar contatar o empregador para saber se o paciente está coberto por seguro através do seu emprego. Isto somente será feito se, através de outras maneiras, não tenha sido identificada uma fonte de pagamento apropriada.

#### **E. Durante a Hospitalização**

1. O Hospital fará esforços razoáveis para verificar a informação fornecida pelo paciente no início do processo de admissão e antes da alta do paciente. Muitos terceiros pagadores exigem que a informação seja verificada e que eles sejam avisados antes ou no momento em que ocorre a admissão, ou dentro de um período de tempo definido. Para admissões agendadas ou planejadas o Hospital prefere completar esta verificação antes que a hospitalização ocorra, ou no mínimo o mais cedo possível durante o processo de internação do paciente a fim de evitar qualquer atraso na aprovação ou pagamento de um terceiro pagador. O processo de verificação pode, no entanto, ocorrer a qualquer momento durante o fornecimento dos serviços ou no momento da alta do paciente conforme necessário, e será alterada durante o processo de cobrança conforme necessário.
2. O Hospital irá rever e verificar toda a informação de seguro, incluindo cobertura por empresa de seguro estrangeira e planos de seguro de saúde de governos estrangeiros para residentes estrangeiros e cobertura de veículos automotores para vítimas de acidentes de automóvel. O Hospital irá solicitar aos pacientes que são residentes estrangeiros que forneçam o nome e endereço de qualquer plano de saúde estrangeiro, e/ou o nome e endereço do consulado apropriado. Para os pacientes que são vítimas de acidente de automóvel, o Hospital irá requerer que eles forneçam o nome e endereço do seguro de automóvel pertinente, e outras informações relacionadas ao acidente, caso necessário. O SSH também requer que esses pacientes atribuam esses benefícios para o pagamento direto ao Hospital.
3. Um Conselheiro Financeiro irá conversar com o paciente sobre a informação de seguro e arranjos financeiros, conforme apropriado, ou com um membro da família, e irá avaliar a capacidade do paciente poder pagar. O Hospital ou o seu agente irá ajudar o paciente a solicitar MassHealth ou outro plano de seguro saúde patrocinado pelo estado, e programas de cuidados sem compensação. Os pacientes poderão ser entrevistados com aprovação prévia do pessoal clínico ou a pedido do paciente.
4. Os casos de acidente de automóvel serão identificados, e os detalhes do acidente serão obtidos do departamento de polícia, caso necessário. Os pedidos de pagamento serão enviados às seguradoras de automóvel apropriadas, e quando for apropriado, o Hospital irá lavar um termo de penhora contra a seguradora de responsabilidade civil de veículos (e em outros tipos de casos de acidente). Termos de penhora não serão emitidos contra os bens pessoais do indivíduo. Esses termos de penhora referem-se somente ao pagamento, pelas seguradoras de responsabilidade pessoal de veículos, e são feitas para assegurar que o Hospital receba pagamento apropriado de terceiros envolvidos. Um representante do Hospital irá fornecer formulários a pacientes envolvidos em acidentes de automóvel/acidentes de trabalho a fim de poder obter informação completa sobre o seguro do veículo e de saúde, seguindo o regulamento relativos ao seguro individual. Para pacientes que também sejam elegíveis para o MassHealth ou cuidados não compensados, o Hospital irá investigar, documentar e enviar à seguradora de automóvel de acordo com os requerimentos do regulamento 101 CMR 613.00.

5. Os termos de penhora do Hospital poderão ser aplicados em automóvel, acidente e outros casos de responsabilidade de terceiros pelo Hospital ou seu agente, com a exceção de pacientes do MassHealth, para os quais o Hospital também tenha a opção de cobrar o MassHealth.
6. Em casos onde o paciente diga que o seguro por acidente de trabalho é responsável pela cobertura do serviço, mas onde o nome da seguradora é desconhecido, o Hospital tentará contatar os empregadores e requerer a informação de seguro por acidente de trabalho do empregado.
7. O Hospital se reserva o direito de usar agências externas para obter informação, verificar elegibilidade para o MassHealth, Health Safety Net ou planos de seguro comerciais, ou entrar em ação para serviços relacionados a casos de indenização por acidente de trabalho ou casos envolvendo automóveis.

#### **F. Na Alta**

1. Todas as verificações de seguro deverão ser completadas, quando possível, antes da alta.
2. O Conselheiro Financeiro poderá procurar estabelecer opções de pagamento com pacientes que estão pagando a sua própria conta antes ou durante a alta. Os funcionários do Hospital devem encorajar fortemente os pacientes a procurarem ou marcarem hora com o Conselheiro Financeiro durante a alta ou logo depois para assegurar que a informação apropriada esteja em ordem.
3. Arranjos para pagamento ou orçamento podem ser estabelecidos de acordo com os critérios de pagamento e orçamento do SSH, e também seguirá as diretrizes estabelecidas pelo regulamento 101 CMR 613.08 (1).

#### **G. Serviço Ambulatorial**

1. O Hospital deverá fazer esforços razoáveis para confirmar a informação fornecida pelo paciente quando os serviços são agendados, ou no momento quando os serviços são prestados ao paciente. Isso inclui o uso de coisas tais como *Passport* e/ou prova de identificação. Isso será monitorado ou ajustado durante o processo de cobrança, caso haja nova informação disponível.
2. Os funcionários do registro obterão toda a informação demográfica e de seguro, incluindo detalhes específicos quanto aos tipos de cobertura de seguro disponíveis, antes ou no momento da prestação dos serviços. Pode ser pedido aos pacientes que eles forneçam identificação, tal como carteira de motorista para garantir a precisão da informação demográfica, e também será requisitado a fornecer prova de cobertura de seguro através da apresentação de uma carteira de seguro válida. Os funcionários do registro irão rever e verificar toda a informação de seguro, incluindo cobertura por seguradora estrangeira, planos de saúde de governos estrangeiros para residentes estrangeiros, e cobertura de seguro de automóveis para vítimas de acidentes de automóvel. O Hospital irá requerer aos pacientes que são estrangeiros residentes forneçam o nome e o endereço do plano de saúde estrangeiro, e/ou o nome e o endereço do consulado apropriado. Para os pacientes que são vítimas de acidente de automóvel, o Hospital requer que o paciente forneça o nome e endereço da empresa de seguro de automóvel pertinente, e outras informações relacionadas ao acidente, caso necessário. O SSH também requer que esses pacientes designem esses benefícios para o pagamento direto ao Hospital.

3. Casos de acidentes de automóvel serão identificados, e detalhes do acidente obtidos da polícia, caso necessário, e as demandas para pagamento serão enviadas à respectiva empresa de seguro de automóvel e, quando for apropriado, serão lavrados termo de penhora do hospital junto à seguradora de responsabilidade civil de automóveis. Um Representante do Hospital obterá toda a informação de seguro de automóvel e de seguro de saúde. Para pacientes também elegíveis para cuidados não compensados, o Hospital irá investigar, documentar e enviar à seguradora de automóvel apropriada.
4. Serão aplicados termo de penhora do Hospital sobre o automóvel, acidente e outros casos de responsabilidades de terceiros pelo Hospital ou seu agente, com e exceção de pacientes do MassHealth, para os quais o Hospital também tem a opção de faturar o MassHealth. Essas decisões serão tomadas caso a caso pelo Diretor de Serviços Financeiros de Pacientes.
5. Em casos de seguro de acidentes de trabalho, onde o nome da seguradora seja desconhecido, o Hospital irá contatar empregadores, caso apropriado, e solicitar a informação sobre o seguro de acidentes de trabalho do seu empregado.
6. O Hospital se reserva o direito de usar agências externas para obter informação, verificar elegibilidade para o MassHealth, Health Safety Net ou planos de seguro comerciais, ou entrar com ações para serviços relacionados a casos de indenização por acidente de trabalho ou casos envolvendo automóveis.

#### **H. Outra Informação ou Serviços Relacionados a Emergência**

1. Os Conselheiros Financeiros estarão disponíveis durante o horário comercial regular. Durante essas horas de funcionamento, os Conselheiros Financeiros irão trabalhar com todos os tipos de emergência relacionados a pacientes. Isto inclui aqueles pacientes presentes no Departamento de Emergência, ou os pacientes atendidos em outros locais do Hospital ou em caráter de emergência. Este paciente pode ser classificado como paciente ambulatorial, internado ou paciente de emergência.
2. Em todos os casos relacionados a emergências, o paciente receberá um aviso - o folheto de informação "*Disponibilidade de Assistência Financeira*" durante o processo de registro. Isto é particularmente orientado e útil para os pacientes que são tratados fora do horário comercial quando os Conselheiros Financeiros não estão disponíveis. Se o paciente não tem seguro, um Conselheiro Financeiro será avisado. O propósito é de que o Conselheiro Financeiro contate o paciente durante a prestação do serviço e antes da alta. Se isso não ocorrer, o Conselheiro Financeiro irá fazer todo esforço possível para contatar o paciente no próximo dia útil, independente de se o paciente recebeu alta ou se foi admitido. Se o paciente recebeu alta, o Conselheiro Financeiro irá verificar pacientes que estão pagando a própria conta através do Sistema de Verificação de Elegibilidade (EVS) para verificar se existe cobertura pelo MassHealth, ou Passport para outras coberturas potenciais. O Conselheiro Financeiro irá tentar contatar o paciente diretamente. Se o paciente não estiver disponível por telefone no próximo dia útil, será enviada uma carta para eles delineando os programas de assistência disponíveis.
3. Ocorrerão outras comunicações e acompanhamentos caso o paciente não possa ser contatado, ou não tenha respondido. Estes itens estão descritos mais detalhadamente na seção IV.

## **IV. DEPÓSITOS, LIMITAÇÕES EM COBRANÇAS E PRESTAÇÃO/PLANOS DE PAGAMENTO**

O SSH espera que os pacientes sigam as seguintes diretrizes no pagamento em dia de seus saldos a pagar. Há muitos casos em que se exigirá o pagamento adiantado ou por ocasião da prestação do serviço, especialmente para serviços não cobertos, copagamentos e outras franquias, ou serviços selecionados tais como procedimentos cosméticos. A expectativa é de que pagamentos para serviços eletivos sejam feitos adiantados antes da prestação do serviço, e que o pagamento integral ocorra dentro de um prazo de 30 dias contados da conta faturada inicialmente para o paciente. O Hospital entende que pode haver um certo número de casos onde o pagamento integral não é financeiramente viável, e pode necessitar um plano de pagamento ou orçamento adequado. Os itens listados abaixo fornecem diretrizes e critérios adicionais para depósitos e planos de parcelamento.

#### **A. Depósitos – Geral**

1. É esperado que os pacientes ou os seus responsáveis paguem integralmente pelos serviços prestados dentro de trinta (30) dias após o recebimento de sua primeira fatura ou de acordo com o plano de parcelamento definido por acordo mútuo. O SSH e seus agentes não cobrarão juros em copagamentos ou franquias.
2. O Hospital requer depósitos de “pré-admissão” ou “pré-tratamento” para qualquer despesa identificada como “despesa de bolso” a ser paga pelo paciente para a maioria dos serviços eletivos. Os valores de depósito variam baseado no tipo de serviço, e o valor estimado devido pelo paciente (isto é, é requisitado 100% do valor estimado para serviços cosméticos; é requisitado 50-100% do valor estimado para serviços eletivos com termos de pagamento aceitáveis para qualquer saldo remanescente antes da prestação do serviço (ou seja, sujeito ao saldo ser pago em prestações estabelecidas/plano de pagamento)).
3. Os copagamentos rotineiros serão solicitados na hora da prestação do serviço. Copagamentos relacionados a cuidados de emergência serão solicitados do paciente após a avaliação e após eles estarem medicamente estáveis. Isto pode ocorrer antes ou na hora da alta.

#### **B. Serviços de Emergência/Pacientes de Baixa Renda/Dificuldade Médica**

Conforme os regulamentos do Health Safety Net de Massachusetts referentes a pacientes que são: (1) determinados como sendo um “Paciente de Baixa Renda” ou (2) qualificados para Dificuldade Médica, o Hospital fornecerá informações ao paciente sobre depósitos e planos de pagamento baseados na situação financeira documentada do paciente, incluindo a base de cálculo para os valores cobrados dos pacientes. Qualquer outro plano será baseado no próprio programa de assistência financeira interno do Hospital, e não se aplicará a pacientes que tenham a capacidade de pagar.

1. O SSH não exige depósitos de pré-admissão e/ou pré-tratamento de indivíduos que necessitam de Serviços de Emergência, ou que são determinados como sendo Pacientes de Baixa Renda.
2. O SSH pode exigir um depósito de indivíduos determinados como sendo Pacientes de Baixa Renda. Tais depósitos são limitados a 20% do valor da franquia, até US\$ 1.000,00. Todos os saldos remanescentes estão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas no regulamento 101 CMR

613.08 (1) (F).

3. O SSH pode requerer um depósito de pacientes elegíveis para Dificuldade Médica. Os depósitos são limitados a 20% da contribuição de Dificuldade Médica, até US\$ 1.000,00. Todos os saldos remanescentes estão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas no regulamento CMR 613.08 (1) (f).
4. Um indivíduo com saldo de US\$ 1.000,00 ou menos, após o depósito inicial, deve receber pelo menos uma oferta de um plano de pagamento de 1 ano sem juros, com um mínimo de pagamento mensal de não mais do US\$ 25. Um paciente que tem um saldo de mais do que US\$ 1.000,00 após um depósito inicial, deve receber pelo menos uma oferta de um plano de pagamento de 2 anos sem juros.
5. Com relação ao “CommonHealth One-Time Deductible”, a pedido do paciente, o Hospital pode cobrar um Paciente de Baixa Renda a fim de permitir que o Paciente atenda o requerimento do “CommonHealth One-Time Deductible”.

### **C. Limitações nas Cobranças de Cuidados de Emergência**

1. O South Shore Hospital não cobrará qualquer indivíduo que seja elegível para assistência financeira sob esta política (CC&FAP) para emergências e cuidados medicamente necessários além do Valor Geralmente Cobrado (“AGB”).
2. A percentagem de AGB é determinada usando-se o método “look-back” que é calculado como o valor da Taxa de Serviço do Medicare referente ao serviço para um período de 12 meses, dividida pela cobrança bruta para esse valor devido. A percentagem resultante é multiplicada pelas cobranças brutas para toda a emergência e cuidados medicamente necessários para determinar o AGB. A percentagem de AGB é recalculada anualmente. O período de tempo específico para o período de look-back e a percentagem atual de AGB do Hospital pode ser encontrada no [southshorehospital.org/ccfap](http://southshorehospital.org/ccfap), ou mediante solicitação do Conselheiro Financeiro do SSH.
3. Nenhum indivíduo que seja considerado elegível para assistência financeira será cobrado mais do que o AGB para cuidados emergência ou medicamente necessários.

**D. Prestações ou Planos de Pagamento (Auto-Pagos/ Sem Seguro/Saldo Após Seguro)**

1. Espera-se que os pacientes ou seus responsáveis responsabilizem-se por pagar em sua totalidade pelo serviços prestados, dentro de trinta (30) dias após o recebimento da sua primeira fatura, ou de acordo com um plano de pagamento definido de comum acordo.
2. Os pacientes serão informados do direito a planos de pagamento e opções de usar programas de assistência pública.
3. Quando fontes de financiamento alternativo para pagamento falharem, o Hospital poderá fazer arranjos para facilitar o pagamento (“prestações ou plano de pagamento”).
4. Pacientes que de outra forma não se qualificam para a condição de Baixa Renda, Health Safety Net, ou Dificuldade Médica e sentem que não podem razoavelmente fazer o pagamento integral em trinta (30) dias do recebimento da fatura inicial são solicitados a procurarem o Escritório Comercial. O Escritório Comercial trabalhará com os indivíduos para determinar se o paciente é elegível para outra forma de assistência financeira de acordo com esta política e/ou em estabelecer um plano de pagamentos mensais até que o saldo tenha sido pago em sua totalidade. O plano de pagamento ou contrato de parcelamento é baseado no montante devido da dívida, e é solicitado que seja resolvido em 2 anos ou menos. Indivíduos que não façam um plano formalizado de pagamento com o Hospital e/ou não atendam os pagamentos mensais mínimos estão sujeitos a serem encaminhados para uma agência de cobrança externa para atividades adicionais de cobrança.
5. É esperado que os pacientes façam pagamentos nas datas estipuladas baseados no acordo feito com o Hospital.
6. Se o paciente estiver num plano de pagamento em prestações e ele/ela prevê que vai perder um pagamento, o paciente deverá informar com antecedência o Departamento de Crédito e Cobrança/Escritório Comercial, e o pagamento deverá ser realizado no mais tardar no mês seguinte.
7. O Departamento de Crédito e Cobrança poderá contatar pacientes por e-mail ou por telefone se o pagamento não for realizado ou for menos do que o programado. De maneira geral tenta-se o contato por telefone quando os saldos são maiores do que US\$ 25.
8. Se o pagamento não for feito devido à mudança da situação financeira do paciente, o paciente será informado de opções disponíveis e será auxiliado no preenchimento de formulários de inscrições normais e avisado de seus direitos de ser considerado para o MassHealth e outros programas de assistência financeira. Isto inclui marcar uma consulta com um Conselheiro Financeiro.
9. Se não houver uma resposta satisfatória, a conta será colocada para encaminhamento para uma agência de cobrança externa para continuidade adicional de acordo com as diretrizes de faturamento e notificação desta norma. Veja a Seção VI D para encaminhamento padrão, cobrança, procedimentos e práticas de notificação.

## **E. Notificação do Plano de Pagamento do Contrato**

Os seguintes representam critérios/diretrizes para pagamento do contrato por pacientes com saldos após o seguro bem como pacientes pagando a sua própria conta.

1. Pacientes sem seguro que se qualificam para qualquer uma das políticas de desconto do SSH irão receber um desconto, e será feito um acordo sobre os saldos após o desconto ser aplicado.
2. A fim de poder dar aos pacientes sem seguro e com seguro insuficiente a mesma oportunidade de desconto que os outros pacientes, será aplicado um desconto para contas pagas pelo próprio paciente. Este desconto não será aplicado sobre franquias, cosseguro ou cirurgias cosméticas eletivas.

*Nota:* O Hospital não aplica juros, multas ou acréscimos nos saldos devedores dos pacientes. Podem no entanto haver taxas acessórias e judiciais aplicadas pelo estado ou pelas entidades fazendo a cobrança em nome do Hospital em situações onde os arranjos apropriados para o pagamento não foram feitos em tempo hábil e a conta tenha sido transferida pelo Hospital para uma agência externa de cobrança. Essas taxas, no entanto, não representam juros ou multas impostas pelo Hospital.

O Hospital não tem, neste momento, uma relação estabelecida com um terceiro para oferecer crédito para o pagamento de dívida de cuidados de saúde. Encoraja-se o uso de empréstimos pessoais, cartões de crédito e outras fontes de pagamento, ou financiar a parte do pagamento próprio devido ao hospital.

## **V. SERVIÇOS ELEGÍVEIS PARA PAGAMENTO PELO HEALTH SAFETY NET**

Os pacientes podem ou não qualificar-se para programas públicos de assistência financeira, e espera-se que eles contribuam com o custo de seus cuidados baseado na capacidade individual de pagar.

As políticas do SSH são baseadas nos padrões de contabilidade da indústria para pacientes, e se destinam a cumprir com os critérios conforme estabelecido pelo regulamento 101 CMR 613.00 da lei de Massachusetts e com o IRS Código 501 (r). Esta seção da política (CC&FAP) oferece diretrizes para pacientes que são considerados incapazes de pagar, em seu todo ou em parte, as suas próprias despesas de cuidados de saúde devido a circunstâncias extenuantes envolvendo a sua doença e situação financeira. As diretrizes a seguir também visam garantir a conformidade por parte do Hospital de todos os regulamentos estaduais e federais aplicáveis para o fornecimento de assistência financeira e cuidados sem compensação, e cobrir as áreas do MassHealth, Condição de Baixa Renda, o Health Safety Net e Dificuldade Médica conforme definido pela lei de Massachusetts. É a política do Hospital de que todos os pacientes que recebam assistência financeira sob esta política estão recebendo cuidados não compensados fornecidos a pacientes de baixa renda.

#### **A. Padrões e Procedimentos Gerais**

1. Qualquer paciente que ache que pode ser elegível para cuidados de saúde gratuitos ou a baixo custo terá a oportunidade de solicitar tal subsídio.
2. Todos os pacientes buscando cuidados não compensados devem conversar sobre as opções disponíveis com o Conselheiro Financeiro ou um Representante do Escritório Comercial, e enviar toda a informação necessária para completar o processo de verificação e solicitação comum. A solicitação para esses serviços disponíveis deverá ser feita pelo paciente ou o seu responsável legal. Exige-se a divulgação completa de todos os bens pessoais e recursos financeiros para Solicitações de Dificuldade Médica.
3. O Hospital reserva-se o direito de adiar ou rejeitar a admissão de pacientes eletivos se for determinado que os serviços a serem prestados não são medicamente necessários.
4. O MassHealth ou o Commonwealth Health Insurance Connector avisa os indivíduos quanto à sua elegibilidade para cobertura de cuidados de saúde ou se o indivíduo é um Paciente de Baixa Renda.

#### **B. Serviços Elegíveis para Pacientes de Baixa Renda**

1. Fornecedores poderão submeter cobranças para Serviços Elegíveis que:
  - a. são Serviços permitidos conforme definido no 101 CMR 613.03;
  - b. são fornecidos a Paciente de Baixa Renda conforme definido no 101 CMR 613.04 (1); e
  - c. atende aos critérios de cobrança no 101 CMR 613.00.
2. Serviços Permitidos
  - a. O SSH poderá enviar cobranças somente para serviços que são Necessários Medicamente.
  - b. Local do Serviço:
    1. Hospitais – O Health Safety Net Office pagará os hospitais somente pelos Serviços de Hospital listados no 101 CMR 613.03(a) e sujeito às limitações especificadas no 114.6 CMR 13.03 (3)(b).
    2. Serviços Reembolsáveis – O Health Safety Net Office pagará para serviços especificados no 101 CMR 613.03 (3)(a) até 34. O Health Safety Net Office pagará somente por serviços fornecidos por profissionais licenciados e os pagará somente de acordo com os códigos especificados.

**C. Critério para Enviar Cobrança para Todos os Serviços Elegíveis para Pacientes de Baixa Renda**

1. Os pacientes são elegíveis para o Health Safety Net se os serviços são: (a) Necessários Medicamente, (b) satisfaz os critérios listados sob “Serviços Reembolsáveis” conforme definido no 101 CMR 613.04, (c) são fornecidos para Pacientes de Baixa Renda conforme definido no 101 CMR 613.04(1), e (d) satisfaz os critérios de faturamento no 101 CMR 13.04(1).
2. Um Paciente de Baixa Renda deve ser residente do estado de Massachusetts e definido como sendo Paciente de Baixa Renda em conformidade com 101 CMR 613.04(1). A fim de ser definido como um Paciente de Baixa Renda, o indivíduo deve ser residente do estado e comprovar a renda familiar como sendo igual ou menor do que 300% da linha federal de pobreza (FPL), sujeito às seguintes condições. Os indivíduos abaixo não são elegíveis para a condição de Paciente de Baixa Renda:
  - a. Indivíduos inscritos no MassHealth Padrão e MassHealth Assistência à Família/programas de Cobertura Direta;
  - b. Indivíduos que foram definidos como sendo elegíveis para qualquer programa do MassHealth, incluindo MassHealth Assistência ao Pagamento de Prêmio mas que deixou de se inscrever; e
  - c. Indivíduos cuja inscrição no MassHealth ou ConnectorCare foi terminada devido à falta de pagamento de prêmios.

**Nota:** Um residente em Massachusetts é uma pessoa vivendo no estado de Massachusetts com a intenção de permanecer conforme definido pelo 130CMR 503.002(A) até (D). Pessoas que não são consideradas residentes são:

1. Indivíduos que vieram a Massachusetts com o propósito de receber tratamento médico num local outro que não seja um lar de idosos, e que mantenham uma residência fora de Massachusetts;
2. Pessoas cujo paradeiro seja desconhecido; ou
3. Reclusos de instituições penais, exceto nas seguintes circunstâncias:
  - a. Eles estão internados numa instalação médica; ou
  - b. Eles estão vivendo fora de uma instituição penal, estão em liberdade condicional, liberdade vigiada ou liberação domiciliar, e não estão retornando à instituição para pernoite.

O Nível Federal de Pobreza (FPL) é atualizado anualmente e divulgado no site do estado no <http://www.mass.gov>.

**D. Critérios para Enviar Cobranças Parciais para Serviços Elegíveis de Pacientes de Baixa Renda**

1. Definição de Elegibilidade: Os Pacientes de Baixa Renda podem ser definidos como elegíveis para o “Health Safety Net Primary”, ou “Health Safety Net Secondary” conforme 101 CMR 613.04(4). Para poder ser definido como um Paciente de Baixa Renda um indivíduo deve ser residente do estado, fornecer prova de identidade e comprovar que a Renda Bruta Modificada Ajustada de seu Lar MAGI MassHealth é igual ou menor do que 300% do PFL, contanto que um indivíduo possa ser definido como Paciente de Baixa Renda se tal indivíduo inscreveu-se para assistência do Medicaid completando uma Inscrição para Idosos conforme definido em 130 CMR 515.001.
2. Responsabilidade do Paciente de Baixa Renda: Para pacientes Health Safety Net - Pacientes de Baixa Renda Parcial com renda de Lar MAGI MassHealth ou renda Dificuldade Médica Familiar Quantificável entre 150.1% e 300% do FPL, existe uma franquia anual de 40% da diferença entre a renda de Lar MAGI MassHealth mais baixa ou renda Dificuldade Médica Familiar Quantificável tal como descrito em 101 CMR 613.04(1), no Grupo de Cobrança de Prêmio dos requerentes (PBF) no Grupo da Família de Faturamento do Prêmio (PBF) e 200% do FPL. O paciente é responsável pelo pagamento de todos os serviços prestados até este valor de franquia.

**E. Critério para Exclusões**

Um indivíduo não pode ser determinado como Paciente de Baixa Renda se ele ou ela:

1. foi excluído do MassHealth por falta de pagamento de um prêmio ou franquia do MassHealth; ou
2. é elegível para Assistência a Prêmio por Seguro Patrocinado pelo Empregador (ESI), mas deixa de se inscrever ou requerer esse seguro.

**F. Pagamentos para Serviços Elegíveis**

Crédito Incobrável Emergente: Para aqueles casos em que o Hospital está considerando requerer que uma conta seja considerada pelo HSN como um Crédito Incobrável Emergente, o Hospital irá garantir que as condições a seguir sejam cumpridas:

1. A conta esteve sujeita a ação de cobrança contínua por um mínimo de 120 dias.
2. Foi feita uma pesquisa de elegibilidade junto ao MMIS para verificação para cobertura.
3. Os serviços fornecidos qualificam-se como Emergentes de acordo com as definições desta apólice.
4. Foi enviado um aviso final de cobrança por carta registrada para saldos de US\$1.000,00 ou mais. Contas que estão devidamente documentadas como endereço incorreto podem ser enviadas para o HSN sem o envio de notificação final por carta registrada, contanto que haja passado 120 dias do faturamento inicial, e que após um esforço razoável o Hospital não tenha conseguido obter um endereço atualizado.

## **G. Dificuldade Médica**

Um residente de Massachusetts com qualquer nível de renda pode qualificar-se para Dificuldade Médica do HSN se as despesas médicas admissíveis excederem a renda da família para além da sua capacidade de poder pagar por serviços elegíveis. Este programa retrospectivo está sujeito à regulamentação, tem escopo limitado, é uma determinação para uma única vez, e não é uma categoria de cobertura 114.6 CMR 13.95 (1). Este programa só poderá ser aplicado após a prestação do serviço quando o paciente tiver incorrido numa responsabilidade financeira.

1. **Qualificação da Despesa:** As despesas médicas admissíveis do paciente devem exceder a porcentagem de renda familiar para aquele nível de imposto de renda conforme determinado Health Safety Net (114.6 CMR 13.05 (1)). Despesas médicas admissíveis são o total das contas médicas da família que se fossem pagos se qualificariam como um abatimento para despesas médicas para fins de imposto de renda federal. Poderão ser enviadas contas pagas e não pagas com datas de serviço de até 12 meses antes da data da inscrição. Conforme o regulamento do EOHHS o paciente tem um limite de 2 solicitações dentro de um período de 12 meses.
2. **Processo de Inscrição:** O Hospital auxiliará o paciente a recolher toda a informação necessária e irá enviar as solicitações de Dificuldade Médica para a análise e aprovação do Health Safety Net.
3. **Determinação:** O Health Safety Net irá determinar a qualificação do paciente para o programa, e avisará o Hospital sobre quais as contas que deverão ser de responsabilidade do paciente quais contas poderão ser enviadas para o HSN. A Determinação de Dificuldade Médica é limitada a aquelas faturas que foram incluídas com a solicitação. Não existe um período de qualificação, e as faturas poderão ser usadas uma única vez para comprovar a inscrição.
4. **Proteção Contra Cobrança:** Todas as ações de cobrança serão interrompidas para todos os saldos que sejam determinados pelo EOHHS como sendo elegíveis para cobertura sob Dificuldade Médica. Isso inclui saldos que possam ter sido designados para um agente externo ou agência de cobrança trabalhando em nome do Hospital.

## **H. Circunstâncias Especiais**

Em algumas circunstâncias, podem ser necessárias informação ou procedimento adicionais para processar apropriadamente as contas do paciente.

1. **Indenização por Acidentes de Trabalho:** Os serviços relacionados a acidentes industriais devem ser classificados apropriadamente no registro de cadastramento. Informação adicional exigida inclui a data e hora do acidente, nome e número de telefone do empregador e o nome e número de telefone da seguradora de acidentes de trabalho.
2. **Acidentes de Automóvel (MVA) e Responsabilidade de Terceiros:** Serviços relacionados a acidentes de automóvel ou outras responsabilidades de terceiros devem ser

- 
- classificados apropriadamente no registro de cadastramento. Serão feitos esforços diligentes para recolher a informação adicional que é exigida para o envio de reclamações de MVA, incluindo a data e a hora do acidente, o local para casos de responsabilidade de terceiros, e qualquer seguradora de automóvel conhecida. Deve ser mencionado no sistema de registro, se disponível, o nome de qualquer advogado relacionado com a reclamação.
3. **Vítimas de Crimes Violentos:** Serviços relacionados a vítimas de crimes violentos devem ser classificados apropriadamente no registro de cadastramento, com a hora e lugar do incidente. Em alguns casos existe uma quantidade limitada de fundos disponíveis do Gabinete da Procuradoria Geral para compensar por despesas médicas que não sejam cobertas por seguro médico ou Health Safety Net. Quando indicado, os pacientes devem ser encaminhados ao Aconselhamento Financeiro para completar a documentação apropriada para Indenização do Fundo para Vítimas de Crimes Violentos.
  4. **Solicitação Confidencial:** A solicitação confidencial pode ser enviada sob duas circunstâncias.
    - a. **Menores:** Solicitações confidenciais podem ser enviadas para menores se apresentando para serviços de planejamento familiar e serviços relacionados a doenças transmitidas sexualmente. Essas solicitações podem ser processadas sob a renda do menor independente da renda da família. Esses pacientes devem ser encaminhados para o Aconselhamento Financeiro.
    - b. **Indivíduos Vítimas de Violência e Abuso:** Esses indivíduos também podem solicitar cobertura pelo HSN com base em sua renda individual. Esses pacientes podem ser aprovados para a gama completa de serviços cobertos pelo Health Safety Net. Esses pacientes devem ser encaminhados para o Aconselhamento Financeiro.
  5. **Pessoas Sem Documentação:** Os pacientes podem estar preocupados em solicitar condição de Paciente de Baixa Renda devido à sua condição de imigração. Pacientes com meios limitados devem ser encorajados a solicitar assistência através do site MAHealthConnector.org ou por correio através de formulário. Pacientes que se recusem a solicitar assistência através do MAHealthConnector continuarão a ser tratados como pagando a sua própria conta. Serviços Emergentes e Urgentes (incluindo até duas semanas de medicamento necessário para tratar de ameaça à saúde do paciente) deverão continuar a ser fornecidos. Serviços não-urgentes e de não-emergência poderão ser adiados ou cancelados até que o paciente possa pagar, faça os devidos arranjos financeiros, obtenha seguro ou esteja inscrito num programa de assistência financeira que irá cobrir o serviço.
  6. **Estudos de Pesquisa:** Serviços relacionados a estudos de pesquisa deverão ser observados no momento do registro para aquele serviço, e classificado para garantir que as cobranças para esses serviços sejam enviadas para o fundo de pesquisa designado.

---

**I. Processo de Reclamação**

Um indivíduo pode requerer que o estado de Massachusetts faça uma revisão da determinação de Condição de Paciente de Baixa Renda, ou de conformidade de Provedor de acordo com as provisões do 101 CMR 613.00.

**J. Assistência Financeira Adicional do Hospital**

Além do Health Safety Net, o Hospital fornece assistência financeira para aqueles pacientes que atendem os seus critérios descritos abaixo:

**Desconto em Assistência Financeira para Pacientes de Renda Limitada:**

Pacientes que se qualificam para este desconto terão as cobranças para os devidos serviços descontadas de acordo com o seguinte cronograma. Estes descontos são baseados no total sendo cobrado, e não se aplicam a saldos que já foram descontados devido à cobertura de seguro.

<i>Renda familiar como % do FPG</i>	<i>Desconto para o South Shore Hospital</i>
0 a 133%	100%
134 a 250%	85%
251 a 300%	70%

Essa assistência financeira serve para suplementar e não para substituir outras coberturas por serviços, a fim de garantir que a assistência financeira seja fornecida quando necessária. O Hospital não negará assistência financeira sob a sua política de assistência financeira com base na falha do requerente em fornecer informação ou documentação, a menos que a informação ou documentação seja descrita e necessária para a determinação de assistência financeira através do formulário de solicitação.

**VI. PRÁTICAS DE COBRANÇA DO HOSPITAL**

O Hospital tem um dever fiduciário de buscar reembolso por serviços que forneceu para indivíduos que podem pagar, através de uma seguradora terceira que cobre o custo do tratamento, e de outros programas de assistência para os quais o paciente é elegível. A Política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira (CC&FAP) do SSH são baseadas nos padrões de contabilidade da indústria para pacientes, e se destinam a cumprir com os critérios conforme estabelecido pelo regulamento (ver 114.6 CMR 13.00) da lei de Massachusetts e com o Serviço da Receita Federal dos Estados Unidos (ver código interno da Receita 501 (r)). O propósito do CC&FAP é fornecer diretrizes gerais para assegurar uma cobrança razoável das contas de todas as fontes possíveis, e de reconhecer o mais rápido possível quando um indivíduo necessita assistência e/ou que uma conta se qualifica para MassHealth ou Health Safety Net, ou crédito incobrável. Ela também se destina a assegurar que o Hospital cumpra com os requerimentos estaduais e federais aplicáveis, bem como aqueles estabelecidos na Lei de Práticas Justas de Cobrança de Dívidas.

---

**A. Direitos e Responsabilidades do Hospital**

1. Os pacientes serão informados dos direitos a planos de pagamento, opções para requerer MassHealth, Health Safety Net ou planos comerciais de saúde e determinação de baixa renda e opções para registrar uma queixa se o desejarem. Esta informação será comunicada verbalmente quando reunirem-se com o Conselheiro Financeiro do SSH, em conversas com os funcionários do Escritório Comercial que trabalham com Crédito e Cobrança, através de várias correspondências que o Hospital usa para educar e comunicar com os pacientes em relação aos seus direitos. Como descrito na introdução deste CC&FAP, o SSH não fará discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, por ser estrangeiro, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência em suas políticas, ou em sua aplicação das políticas, sobre a aquisição e verificação de informação financeira, depósitos de pré-admissão ou de pré-tratamento, planos de pagamento, admissão adiada ou rejeitada, ou Condição de Paciente de Baixa Renda como definido no 613.08(1)(A).
2. O SSH irá informar os pacientes sobre a disponibilidade de opções de cobertura através de assistência pública disponível ou programas de assistência financeira do Hospital, incluindo cobertura através do MassHealth, o programa de assistência no pagamento de prêmio administrado pelo Health Connector, o Programa de Segurança Médica para Crianças, Health Safety Net, ou Dificuldade Médica, nas faturas de serviços que são enviados aos pacientes ou ao fiador do paciente, após a prestação dos serviços.
3. O SSH ou o seu agente não buscará desconto em folha de pagamento ou ação judicial contra a residência pessoal ou automóvel de uma pessoa determinada com Paciente de Baixa Renda nos termos do 101 CMR 13.00 a menos que: (a) O SSH possa demonstrar que o paciente ou o seu fiador tem a capacidade de poder pagar, (b) o paciente/fiador não respondesse as solicitações de informação do Hospital, ou o paciente/fiador se recusassem a cooperar com o hospital na busca de um programa de assistência financeira viável disponível, ou (c) para fins de penhora, fosse aprovado pelo Conselho de Administração. Todas as aprovações pelo Conselho serão tomadas caso a caso.
4. O Hospital também não buscará pagamento de Paciente de Baixa Renda que tenha sido determinado como não elegível pelo programa Health Safety Net, cujas contas foram rejeitadas inicialmente pelo programa devido a um erro administrativo de faturamento por parte do Hospital. Além disso o Hospital mantém todas as informações de acordo com as leis federais e estaduais de privacidade, segurança e roubo de identidade.
5. O Hospital avisará os pacientes do seu direito de inscreverem-se no MassHealth, no Programa de Assistência ao Pagamento de Prêmio administrado pelo Health Connector, um Plano de Saúde Qualificado, determinação de Paciente de Baixa Renda e Dificuldade Médica; e um plano de pagamento conforme descrito no 101 CMR 613.08(1) (f), se o paciente for determinado com sendo Paciente de Baixa Renda ou qualificar-se para Dificuldade Médica.
6. O Hospital deve fornecer avisos individuais aos pacientes de Serviços Elegíveis e programas de assistência pública durante o registro inicial do paciente, e quando o Hospital se tornar ciente da mudança de elegibilidade ou cobertura de seguro do paciente.

- 
7. The Hospital comunicará os pacientes das responsabilidades descritas no 101 CMR 613.08(2) (b) em todos os casos onde o paciente interaja com os funcionários do registro.
  8. O Hospital deve fornecer avisos individuais aos pacientes sobre a política de assistência financeira do Hospital durante o registro inicial do paciente, e quando o Hospital se tornar ciente da mudança de elegibilidade ou cobertura de seguro do paciente.
  9. Limitações de Serviços Elegíveis-Eventos Sérios Relatáveis. O Health Safety Net não paga por serviços diretamente relacionados a Eventos Sérios Relatáveis (SRE) tal como definido no CMR 130.332(A). Definições Aplicáveis ao 105 CMR 130.33
    - a. O Hospital não deve cobrar, faturar ou de qualquer outro modo buscar pagamento do Health Safety Net, um Paciente, ou qualquer outro pagador conforme requerido pelo 105 CMR 130.332: Eventos Sérios Relatáveis (SREs), para serviços prestados em decorrência de SRE ocorrido nas instalações cobertas pelo alvará do Provedor, se o Provedor determinar que o SRE foi:
      - i. evitável;
      - ii. sob o controle do Provedor; e
      - iii. inequivocamente como resultado de uma falha do sistema, conforme requerido por 105 CMR 130.332: (B) Relatando SREs e (C) Determinação de Capacidade de Prevenção.
    - b. O Hospital não deve cobrar, faturar, ou de qualquer outro modo buscar pagamento do Health Safety Net, um paciente, ou qualquer outro pagador conforme requerido pelo 105 CMR 130.332: Eventos Sérios Relatáveis (SREs) para serviços diretamente relacionados a:
      - i. ocorrência de um SRE;
      - ii. correção ou remediação do evento; ou
      - iii. complicações subsequentes decorrentes do evento conforme determinado pelo Health Safety Net Office numa base caso a caso.
    - c. O Hospital pode enviar uma conta por serviços que prestou em decorrência de um SRE que não ocorreu em suas dependências somente se o local do tratamento e a instalação responsável pelo SRE não tem propriedade comum ou não pertence à mesma corporação.
    - d. Readmissões ao mesmo hospital ou cuidados de acompanhamento fornecidos pelo mesmo Provedor ou Provedor de propriedade da mesma organização corporativa não são faturáveis se os serviços estão relacionados a SRE conforme descrito no 101 CMR 613.03(1)(d)2.

## **B. Direitos e Responsabilidades do Paciente**

Os Direitos e Responsabilidades do Paciente incluem:

1. Fornecer informação de seguro e demográfica completa e em tempo hábil, e informar o Hospital e o estado se o paciente participa de um programa estadual, quaisquer mudanças de condição, incluindo, mas não limitado a situação de renda e de seguro.
2. Para residentes de Massachusetts, solicitar e manter cobertura através de quaisquer programas patrocinados pelo governo para os quais eles possam se qualificar, incluindo o envio de toda a documentação dentro dos prazos exigidos. Todos os pacientes devem obter e manter cobertura de seguro se houver cobertura a preço acessível disponível para eles.
3. O SSH, através desta política, aconselha os pacientes de que um paciente que receba Serviços de Saúde Reembolsável deve:
  - a. Fornecer toda a documentação exigida;
  - b. Informar o MassHealth de qualquer mudança de renda em seu Lar MAGI MassHealth ou renda Dificuldade Médica Familiar Quantificável, conforme descrito no 101 CMR 613.04(1), ou condição de seguro, incluindo mas não limitado a, renda, herança, presentes, distribuição de fundos de investimento, a disponibilidade de seguro de saúde, e responsabilidades de terceiros. O paciente pode, alternativamente, fornecer essa notificação ao Provedor que determinou a condição de elegibilidade do paciente;
  - c. Pesquisar as franquias do paciente e fornecer documentação ao Provedor de que o limite da franquia foi alcançado quando mais de um membro do Grupo Familiar de Faturamento de Prêmio é determinado com sendo Paciente de Baixa Renda ou se o paciente ou membros do Grupo Familiar de Faturamento de Prêmio recebem Serviços de Saúde Reembolsáveis de mais de um Provedor: e
  - d. Informar a Sede do Health Safety Net ou a agência do MassHealth quando o paciente estiver envolvido num acidente, ou sofre de uma doença ou lesão, ou outras perdas que resultaram ou podem resultar numa ação judicial ou reivindicação de seguro. Nesse caso o paciente deve:
    - i. entrar com um pedido de indenização, caso disponível; e
    - ii. concordar em cumprir com todos os requerimentos do M.G.L. c. 118E, incluindo, mas não limitado a:
      - i a. atribuir à sede do Health Safety Net o direito de recuperar um montante igual ao pagamento feito pelo Health Safety Net originados de quaisquer demandas ou outro processo contra terceiros;

- ii.a. fornecer informação sobre a ação judicial ou qualquer outro processo e cooperar integralmente com o escritório do Health Safety Net ou seu designado, a menos que a sede do Health Safety Net determine que a cooperação não seria no melhor interesse do paciente, ou que lhe iria resultar em dano sério ou comprometimento emocional;
  - iii.a. notificar o escritório do Health Safety Net ou a Agência do MassHealth por escrito dentro de 10 dias após dar entrada em qualquer demanda, ação civil ou outro processo; e
  - iva. reembolsar o Health Safety Net por dinheiro recebido de terceiros para todos os Serviços Elegíveis fornecidos durante ou após o acidente, ou outro incidente após ser considerado Paciente de Baixa Renda para fins de pagamento do Health Safety Net, contanto que somente pagamentos do Health Safety Net pagos em função do acidente ou outro incidente sejam reembolsados.
4. O escritório do Health Safety Net recupera somas diretamente de paciente somente na medida em que o paciente tenha recebido pagamento de terceiros para cuidados médicos pagos pelo Health Safety Net, ou na medida especificada no 101 CMR 613.06(5).

A pedido do paciente, um Provedor pode faturar um Paciente de Baixa Renda a fim de permitir que o paciente cumpra com o exigido pela Franquia Única do Estado ("*CommonHealth One-time Deductible*"), conforme descrito no 130 MCR 506.009; Franquia Única do Estado.

Notificar o Hospital de qualquer cobertura potencial por Acidente de Automóvel, cobertura de Responsabilidade de Terceiros, ou cobertura por Indenização por Acidente de Trabalho. Para pacientes com cobertura através de um programa do estado, fazer uma reivindicação para indenização, caso disponível, relacionada a qualquer acidente, lesão ou perda e notificar o programa do estado (por exemplo, Agência do Medicaid do estado de Massachusetts e o Health Safety Net) dentro de dez dias de qualquer ação judicial ou reivindicação de seguro que cobrirá os custos dos serviços prestados pelo Hospital. Também requer-se que o paciente designe o direito a pagamento por terceiro que irá cobrir os custos dos serviços pagos pela Agência do Medicaid do estado de Massachusetts ou o Health Safety Net.

1. Fazer esforços razoáveis para entender os limites de cobertura do seu seguro, incluindo limitações de rede, limitações de coberturas de serviço e responsabilidades financeiras devido a cobertura limitada, copagamentos, cosseguro e franquias.
2. Cumprir com encaminhamentos de seguro, pré-autorização e outras políticas de gestão médica.
3. Cumprir com outros requerimentos de seguro, incluindo completar os formulários de coordenação de benefícios, atualizar informação de inscrição, atualizar informação do médico e outros requisitos do pagador.
4. Pagar os copagamentos, franquias e valores de cosseguro em dia.
5. Fornecer atualizações demográficas, de seguro e elegibilidade para o HSN oportunas, e dados de franquia anualmente.

### **C. Documentação e Auditoria**

O SSH manterá registros documentando pedidos de pagamento para Serviços Elegíveis para Pacientes de Baixa Renda, serviços de Emergência com Créditos Incobráveis e Serviços de Dificuldade Médica.

1. O Departamento de Serviços Financeiros do SSH fará todos os esforços razoáveis para manter os registros contábeis auditáveis de pacientes ou atividades de crédito e cobrança feitas conforme o Regulamento 101 CMR 613.00.
2. Antes de enviar uma conta para Créditos Incobráveis, o SSH irá certificar-se que o EVS foi verificado para possível elegibilidade.

### **D. Princípios de Cobrança Padrão**

1. O Hospital irá fornecer aconselhamento financeiro rápido e cortês para todos os pacientes que o necessitem, e assistirá os pacientes na obtenção de assistências financeiras disponíveis federais, estaduais, e de agências privadas, ou do programa de assistência financeira do Hospital a fim de poder cumprir com as obrigações financeiras do Hospital. Vários representantes do Hospital, incluindo Conselheiros Financeiros, Trabalhadores de “Outreach”, Assistentes Sociais ou Representantes de Contas de Pacientes poderão lidar com esse processo e interações com os pacientes.
2. Será usada uma agência de cobrança quando o departamento de Contas de Pacientes tiver esgotado todos os esforços razoáveis de cobrança para as contas, exceto para pacientes que estão isentos de ações de cobrança em conformidade com o 101 CMR 613.04(1).
3. O Hospital não forçará a venda ou execução hipotecária da residência primária de um paciente para pagar uma conta médica pendente. A execução legal de um imóvel penhorado na residência pessoal do paciente ou em outros bens do paciente (por exemplo, automóvel) para garantir os débitos do paciente é uma ação extraordinária que somente será usada em circunstâncias verdadeiramente excepcionais. No mínimo, penhoras são somente permitidas quando há prova de que o paciente ou pessoa responsável tem renda e/ou bens para poder cumprir com as suas obrigações. Tal ação irá requerer autorização expressa do Conselho de Administração do Hospital para cada caso, de acordo com os regulamentos de Massachusetts.
4. O Hospital não usará “*body attachment*” (ou seja, um terceiro que utiliza meios físicos ou legais como meio para forçar uma ação) para requerer que o paciente ou responsável compareça em juízo.
5. Todas as agências de cobrança do South Shore Hospital são obrigadas contratualmente a cumprir com a política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira do SSH.
6. O Hospital enviará um formulário de faturamento comum para as seguradoras.
7. O Hospital deverá cumprir com os requerimentos de faturamento e autorização da seguradora, apelar solicitações rejeitadas quando o serviço é devido em seu todo ou em parte por uma seguradora e devolver imediatamente qualquer pagamento recebido pela Sede quando qualquer recurso de terceiros houver sido identificado.

#### **E. Procedimentos de Faturamento e Cobrança**

1. Será enviada uma fatura inicial para a pessoa responsável pelas obrigações financeiras do paciente.
2. O Hospital emitirá faturas subsequentes pelo menos a cada 30 dias, e por um mínimo de 120 dias após a fatura inicial antes de encaminhar uma conta para uma agência externa de cobrança. O paciente receberá pelo menos 3 faturas e uma “notificação final” indicando que a conta será encaminhada para uma agência de cobrança externa quando um pagamento aceitável não houver sido recebido, ou quando um plano de pagamento apropriado não houver sido estabelecido.
3. Os avisos de extrato ou de fatura serão acompanhados de chamadas telefônicas, cartas de cobrança e qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno e razoável de contatar a pessoa responsável pela obrigação.
4. O Hospital documentará esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação ou o endereço correto para faturas devolvidas pelo correio marcadas como “endereço incorreto” ou “impossível de entregar” e de outra forma considerados como um “endereço errado”. Métodos alternativos podem incluir Busca de Devedor Fugitivo (“*skip tracing*”), uso de internet, registros de correio e outros métodos adquiridos ou meios amplamente disponíveis de busca da residência do paciente ou fiador, ou ponto de contato com a intenção de cobrar saldos devedores ou notificá-los de opções e outros programas de assistência pública que podem estar disponíveis para eles.
5. Para serviços de Cuidados de Emergência (serviços que podem ser qualificados como débito incobrável de emergência) com saldos acima de US\$ 1.000,00 onde as notificações não tenham sido devolvidas marcadas como “endereço incorreto” ou “impossível de entregar”, o Hospital enviará um aviso final de cobrança por correio certificado (ver 101 CMR 613.06(1)(a)(3)(b)(iv)). Nesses casos onde, após um esforço razoável, a conta é considerada como impossível de entregar, a conta será encaminhada para uma agência de cobrança externa para um acompanhamento adicional antes do esgotamento dos 120 dias contados desde a tentativa inicial de cobrança.
6. A documentação de uma ação de cobrança contínua feita em base regular e frequente será mantida em papel e eletronicamente.
7. O cadastro do paciente incluirá documentação sobre os esforços de cobrança, incluindo faturas, cartas de acompanhamento e chamadas telefônicas.

#### **F. Esforços Razoáveis de Cobrança**

1. O Hospital deverá fazer o mesmo esforço para cobrar de Pacientes Sem Seguro que faz para com pacientes de outras classificações.
2. Os requerimentos mínimos antes de liquidar uma conta para o Health Safety Net incluem:

- 
- a. Uma fatura inicial para a pessoa responsável pelas obrigações financeiras do paciente;
  - b. Faturas subsequentes, chamadas telefônicas, cartas de cobrança, e qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno em contatar a pessoa responsável pela obrigação;
  - c. Documentação de esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação, ou o endereço correto das faturas devolvidas pelo correio como “endereço incorreto” ou “impossível de entregar”;
  - d. Envio de um aviso final por carta registrada para saldos maiores do que US\$ 1.000,00 onde as notificações não tenham sido devolvidas marcadas como “endereço incorreto” ou “impossível de entregar”;
  - e. A documentação de uma Ação de Cobrança contínua feita em base regular e frequente. Ao avaliar se um Provedor esteve envolvido numa Ação de Cobrança contínua, a sede do Health Safety Net pode usar uma lacuna de mais de 120 dias na Ação de Cobrança como critério de não conformidade, mas poderá usara sua discricão quando estiver determinando se o Provedor fez um esforço razoável para atender ao critério; e
  - f. Verificar o EVS para assegurar que o paciente não é um Paciente de Baixa Renda tal como determinado pelo MassHealth, e que ele não enviou uma solicitação pelo sistema de Troca de Informações de Saúde (“*Health Information Exchange*”) para cobertura através de um programa público, antes de apresentar cobranças à sede do Health Safety Net por conta incobrável emergente num serviço a nível de emergência ou de cuidados urgentes.
3. Se após tentativas razoáveis para a cobrança de uma fatura, o débito de um Cuidado de Emergência para um Paciente com Seguro Insuficiente continuar sem pagamento por mais de 120 dias, a fatura será considerada incobrável e faturada para a sede do Health Safety Net.
  4. O cadastro do paciente deverá incluir toda a documentação dos esforços do Provedor em cobrar, incluindo cópia da fatura(s), cartas de acompanhamento, relatos de contato telefônico, e qualquer outro esforço realizado.

#### **G. Classificação de Dívida Incobrável para Cuidados de Emergência**

Conforme o EMTALA, o Hospital classifica como cuidados de emergência qualquer pessoa que entre o Hospital solicitando tratamento de emergência ou entre no Departamento de Emergência solicitando tratamento médico. Esses pacientes podem não ter hora marcada ou podem chegar numa ambulância. Mais comumente, pessoas sem hora marcada chegam por conta própria na sala de emergência ou centro de urgência do Hospital. No entanto, pessoas sem hora marcada solicitando serviços de emergência enquanto estão presentes numa outra unidade de internação, clínica, ou outras áreas auxiliares, tais como um laboratório de radiologia, também podem estar sujeitas a um exame médico de triagem conforme EMTALA. Exame e tratamento para condições médicas de emergência ou qualquer outro serviço prestado na medida exigida conforme o EMTALA será prestada ao paciente e irá qualificar-se como cuidado de emergência não compensado.

1. Cuidado Emergente (ou Emergência): Serviços Medicamente Necessários prestados após o início de uma condição médica, seja ela física ou mental, manifestando-se através de sintomas agudos de gravidade suficiente, incluindo dor intensa, que uma pessoa leiga sensata acreditaria ser uma ameaça de vida imediata ou que teria um alto risco de causar sérios danos à saúde do indivíduo. Condições incluem, mas não estão limitadas a aquelas que podem causar sério risco a saúde do paciente, disfunção séria de qualquer parte do corpo ou órgão, ou trabalho de parto ativo para mulheres. Exame ou tratamento para condições médicas de emergência ou qualquer outro desses serviços prestados na medida exigida pelo EMTALA qualifica-se como Cuidados de Emergência.
2. Cuidados Urgentes: Serviços Necessários Medicamente fornecidos num hospital ou centro de saúde comunitário após o aparecimento súbito de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) que uma pessoa prudente acreditasse que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente se esperar que resultasse em: colocar em risco a saúde do paciente; comprometimento de função corporal, ou disfunção de órgão ou parte do corpo. Serviços de cuidados urgentes são fornecidos para condições que não representam risco de vida e não representam um alto risco de danos sérios à saúde do indivíduo. Serviços de Cuidados Urgentes não incluem cuidados Primários ou Eletivos.
3. Serviços Eletivos ou Programados: representam uma condição que requer avaliação e/ou tratamento mas que tempo não é um fator crítico; não inclui pacientes com queixas de dores intensas ou perda de função. Cuidado eletivo em geral é um serviço agendado. Serviços agendados incluem consultas marcadas por telefone ligando para o Hospital, ou departamentos do Hospital, são marcados como consultas de acompanhamento de consultas anteriores, e podem ser em função de um encaminhamento por um médico externo ou outra entidade de cuidados de saúde. Exemplos disso incluem serviços de laboratórios de diagnóstico, serviços de dia cirúrgico eletivo, procedimentos cosméticos, diagnóstico por imagem e outros serviços terapêuticos ambulatoriais.

#### **H. Populações Isentas de Ações de Cobrança**

As seguintes populações de indivíduos e pacientes estão isentas de quaisquer procedimentos de cobrança conforme regulamentos e políticas estaduais:

1. Um provedor não deve faturar pacientes inscritos no MassHealth e pacientes recebendo benefícios do governo sob o programa de Ajuda de Emergência para Idosos, Deficientes e Crianças, exceto que o Provedor pode faturar pacientes por qualquer copagamentos e franquias exigidos. O Provedor pode iniciar faturamento para um paciente que alega que ele ou ela é participante em qualquer desses programas mas deixa de fornecer prova dessa participação. Mediante a apresentação de prova satisfatória de que o paciente é um participante em qualquer um dos programas listados acima, e um recibo do requerimento, o Provedor deverá cessar as atividades de cobrança.

2. Participantes do Plano de Segurança Médica para Crianças cuja renda MAGI é igual ou menor do que 300% do FPL também estão isentos de Ações de Cobrança. O Provedor pode iniciar faturamento para um paciente que alega que ele ou ela é participante do Plano de Segurança Médica para Crianças, mas deixa de fornecer prova dessa participação. Mediante a apresentação de uma prova satisfatória de que o paciente é participante do Plano de Segurança Médica para Crianças, o Provedor deverá cessar imediatamente as atividades de cobrança.
3. Pacientes de Baixa Renda, exceto Pacientes de Baixa Renda Somente Dental estão isentos de Ação de Cobrança para Reembolso para quaisquer Serviços de Saúde Reembolsáveis de Saúde fornecidos por um Provedor recebendo pagamentos do Health Safety Net por serviços recebidos durante o período para o qual eles foram determinados como sendo Pacientes de Baixa Renda, exceto para copagamentos e franquias. Os Provedores poderão continuar a faturar Pacientes de Baixa Renda para Serviços Elegíveis prestados antes da determinação deles como Pacientes de Baixa Renda após a sua condição de Pacientes de Baixa Renda ter vencido ou tenham de outra forma sido excluídos.
4. Pacientes de Baixa Renda com renda de Lar MAGI MassHealth ou renda Dificuldade Médica Familiar Quantificável, tal como descrito no 101 CMR 613.04(1), entre 150,1 a 300% do FPL estão isentos de Ações de Cobrança para a porção da conta do seu Provedor que exceda a franquia e podem ser faturados para copagamentos e franquias tal como definido no 101 CMR 613.04(6)(b) e (c). Provedores poderão continuar a faturar Pacientes de Baixa Renda para serviços prestados antes da determinação como Pacientes de Baixa Renda após a sua condição de Paciente de Baixa Renda ter vencido ou tenham de outra forma sido excluídos.
5. Provedores poderão faturar Pacientes de Baixa Renda para serviços além daqueles que sejam Serviços de Saúde Reembolsáveis fornecidos a pedido do paciente para os quais o paciente tenha concordado em se responsabilizar, com a exceção daqueles serviços descritos no 101 CMR 613.08(3)(d) 1. e 2., Provedores deverão obter consentimento por escrito do paciente para serem cobrados pelos serviços.
  - a. Provedores não poderão cobrar Pacientes de Baixa Renda por valores relacionados a erros médicos incluindo aqueles descritos no 101 CMR 613.08(3)(1)(e).
  - b. Provedores não poderão cobrar Pacientes de Baixa Renda por cobranças indeferidas pela seguradora primária devido a erro administrativo ou erro de faturamento.
6. A pedido do paciente, o Provedor poderá faturar um Paciente de Baixa Renda a fim de permitir que o paciente atenda o requerimento da Franquia Única do Estado tal como descrito no 130 CMR 506.009: *The One-Time Deductible*.
7. Um Provedor não poderá empreender uma Ação de Cobrança contra um indivíduo que tenha sido qualificado para Dificuldade Médica para o valor da fatura que exceda a contribuição para Dificuldade Médica. Se um pedido já enviado como um Crédito Incobrável de Emergência tornar-se elegível para pagamento pelo Dificuldade Médica pelo Health Safety Net, o Provedor deverá parar atividades de cobrança de serviços do paciente.

---

O Hospital ou o seu agente não buscará desconto em folha de pagamento ou ação judicial contra a residência pessoal ou o automóvel de pacientes ou fiadores exceto como descrito na Seção VI D (3) do CCF&FAP.

Não obstante qualquer coisa em contrário nesta seção, o Hospital irá faturar pacientes que alegam que são participantes num dos programas citados acima que deixaram de fornecer prova dessa participação ou que, mediante verificação pelo Hospital, deixam de participar de tal programa.

### **I. Ações Extraordinárias de Cobrança**

1. O Hospital não empreenderá quaisquer “ações extraordinárias de cobrança” até que o Hospital tenha feito todos os esforços razoáveis e seguido uma revisão razoável da condição financeira do paciente e outras informações necessárias para determinar a elegibilidade para assistência financeira, a qual determinará que um paciente tem direito a assistência financeira ou está isento de qualquer atividade de cobrança ou faturamento sob esta política de crédito e cobrança. O Hospital manterá todo e qualquer documento que foi usado nessa determinação de acordo com a política de retenção de registro aplicável do Hospital.
2. O Hospital aceitará e irá processar uma solicitação de assistência financeira sob esta Política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira enviada por um paciente durante todo o “período de inscrição”. O período total durante o qual o Hospital deve aceitar e processar solicitações FAP é de 240 dias da data do primeiro extrato de cobrança. Se o Hospital receber uma solicitação de FAP durante o período de inscrição, ele deve suspender qualquer ECA que tenha iniciado até que tenha processado a solicitação. O período de inscrição não termina antes de 30 dias após o Hospital ter fornecido ao paciente o aviso de 30 dias descrito abaixo. No caso de um paciente que o Hospital tenha presumivelmente determinado como elegível para uma assistência menos do que generosa sob a política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira, o período de inscrição não termina antes do fim de um período de tempo razoável onde o paciente pode solicitar uma assistência financeira mais generosa, como descrito abaixo.
3. Ações extraordinárias de cobrança incluem:
  - a. Vender a dívida do paciente para outro (exceto se os requisitos especiais estabelecidos abaixo forem atendidos);
  - b. Cadastrar em agências de relatórios de crédito ou agências de crédito;
  - c. Atrasar, recusar ou exigir pagamento antes de prestar Cuidados Medicamente Necessários devido à falta de pagamento de uma ou mais fatura para cuidados cobertos anteriormente sob a política de assistência financeira do Hospital (que é considerada uma ação extraordinária de cobrança para cuidados prestados anteriormente)

- d. Ações que requerem processo legal ou judicial incluem
    - i. Penhorar a propriedade de um paciente;
    - ii. Execução hipotecária de um imóvel;
    - iii. Embargar ou confiscar conta bancária ou outra propriedade pessoal;
    - iv. Iniciar uma ação civil contra um paciente;
    - v. Causar a prisão de um paciente;
    - vi. Fazer com que um paciente esteja sujeito a um mandado judicial de “*body attachment*”; e
    - vii. Reter o salário do paciente.
  
  - e. O Hospital irá considerar a venda da dívida de um paciente para uma outra pessoa como uma ação extraordinária de cobrança, a menos que o Hospital faça um acordo por escrito com o comprador da dívida, nos termos do qual (i) o comprador está proibido de empregar qualquer ação extraordinária de cobrança para obter pagamento por tratamentos; (ii) o comprador está proibido de cobrar juros sobre a dívida usando uma taxa maior do que a usada pela receita federal para pagamento insuficiente de impostos; (iii) a dívida é retornável ou recuperável pelo Hospital mediante a determinação de que o paciente é elegível para assistência financeira, e (iv) se o paciente é determinado como sendo elegível para assistência financeira e a dívida não é retornada ou recuperada pelo Hospital, o comprador é obrigado a cumprir procedimentos para assegurar que o paciente não pague o comprador mais do que o paciente é pessoalmente responsável por pagar sob a política de assistência financeira.
  
  - f. Ações extraordinárias de cobrança incluem ações realizadas para a obtenção de pagamento para cuidados contra qualquer outro paciente que tenha aceitado ou exige-se que aceite responsabilidade pela fatura de cuidados ao paciente do Hospital.
4. O Hospital irá se abster de começar quaisquer ações extraordinárias de cobrança contra o paciente por um período de pelo menos 120 dias da data em que o Hospital forneceu o primeiro extrato de fatura pelo tratamento após a alta; exceto se uma exigência especial se aplicar para adiar ou negar cuidados medicamente necessários devido à falta de pagamento como descrito abaixo.
5. Além de se abster de iniciar ações extraordinárias de cobrança pelo período de 120 dias descrito acima, o Hospital irá se abster de iniciar ações extraordinárias de cobrança pelo período de pelo menos 30 dias após haver notificado o paciente sobre a sua política de assistência financeira da seguinte maneira: o Hospital (i) fornece ao paciente uma notificação por escrito que indica que existe assistência financeira disponível para pacientes elegíveis, que identifica as ações extraordinárias de cobrança que o Hospital (ou outra pessoa autorizada) planeja iniciar para obter pagamento pelo tratamento e informa um prazo após o qual poderão ser iniciadas ações extraordinárias de cobrança, a qual será não menos do que 30 dias após a data em que

é fornecida a notificação por escrito; (ii) fornece ao paciente numa linguagem simples um resumo da política de assistência financeira; e (iii) faz um esforço razoável para informar o paciente verbalmente sobre a política de assistência financeira, e como o paciente pode obter assistência com o processo de solicitação da política de assistência financeira; exceto que requisitos especiais se aplicam ao adiamento ou recusa de Serviços Médicos Necessários como descrito abaixo.

6. O Hospital irá cumprir com os seguintes requisitos especiais caso ele adie ou negue cuidados devido à falta de pagamento de cuidados anteriores que eram elegível para assistência financeira. O Hospital poderá fornecer uma notificação em menos de 30 dias descrita acima caso forneça um formulário de solicitação de assistência financeira ao paciente e um aviso por escrito indicando que existe assistência financeira disponível para pacientes elegíveis. A notificação por escrito indicará um prazo após o qual o Hospital não mais aceitará ou processará uma solicitação de assistência financeira, que não poderá ser mais cedo do que o final do período de solicitação ou 30 dias após a data quando foi fornecida a notificação por escrito. Se os pacientes enviarem uma solicitação antes do prazo o Hospital irá processar a solicitação de forma acelerada.
7. Se um paciente enviar uma solicitação para assistência financeira completa ou incompleta sob a política de assistência financeira do hospital durante o período de inscrição, o Hospital suspenderá quaisquer ações de cobrança extraordinárias para obter pagamento por tratamento. Nesse evento, o Hospital não iniciará ou tomará qualquer ação adicional em quaisquer ações extraordinárias de cobrança até que ou (i) o Hospital tenha determinado se o paciente é elegível para assistência financeira sob a política de assistência financeira ou (ii) no caso de uma solicitação para assistência financeira incompleta, o paciente deixou de responder pedidos de informação adicional e/ou de documentação dentro de um período razoável de tempo. O Hospital também tomará ações adicionais dependendo de se a solicitação está completa ou incompleta, como descrito abaixo.
8. Caso o paciente envie uma solicitação completa para assistência financeira durante o período de solicitação, o Hospital irá, adicionalmente, fazer a determinação de se o paciente é elegível para assistência financeira. Se o Hospital determinar que o paciente é elegível para assistência que não sejam cuidados gratuitos (*free care*), o Hospital irá (i) fornecer ao paciente um extrato de fatura que indica o montante que o paciente deve para cuidados como paciente elegível para assistência financeira e diz ou descreve como o paciente pode obter informação relacionada a Valor Geralmente Cobrado (“AGB”) para os cuidados, (ii) reembolsar ao paciente qualquer montante que o paciente tenha pago por seus cuidados que excedam o valor pelo qual o paciente é pessoalmente responsável por pagar e (iii) tomar todas as medidas razoáveis para reverter qualquer ação extraordinária de cobrança (com as exceções de venda de dívida e adiamento ou recusa, ou exigência de pagamento antes de prestar serviço de Cuidados Medicamente Necessários devido ao não pagamento anterior de faturas para cuidados prestados anteriormente para os quais o paciente era elegível para

- assistência financeira) feitas contra o paciente para obter pagamentos por cuidados. Medidas razoáveis para reverter essa ação extraordinária de cobrança incluirá medidas para cancelar quaisquer julgamentos, remover qualquer taxa ou penhor e remover qualquer informação adversa que foi passada para uma agência ou serviço de proteção de crédito.
9. Caso o paciente envie uma inscrição incompleta para assistência financeira durante o período de inscrição, o Hospital fornecerá ao paciente um aviso por escrito que descreve informação adicional e/ou documentação exigida de acordo com a política de assistência financeira e que inclui informação de contato.
  10. O Hospital poderá fazer determinações presuntivas de que o paciente é elegível para assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira baseado em informação fora aquela fornecida pelo paciente ou baseado numa determinação anterior de elegibilidade. Caso seja determinado que um paciente é elegível para uma assistência menor do que a assistência mais generosa disponível de acordo com a política de assistência financeira, o Hospital irá: (i) notificar o paciente com relação à base usada para fazer a determinação de elegibilidade presumida e a maneira de solicitar uma assistência disponível mais generosa de acordo com política de assistência financeira; (ii) dar ao paciente um período de tempo razoável para ele poder solicitar uma assistência mais generosa antes de iniciar ações extraordinárias de cobrança para obter o valor descontado devido; e (iii) se o paciente enviar uma solicitação completa buscando uma assistência financeira mais generosa durante o período de inscrição, determinar se o paciente é elegível para um desconto mais generoso.
  11. O Hospital e seus agentes não deverão continuar com esforços de cobrança ou faturamento relacionados a um paciente que seja membro de um processo de falência, exceto para assegurar os seus direitos como credor na ordem apropriada (ações similares também poderão ser tomadas pelo programa de assistência pública que pagou pelos serviços). O Hospital e seus agentes também não cobrarão juros no saldo de uma conta de Paciente de Baixa Renda ou para pacientes que satisfazem os critérios para cobertura através do próprio programa de assistência financeira interna do Hospital.

#### **J. Agências de Cobrança Externa**

O Hospital contrata firmas externas de cobrança para auxiliar na cobrança de certas contas, incluindo valores devidos de responsabilidade de pacientes que não foram pagos após o Hospital ter emitido faturas ou avisos finais.

O Hospital tem uma autorização específica ou contrato com agências externas de cobrança e exige que tais agências acatem com a política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira do Hospital para aquelas dívidas que a agência está cobrando. Todas as agências externas de cobrança contratadas pelo Hospital darão ao paciente uma oportunidade de registrar uma queixa, e encaminharão ao Hospital os resultados dessas queixas do paciente. O Hospital exige que qualquer agência externa de cobrança que use seja licenciada pelo estado de Massachusetts e que agência externa de cobrança também esteja em conformidade com os Regulamentos de Cobrança de Dívidas da Promotoria Geral de Massachusetts 940 C.M.R. 7.00.

#### **K. Avisos**

O South Shore Hospital deverá afixar avisos nas áreas de internamento, clínicas e admissão/registro de emergência e nas áreas do escritório comercial que são costumeiramente usadas pelos Pacientes que informem os pacientes conspicuamente da disponibilidade de um programa de assistência financeira, e os locais no Hospital onde poderão se inscrever nesses programas. Os avisos deverão ser suficientemente largos e claramente visíveis e legíveis por Pacientes visitando essas áreas. Todos os avisos deverão ser traduzidos em línguas que não sejam inglês se tais línguas forem o idioma primário de 1.000 indivíduos ou 5% dos residentes na área de serviço do Hospital, o número que for menor.

Os avisos notificarão os Pacientes da disponibilidade de assistência financeira e de outros programas de assistência pública.

Dizeres nos sinais:

“Se você não puder pagar a sua conta hospitalar, você e outros membros da família podem se qualificar para assistência financeira através de um programa de assistência pública ou o programa de assistência financeira do Hospital. Nossos Conselheiros Financeiros poderão ajudá-lo a encontrar o programa que preencha as suas necessidades e ajudá-lo a se inscrever naquele programa. Para maiores informações, favor contatar o Conselheiro Financeiro no 781-624-4329. O departamento de Aconselhamento Financeiro está aberto de segunda à sexta das 9h00 às 17h00 e aos sábados das 8h00 às 16h00, e está localizado no primeiro andar do prédio Emerson.”

#### **L. Site**

Esta Política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira está disponível online no seguinte site: <http://www.southshorehospital.org/financial-counselingassistance>

## **VII. NOTIFICAÇÕES, FORMULÁRIOS E OUTROS ANEXOS**

- A. Anexo I:** Localização das Instalações do South Shore Hospital
- B. Anexo II:** Amostra de Cartas a Pacientes
- C. Anexo III:** Inscrição para Assistência Financeira do South Shore Hospital
- D. Anexo IV:** Amostra de Extrato de Paciente (Fatura) com Notificação de Assistência Financeira, Serviços Elegíveis e programas de assistência
- E. Anexo V:** Amostra de Notificação a Paciente – Disponibilidade de Assistência Financeira

# Anexo 1

## **Lista dos Satélites do South Shore Hospital/Entidades Relacionadas Substancialmente**

1. Centro de Tratamento de Feridas e Medicina Hiperbárica do South Shore Hospital
2. Centro de Cuidados da Mama/Multi-especialidade do South Shore Hospital
3. Suíte Pré Teste Ambulatorial do South Shore Hospital
4. Centro de Ortopedia, Coluna e Medicina do Esporte
5. Centro de Bem Estar Físico do South Shore Hospital

## Anexo 2



John Smith  
123 Main St.  
Boston, MA 02127

Nome do Paciente: John Smith

Número da Conta: 123456

Prezado Sr. Smith:

Os nossos registros indicam que você não tinha seguro de saúde quando recebeu os seus cuidados. A fim de ajudá-lo com as suas despesas médicas, você pode se qualificar para cuidados gratuitos ou de baixo custo pelo Mass Health ou outros programas de Assistência Financeira.

Os nossos conselheiros financeiros estão disponíveis para ajudá-lo neste processo. Favor contatar os nossos conselheiros financeiros pelo telefone 781-624-4329 para maiores informações ou para marcar uma reunião. Nós precisaremos de informações relacionadas à sua renda atual e situação de seguro saúde, então, por favor, tenha essa informação prontamente disponível. A elegibilidade é determinada pelo tamanho e renda de sua família de acordo com as diretrizes federais para pobreza. As diretrizes federais para pobreza podem ser visualizadas no [www.southshorehospital.org](http://www.southshorehospital.org)

Esteja ciente de que é muito importante que você nos telefone o quanto antes. A inscrição em planos de assistência tem prazos. Favor contatar o Departamento de Aconselhamento Financeiro assim que receber esta correspondência.

Para informação a respeito de planos de pagamento favor contatar o nosso Escritório Comercial pelo telefone 800-486-1915 de segunda à sexta, das 8h00 às 17h00.

Cordialmente,

South Shore Hospital

Departamento de Aconselhamento Financeiro



John Smith  
123 Main St  
Boston, MA 02127

Ref.: John Smith  
Número da Conta: 123456  
Data do Serviço: 01/06/16

Prezado Sr. Smith:

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para as suas necessidades de cuidados de saúde.

Os nossos registos indicam que você enviou uma solicitação requerendo assistência financeira.

Nós estamos lhe informando que a sua assistência financeira foi negada.

A razão para rejeitar o pedido foi:

(Exemplo de razão)

Inscrição Incompleta

A renda excede 300% do Limite Federal para Pobreza

Se tiver quaisquer questões ou dúvidas, favor ligar para o Departamento de Aconselhamento Financeiro do South Shore Hospital pelo telefone 781-624-4329.

Cordialmente,

South Shore Hospital  
Departamento de Aconselhamento Financeiro



John Smith  
123 Main St  
Boston, MA 02127

Ref.: John Smith  
Número da Conta: 123456  
Data do Serviço: 01/06/16

Prezado Sr. Smith:

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para as suas necessidades de cuidados de saúde.

Os nossos registos indicam que você enviou uma solicitação requerendo assistência financeira.

Esta é uma notificação para informá-lo que a sua solicitação de Assistência Financeira foi aprovada. As suas faturas a pagar do South Shore Hospital, em anexo, foram consequentemente ajustadas.

Se tiver quaisquer questões ou dúvidas, favor ligar para o Departamento de Aconselhamento Financeiro do South Shore Hospital pelo telefone 781-624-4329.

Cordialmente,

South Shore Hospital  
Departamento de Aconselhamento Financeiro

## Anexo 3

---

**Solicitação de Assistência Financeira do South Shore Hospital**

---

**1. INFORMAÇÃO BÁSICA**

---

Favor preencher esta seção sobre o requerente. O solicitante é ou o paciente ou a pessoa responsável financeiramente pelo paciente.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: Favor incluir documentação que comprova a sua residência: carteira de motorista, outra identidade com foto ou documento que comprove a sua residência atual.

Sobrenome	Nome	Inicial do Meio
Data de nascimento	Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
Número de Tel.: Residencial: (    ) Comercial: (    ) Celular: (    )	Endereço p. correspondência (inclua cidade, estado e código postal)	
Nome do paciente (se diferente do solicitante)	Datas de serviço do paciente (inclua local onde os serviços foram prestados)	
Data nasc. do paciente (se diferente do solicitante)		
Número do Registro Médico do Paciente (MRN)		

---

**Solicitação de Assistência Financeira do South Shore Hospital**

---

**2. INFORMAÇÃO SOBRE A FAMÍLIA**

Se for o caso, favor listar cônjuge e filhos menores de 19 anos que vivem com o solicitante. Esta seção poderá ser deixada em branco se o solicitante não vive com o cônjuge ou filhos.

Nome do membro da família	Relação	Data de nascimento

**3. RENDIMENTOS**

Favor completar esta seção sobre o rendimento do solicitante e para cada membro da família que trabalha listado na Seção 2. **Favor listar o rendimento bruto, que é a renda antes dos impostos e abatimentos.** Favor documentar nesta seção “sem renda de trabalho” se o solicitante e/ou membros da família não têm qualquer renda auferida.

Nome do familiar que trabalha	Nome e endereço do empregador	Rendimento Bruto	Frequência Marcar um	Uso pelo Hospital
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	



---

**Solicitação de Assistência Financeira do South Shore Hospital**

---

**4. OUTRAS RENDAS**

---

Favor completar esta seção sobre outras fontes de renda para cada membro da família listado na seção 2 que tenha outra renda. Outra renda é dinheiro que você recebe que não vem de um empregador. **Favor listar a renda bruta, que é a renda antes dos impostos e deduções.** Esta seção pode ser deixada em branco se o solicitante e os membros de sua família não têm quaisquer outras rendas.

**DOMUMENTAÇÃO EXIGIDA:** Favor incluir documentação que comprova esta renda: contracheques, imposto de renda, demonstrativos W2, extratos bancários ou outro comprovante.

<b>Tipo de Renda</b>	<b>Membro(s) da família recebendo a renda</b>	<b>Renda Bruta recebida</b>	<b>Frequência <i>Marcar um</i></b>	<b>P/ uso do hospital</b>
Desemprego			Semanal, Mensal Anual	
Social Security			Semanal, Mensal Anual	
Benefícios p/ Veteranos			Semanal, Mensal Anual	
Anuidades e Pensões			Semanal, Mensal Anual	
Pensão Aliment. e Conj.			Semanal, Mensal Anual	
Renda de Aluguel			Semanal, Mensal Anual	
Seg. Acidente de Trabalho			Semanal, Mensal Anual	
Renda de Juros e Dividendos			Semanal, Mensal Anual	
Outra			Semanal, Mensal Anual	

---

**5. OUTRAS DESPESAS DE CUIDADOS DE SAÚDE**

---

Favor anexar cópias de outras despesas de saúde pendentes

<b>Despesas Médicas</b>	<b>Total</b>	<b>Quantas vezes isso acontece?</b>	<b>P/ uso do hospital <i>Custo Total</i></b>
Contas Médicas			
Contas de Farmácia			
Dentista			



**South Shore  
Hospital**

---

**Solicitação de Assistência Financeira do South Shore Hospital**

---

**6. AUTORIZAÇÃO**

---

**Favor ler cuidadosamente esta seção e assiná-la na parte inferior.**

Todas as informações nesta solicitação são verdadeiras no melhor do meu conhecimento. Eu concordo em fornecer documentação adicional conforme solicitação. **Eu entendo que esta informação confidencial não poderá divulgada para ninguém fora o Sistema de Saúde do South Shore sem a minha aprovação prévia.**

---

Assinatura do Solicitante

---

Data

*Se assinando em nome do solicitante: Todas as informações nesta solicitação são verdadeiras no melhor do meu conhecimento.*

---

Assinatura do representante autorizado

---

Data

---

Nome do representante autorizado

---

Relação com o solicitante

---

Número do telefone de contato

---

**Favor certificar-se de que você preencheu todas as seções aplicáveis desta solicitação antes de enviá-la, e de que você incluiu todos os documentos exigidos para comprovação da sua condição financeira. Requerimentos incompletos não serão aprovados.**

**Se tiver qualquer pergunta, favor contatar o departamento de  
Aconselhamento Financeiro pelo telefone**

**781-624-4329**

## Anexo 4

[BAR CODE]

South Shore Hospital - Escritório Comercial  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

SERVIÇO DE ENDEREÇO SOLICITADO

0101

#BWN CYSP  
#015597448#

[BAR CODE]

DATA DO EXTRATO 10/08/2016	CONTA N°
VALOR DEVIDO US\$176.99	VALOR PAGO US\$

Favor ver o verso para pagamentos com cartão de crédito.  
Favor escrever o número de sua conta em seu cheque e fazê-lo  
pagável a: South Shore Hospital.

[BAR CODE]  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

[BAR CODE]

FAVOR DESTACAR E DEVOLVER ESTA PARTE COM O SEU PAGAMENTO

0700

656911 (PC1)

Horário do Esc. Comercial: Seg-Sex 8h30-17h00  
1-800-486-191 5

PO Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021



**SEU EXTRATO**

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para os seus cuidados de saúde. O saldo abaixo referente a serviços hospitalares deve ser pago agora. Favor notar que você poderá receber faturas adicionais por serviços médicos. Fazer o cheque pagável para o South Shore Hospital e enviá-lo para:

South Shore Hospital  
Attn: Business Office  
P O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

Se você tiver informação de seguro adicional, ou se não puder pagar o montante devido, favor contatar-nos imediatamente pelo telefone 1-800-486-1915. Você pode se qualificar para programas que podem ajudá-lo com esta obrigação. Favor ver o verso para assistência.

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para os seus cuidados de saúde.

► **RESUMO DA COBRANÇA**

Pagamentos Seguros/Ajustes	- US\$575,01
SALA DE EMERGÊNCIA	US\$713,00
SUPRIMENTOS MED./CIRURG.	US\$39,00

► **INFORMAÇÃO DO SEGURO**

Nome do Seguro;	BC HMO BLU
Id. do Inscrito	MTN

► **RESUMO DA CONTA**

Data do Extrato:	10/08/2016
Nome do Paciente:	
Data do Serviço:	10/05/2016
Número da Conta:	
Custos Totais:	US\$752,00
Pagamentos Seguros/Ajustes:	- US\$575,01
Pagamentos do Paciente/Ajustes:	US\$0,00
Total Devido:	US\$176,99
Este é o seu saldo	US\$176,99

0700

[BAR CODE]

South Shore Hospital - Escritório Comercial  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

SERVIÇO DE ENDEREÇO SOLICITADO

0101

#BWNCYSP  
#014951235#

[BAR CODE]

FAVOR DESTACAR E DEVOLVER ESTA PARTE COM O SEU PAGAMENTO

65911 (PC 1)

Horário do Escritório Comercial: Seg.-Sex. 8h30-17h00  
1-800-486-1915

P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021



## SEU EXTRATO

Nós lhe enviamos recentemente um extrato resumindo os seus serviços prestados no South Shore Hospital. Nós solicitamos a sua cooperação no pagamento do saldo atual de US\$75,00.

Se você tiver informação de seguro adicional, ou se não puder pagar o montante devido favor contatar-nos imediatamente pelo telefone 1-800-486-1915. Você pode se qualificar para programas que podem ajudá-lo com esta obrigação. Favor ver o verso para assistência. Ou então nós iremos assumir que esta fatura é de sua responsabilidade.

O pagamento imediato do saldo devedor eliminará atividades futuras de cobrança. Favor incluir a parte de cima desta carta com o seu pagamento e enviar para:

South Shore Hospital  
Attn: Business Office  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para os seus cuidados de saúde.

### ► RESUMO DA COBRANÇA

<u>Data do Serviço</u>	<u>Número da Conta</u>	<u>Valor Devido</u>
06/02/2016		US\$75,00

### ► INFORMAÇÃO DO SEGURO

Nome da Seguradora: BLUE CROSS  
Id. do Inscrito:

### ► RESUMO DA CONTA

Data do Extrato: 08/10/2016  
Nome do Paciente:  
Data do Serviço: 06/02/2016  
Número da Conta:  
Total Devido: US\$75,00

Este é o seu saldo US\$75,00

0702

[BAR CODE]

South Shore Hospital - Escritório Comercial  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

SERVIÇO DE ENDEREÇO SOLICITADO

0101

DATA DO EXTRATO 10/08/2016	CONTA N°
VALOR DEVIDO US\$100,00	VALOR PAGO US\$

Favor ver o verso para pagamentos com cartão de crédito.  
Favor escrever o número de sua conta em seu cheque e fazê-lo  
pagável a: South Shore Hospital

[BAR CODE]

#BWNCYSP  
#014606882#

P O Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

[BAR CODE]

[BAR CODE]

FAVOR DESTACAR E DEVOLVER ESTA PARTE COM O SEU PAGAMENTO

0703

656911 (PC1)

Horário do Escritório Comercial: Seg.-Sex. 8h30-17h00  
1-800-486-1915

P.O Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021



**SEU EXTRATO**

O saldo de US\$100,00 para serviços prestados no South Shore Hospital está em atraso.

Esta conta poderá ser encaminhada para uma agência de cobrança se não for paga. Contate-nos imediatamente pelo telefone 1-800-486-1915 para providenciar o pagamento. Ou então, inclua o pagamento juntamente com a parte superior desta carta e envie para:

South Shore Hospital  
Attn: Business Office  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

Você pode se qualificar para programas que podem ajudá-lo com esta obrigação. Favor ver o verso para assistência.

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para os seus cuidados de saúde.

► RESUMO DA COBRANÇA

<u>Data do Serviço</u>	<u>Número da Conta</u>	<u>Valor Devido</u>
01/11/2015		US\$100,00

► INFORMAÇÃO DO SEGURO

Nome da Seguradora: HARVARD  
Id. do Inscrito: HP

► RESUMO DA CONTA

Data do Extrato:	10/08/2016
Nome do Paciente:	
Data do Serviço:	01/11/2015
Número da Conta:	
Total Devido:	US\$100,00

[BAR CODE] 5475-GRASMT-3201925-2231532123-: 15358729-1-422; 2231532123\_1: 1

0703

Este é o seu saldo

US\$100,00

[BAR CODE]

South Shore Hospital - Escritório Comercial  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

SERVIÇO DE ENDEREÇO SOLICITADO

DATA DO EXTRATO 02/08/2016	CONTA N°
VALOR DEVIDO US\$530,67	VALOR PAGO US\$

Favor ver o verso para pagamentos com cartão de crédito.  
Favor escrever o número de sua conta em seu cheque e fazê-  
lo pagável a: South Shore Hospital

#BWN CYSP  
#014755333#

[BAR CODE]

P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

[BAR CODE]

[BAR CODE]

FAVOR DESTACAR E DEVOLVER ESTA PARTE COM O SEU PAGAMENTO

0704

Horário do Escritório Comercial: Seg-Sex 8h30-17h00  
1-800-486-1915

656911 (PC1)

P.O Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021



**SEU EXTRATO**

A conta abaixo com o South Shore Hospital está extremamente atrasada. Nós lhe enviamos uma fatura anteriormente requerendo pagamento. Nós oferecemos esquemas alternativos de pagamento a cada vez, mas você deixou de responder.

Esta é a sua notificação final, esta conta poderá ser encaminhada para uma agência de cobrança se ela não for paga. Você pode se qualificar para programas que podem ajudá-lo com esta obrigação. Favor ver o verso para assistência.

Para remeter diretamente, inclua o número de sua conta no cheque e faça-o pagável a:

South Shore Hospital  
Attn: Business Office  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para os seus cuidados de saúde.

► **RESUMO DA COBRANÇA**

<u>Data do Serviço</u>	<u>Número da Conta</u>	<u>Valor Devido</u>
11/02/2016		US\$530,67

► **INFORMAÇÃO DO SEGURO**

Nome da Seguradora: BLUE CROSS  
Id. do Inscrito: CDQ

► **RESUMO DA CONTA**

Data do Extrato:	02/08/2016
Nome do Paciente:	
Data do Serviço:	11/02/2016
Número da Conta:	V
Total Devido:	US\$530,67

0704

Este é o seu saldo

US\$530,67

[BAR CODE]

South Shore Hospital - Escritório Comercial  
P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

SERVIÇO DE ENDEREÇO SOLICITADO

0101

#BWN CYSP  
#012674443#

[BAR CODE]

DATA DO EXTRATO 12/08/2016	CONTA N°
VALOR DEVIDO US\$322,39	VALOR PAGO US\$

Favor ver o verso para pagamentos com cartão de crédito.  
Favor escrever o número de sua conta em seu cheque e  
fazê-lo pagável a: South Shore Hospital

[BAR CODE]

P.O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

[BAR CODE]

FAVOR DESTACAR E DEVOLVER ESTA PARTE COM O SEU PAGAMENTO

0707

Horário do Escritório Comercial: Seg-Sex 8h30-17h00  
1-800-486-1915

656911 (PC1)



P.O Box 1021  
Pembroke, MA - 02359-1021

## SEU EXTRATO

Seu pagamento mensal devido ao South Shore Hospital.

Favor mandar o seu cheque ou ordem de pagamento para:

South Shore Hospital  
Attn: Business Office  
P O. Box 1021  
Pembroke, MA 02359-1021

Se você quiser pagar usando o cartão de crédito, favor preencher a informação no verso da carta e enviar para o endereço acima. Você pode se qualificar para programas que podem ajudá-lo com esta dívida. Favor ver o verso para assistência.

Deixar de fazer o pagamento combinado dentro do prazo pode resultar em atividades de cobrança adicionais.

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para os seus cuidados de saúde.

### ► RESUMO DA COBRANÇA

<u>Data do Serviço</u>	<u>Número da Conta</u>	<u>Valor Devido</u>
28/01/2011		US\$322.39

### ► INFORMAÇÃO DE SEGURO

Nome da Seguradora:	BC HMO BLU
Ident. do Inscrito	XXH

### ► RESUMO DA CONTA

Data do Extrato:	12/08/2016
Nome do Paciente:	
Data do Serviço:	28/01/2011
Número da Conta:	VI
Total Devido:	US\$322,39

[BAR CODE] 5475-GRASMTM-32046 27-22328758 37-; 15370228-1-420; 2232875837\_1; 1

0707

Este é o seu saldo

US\$322,39



## Anexo 5



## Disponibilidade de Assistência Financeira

O hospital é o cuidador que está na linha de frente prestando cuidados médicos necessários para todas as pessoas que se apresentam em suas instalações e locais, independente da capacidade de poderem pagar. O hospital oferece estes cuidados a **todos** os pacientes que aparecem em suas instalações 24 horas por dia, sete dias por semana e 365 dias por ano. Em consequência, o hospital está empenhado em oferecer a todos os nossos pacientes cuidados e serviços de alta qualidade. Como parte deste compromisso, o hospital trabalha com indivíduos que têm renda e recursos limitados a fim de encontrar opções disponíveis para cobrir os custos de seus cuidados.

O hospital ajudará indivíduos sem seguro ou com seguro insuficiente a solicitar cobertura de saúde através de programas de assistência pública ou do programa de assistência do hospital (incluindo, mas não limitado a MassHealth, o programa de assistência a pagamento de prêmio administrado pelo Health Connector, o Programa de Segurança Médica para Crianças, o Health Safety Net, e Dificuldade Médica), e trabalhará com os indivíduos para ajudá-los a se inscrever, conforme apropriado. Assistência para esses programas é determinada pela análise, entre outras coisas, da renda domiciliar do indivíduo, bens, tamanho da família, despesas e necessidades médicas.

O hospital irá auxiliar os pacientes na obtenção de cobertura de saúde através de programas públicos e assistência financeira através de outras fontes, incluindo o hospital, sempre que necessário. Também poderá ser necessário que o hospital faça o faturamento e a cobrança de pagamentos específicos, que podem incluir mas não estar limitados a copagamentos, franquias, cosseguros e outros valores pelos quais o paciente é responsável. Quando se registrar para receber serviços ou se receber uma fatura, o hospital encoraja os pacientes a contatar os nossos funcionários para determinar se eles e/ou um membro familiar têm necessidade ou se qualificam para assistência financeira.

**Embora nós entendamos que cada indivíduo tem uma situação financeira específica, informação e assistência referentes à elegibilidade para programas de assistência pública e/ou cobertura através do programa de assistência financeira do hospital pode ser obtida contatando o departamento de Aconselhamento Financeiro. Os nossos Conselheiros Financeiros estão disponíveis de segunda à sexta, das 9h00 às 18h00, e todos os sábados das 8h00 às 16h00. Favor contatar o Departamento de Aconselhamento Financeiro pelo telefone 781-624-4329 para marcar uma hora com um conselheiro de solicitação certificado. Por favor, não demore em falar com um conselheiro financeiro para explorar as suas opções. As inscrições em programas são sensíveis a limites de tempo.**

Maiores informações sobre esta política e o programa de assistência financeira do hospital, incluindo o formulário de solicitação e um resumo em linguagem simples da política de assistência financeira estão disponíveis no site do hospital: [www.southshorehospital.org](http://www.southshorehospital.org)

Obrigado por escolher o South Shore Hospital para as suas necessidades de cuidados de saúde.

## Anexo 6

## Política de Crédito, Cobrança e Assistência Financeira do South Shore Hospital

### **Valores Geralmente Cobrados (AGB):**

Para calcular os Valores Geralmente Cobrados (AGB), o South Shore Hospital usa o método “look-back”. Neste método, o Hospital deriva uma percentagem do AGB baseada na Taxa do Medicare para Cobrança de Serviços durante um período de 12 meses especificado, dividido pelas encargos brutos para aquelas solicitações. A percentagem resultante é multiplicada pelos encargos brutos de todos os cuidados de emergência e medicamento necessários para determinar os Valores Geralmente Cobrados. Os AGB são recalculados anualmente.

Para o período de 12 meses se encerrando em 30 de setembro de 2015, a percentagem de AGB é 42,3% baseada na seguinte informação:

Total Cobrado	Deduções	Porcentagem AGB
US\$ 364.897.510	US\$154.280.568	42,3%

Pacientes não serão cobrados mais do que o os Valores Geralmente Cobrados.

### **Desconto de Assistência Financeira do South Shore Hospital para Pacientes com Renda Limitada:**

Pacientes que se qualificam para este desconto terão as suas cobranças por serviços aplicáveis descontadas de acordo com a seguinte tabela. Os descontos são baseados no total das cobrança e não são aplicados sobre os saldos que já foram descontados devido à cobertura de seguro.

<b><i>Renda da Família como % do FPG</i></b>	<b><i>Desconto para South Shore Hospital</i></b>
0 a 133%	100%
134 a 250%	85%
251 a 300%	70%