

Política de Crédito e Cobrança Índice

<u>Seção</u>	<u>Título</u>
A.	Coleta de Informações sobre Cobertura de Seguro e Recursos Financeiros do Paciente
B.	Práticas de Faturamento e Cobrança do Hospital
C.	Populações Isentas de Ações de Cobrança
D.	Inadimplência Emergencial
E.	Ações Extraordinárias de Cobrança
F.	Agências Externas de Cobrança
G.	Depósitos e Planos de Parcelamento

Política de Crédito e Cobrança do Beth Israel Deaconess Medical Center

O Beth Israel Deaconess Medical Center, referido como BIDMC, tem o dever fiduciário interno de solicitar o reembolso de serviços prestados a pacientes que são capazes de pagar, das seguradoras responsáveis por cobrir custo dos cuidados ao paciente e de outros programas de assistência para os quais o paciente seja elegível. Para determinar se um paciente é capaz de pagar pelos serviços prestados, bem como para ajudar o paciente a encontrar opções de cobertura caso não seja segurado ou tenha cobertura insuficiente, o hospital seguirá os seguintes critérios para faturamento e cobrança dos pacientes. Ao obter informações financeiras pessoais do paciente e sua família, o hospital manterá todas as informações de acordo com as leis federais e estaduais relativas à privacidade, segurança e roubo de identidade aplicáveis. O BIDMC não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, condição de estrangeiro, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência nas suas políticas ou na aplicação de políticas relativas à aquisição e verificação de informações sobre recursos financeiros, depósitos pré-admissão ou pré-tratamento, planos de pagamento, admissões diferidas ou rejeitadas, qualificação como Paciente de Baixa Renda de acordo com a Agência do Medicaid de Massachusetts, determinação da condição de baixa renda, ou em suas práticas de faturamento e cobrança.

Esta Política de Crédito e Cobrança se aplica ao Beth Israel Deaconess Medical Center e a qualquer entidade que seja parte do número de licença ou de identificação fiscal do hospital.

A. Coleta de informações sobre Cobertura de Seguro e Recursos Financeiros do Paciente

- a) O BIDMC irá colaborar com o paciente para informá-lo de seu dever de fornecer as seguintes informações-chave:

Antes da prestação de quaisquer serviços de saúde (exceto para os serviços que visem estabilizar pacientes com uma condição médica de emergência ou que necessitem de cuidados urgentes), o paciente tem o dever de fornecer informações precisas e em tempo útil sobre sua condição de segurado atual, informações demográficas, mudanças na renda familiar ou cobertura de apólice de grupo (se houver), e, se conhecidas, informações sobre franquias ou coparticipações exigidas pelo seu seguro ou programa financeiro aplicável. As informações detalhadas para cada item devem incluir, mas não se limitar a:

- i) Nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se disponível), opções atuais de cobertura por plano de saúde, informações sobre cidadania e residência, e recursos financeiros aplicáveis do paciente que possam ser usados para pagar suas despesas;
- ii) Se aplicável, o nome completo do fiador do paciente, seu endereço, número de telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se disponível), opções atuais de cobertura por plano de saúde, e seus recursos financeiros aplicáveis que possam ser usados para pagar as despesas do paciente; e
- iii) Outros recursos que possam ser utilizados para pagar suas despesas, incluindo outros programas de seguros, apólices de seguro de automóveis ou imóveis se o tratamento foi devido a um acidente, programa de seguro para doenças relacionadas ao trabalho, apólices de seguro estudantil, e qualquer outra renda familiar, tal como heranças, doações ou distribuições de um fundo fiduciário disponível, entre outros.

O BIDMC irá informar ao paciente que este tem o dever de monitorar suas despesas hospitalares não pagas, incluindo quaisquer coparticipações, cosseguros e franquias existentes, e entrar em contato com o hospital caso necessite de assistência no pagamento de parte ou da

totalidade das suas despesas. O hospital informará o paciente da exigência de notificar quaisquer alterações na sua renda familiar ou condição de segurado à sua seguradora atual (se houver) ou à agência estadual que determinou sua elegibilidade para um programa público. O hospital também poderá ajudar o paciente a atualizar sua elegibilidade para um programa público quando houver qualquer alteração na sua renda familiar ou condição de segurado, desde que o paciente informe o hospital de tais mudanças no seu estado de elegibilidade.

O BIDMC irá colaborar com o paciente para garantir que este esteja ciente de seu dever de notificar o hospital e o programa aplicável do qual esteja recebendo assistência (por exemplo, MassHealth, Connector, Health Safety Net ou Health Safety Net Medical Hardship), de qualquer informação relacionada a mudanças na renda familiar, ou se tiverem apresentado um pedido de indenização de seguro que possa cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital. Se houver um terceiro (tal como, mas não limitado a seguro de automóvel ou imóvel) responsável por cobrir o custo do tratamento devido a um acidente ou outro incidente, o paciente irá colaborar com o hospital ou o programa aplicável (incluindo, mas não limitado a, MassHealth, Connector, Health Safety Net ou Health Safety Net Medical Hardship) para ceder o direito a recuperar o montante pago ou não pago por esses serviços.

O BIDMC irá informar o paciente de sua obrigação de notificar o Escritório da Health Safety Net ou a Agência do MassHealth quando se envolver em um acidente, ou sofrer uma doença, lesão, ou outra perda que tenha resultado ou possa resultar em uma ação judicial ou pedido de indenização de seguro. Nesses casos, o paciente deverá -

- i) Apresentar um pedido de indenização, se disponível;
- ii) Concordar em cumprir todos os requisitos da M.G.L. c.118E, incluindo, mas não se limitando a:
 - a. Ceder ao Escritório da Health Safety Net o direito de recuperar um montante igual ao do pagamento da Health Safety Net, fornecido a partir do resultado de qualquer pedido de indenização ou outro processo contra terceiros;
 - b. Fornecer informações sobre o pedido de indenização ou qualquer outro processo, e cooperar plenamente com o Escritório da Health Safety Net ou seu representante, salvo se o Escritório da Health Safety Net determinar que a cooperação não seria no melhor interesse do paciente, ou resultaria em danos graves ou prejuízo emocional a este;
 - c. Notificar a Health Safety Net ou a Agência do MassHealth por escrito no prazo de dez dias após a apresentação de qualquer pedido de indenização, ação civil, ou outro processo;
 - d. Reembolsar à Health Safety Net o montante recebido de terceiros por todos os Serviços Elegíveis prestados a partir da data do acidente ou outro incidente depois de se tornar um Paciente de Baixa Renda para fins de pagamento da Health Safety Net, desde que apenas os pagamentos da Health Safety Net fornecidos como resultado do acidente ou outro incidente sejam reembolsados.

b) Obrigações do Hospital:

O BIDMC fará todos os esforços possíveis e diligentes para coletar as informações do seguro do paciente e outras informações pertinentes para verificar a cobertura para os serviços de saúde a serem fornecidos pelo hospital. Tais esforços podem ocorrer durante o preenchimento inicial do cadastro do paciente em pessoa em um hospital para um serviço, ou em outro momento. Além disso, o hospital irá notificar o paciente sobre a disponibilidade de opções de

cobertura através de programas públicos de assistência ou do programa de assistência financeira do hospital, incluindo a cobertura através do MassHealth, o programa assistencial de pagamento *premium* operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net ou Health Safety Net Medical Hardship, em faturas de cobrança enviadas ao paciente ou seu fiador após a prestação dos serviços. Além disso, o hospital também realizará sua devida diligência através de sistemas de verificação financeira públicos ou privados, para determinar se é possível identificar o estado de elegibilidade do paciente para cobertura de seguro público ou privado. O hospital tentará reunir essas informações antes da prestação de qualquer serviço de saúde que não configure atendimento de urgência ou emergência. O hospital adiará qualquer tentativa de obter estas informações enquanto um paciente estiver sendo tratado por uma condição médica de emergência, ou se necessitar de cuidados urgentes.

A devida diligência do BIDMC incluirá, mas não se limitará a, solicitar informações sobre a condição de segurado do paciente e verificar qualquer banco de dados de seguros públicos ou privados disponíveis. O BIDMC buscará obter pagamento de terceiros pagadores para todos os serviços cobertos, e cumprirá os requisitos de faturamento e de autorização da seguradora. O BIDMC recorrerá de qualquer recusa de pagamento quando o serviço for pagável, em parte ou em sua totalidade, por uma seguradora conhecida que possa se responsabilizar pelos custos dos cuidados ao paciente. Sempre que possível, o BIDMC ajudará o paciente a recorrer de recusas ou outros julgamentos adversos por parte da sua seguradora, reconhecendo que os planos de seguros muitas vezes requerem que esses recursos sejam apresentados pelos pacientes. Quando a equipe de admissão ou cadastro do hospital for informada pelo paciente, esta também deverá colaborar com o mesmo para assegurar que as informações relevantes sejam comunicadas aos programas públicos apropriados, tais como quaisquer alterações na renda familiar ou na condição de segurado, incluindo quaisquer ações judiciais ou pedidos de indenização de seguro que possam cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital.

Se o paciente ou o fiador/responsável não for capaz de fornecer as informações necessárias, e o paciente consentir, o hospital irá tentar entrar em contato com parentes, amigos, fiador/responsável e/ou outros terceiros apropriados para obter informações adicionais.

Todos os esforços de diligência do BIDMC para investigar se um seguro de terceiros ou outro recurso pode ser responsável pelo custo dos serviços prestados pelo hospital deverão incluir, mas não se limitar a obter do paciente informações sobre a existência de uma apólice aplicável para cobrir o custo dos pedidos de indenização de seguro, incluindo: (1) apólice de seguro de veículo ou imóvel, (2) apólice de seguro de proteção contra acidentes ou danos pessoais, (3) programas de seguro para doenças relacionadas ao trabalho, e (4) apólices de seguro estudantil, entre outras. Se o hospital for capaz de identificar um terceiro responsável, ou tiver recebido pagamento de terceiro ou outro recurso (incluindo seguradoras privadas ou outros programas públicos), o hospital informará o pagamento ao programa aplicável e o compensará, se aplicável segundo os requisitos do processamento de pedidos de indenização do programa, de qualquer indenização que possa ter sido paga pelo terceiro ou outro recurso. Para programas públicos estaduais de assistência que tenham efetivamente pago pelo custo dos serviços, não será exigido que o hospital obtenha a cessão do direito do paciente à cobertura de serviços de terceiros. Nestes casos, o paciente deverá estar ciente que o programa estadual aplicável poderá tentar obter tal cessão para os custos dos serviços prestados.

B. Práticas de Faturamento e Cobrança do Hospital

O BIDMC tem um processo uniforme e consistente para apresentar e cobrar pedidos de indenização de seguro feitos aos pacientes, independentemente da sua condição de segurado. Especificamente, se o

paciente tiver um saldo devedor atual relacionado aos serviços a ele prestados que não esteja coberto por uma opção de cobertura pública ou privada, o hospital seguirá os seguintes procedimentos razoáveis de coleta/faturamento, que incluem:

- a) Uma fatura inicial enviada ao paciente ou o responsável pelas obrigações financeiras pessoais do paciente; a fatura inicial incluirá informações sobre a disponibilidade de assistência financeira (incluindo, mas não limitado ao MassHealth, o programa assistencial de pagamento *premium* operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net e Health Safety Net Medical Hardship) para cobrir os custos da fatura do hospital;
- b) Faturamentos subsequentes, telefonemas, cartas de cobrança, notificações por contato pessoal, notificações via computador, ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno para contatar a parte responsável pela fatura em aberto, que também incluirá informações sobre como o paciente poderá entrar em contato com o hospital caso precise de assistência financeira; e
- c) Se possível, documentação dos esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação ou o endereço correto para faturas devolvidas pelos Correios como "endereço incorreto" ou "não entregue";
- d) O envio de uma última notificação por carta registrada para pacientes não segurados (que não estejam inscritos em um programa como Health Safety Net ou MassHealth) que tenham contraído um saldo inadimplente emergencial de mais de \$1.000 somente em Serviços de Nível Emergencial, onde notificações não tenham sido devolvidas como "endereço incorreto" ou "não entregue". A notificação deverá incluir informações sobre a disponibilidade de assistência financeira para o paciente;
- e) A documentação de ações contínuas de faturamento ou cobrança efetuadas por 120 dias a partir da data do serviço será mantida e disponibilizada ao programa federal e/ou estadual aplicável para a verificação desses esforços; e
- f) Consulta ao Sistema de Verificação de Elegibilidade de Massachusetts (SVE) para garantir que o paciente não é um Paciente de Baixa Renda e que não solicitou cobertura pelo MassHealth, o programa assistencial de pagamento *premium* operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net ou Health Safety Net Medical Hardship, antes de apresentar um pedido de indenização de seguro ao Escritório da Health Safety Net para cobertura por inadimplência.
- g) Para todos os pacientes inscritos em programas públicos de assistência, o BIDMC irá cobrar somente a coparticipação, cosseguro ou franquia específica descrita nos regulamentos estaduais aplicáveis, e que possam também constar do Sistema de Informação de Gestão da Medicaid no estado.

O BIDMC irá buscar um pagamento especificado para aqueles pacientes que não se qualifiquem para a inscrição em um programa de assistência pública do estado de Massachusetts, como residentes de outros estados, mas que de outra forma satisfaçam as categorias gerais de elegibilidade financeira para um programa de assistência pública estadual. O BIDMC irá notificar esses pacientes se tais recursos adicionais estiverem disponíveis com base na sua renda e outros critérios, conforme descrito na política de assistência financeira do hospital.

Os pacientes também podem ser elegíveis para assistência financeira do BIDMC, de acordo com a política de assistência financeira do BIDMC.

C. Populações Isentas de Ações de Cobrança

As seguintes populações de pacientes estão isentas de quaisquer procedimentos de cobrança ou faturamento, de acordo com a regulamentação e as políticas estaduais: pacientes inscritos em programas públicos de seguro de saúde, incluindo, mas não limitado a, MassHealth, Emergency Aid to

the Elderly, Disabled and Children (EAEDC); Children's Medical Security Plan (CMSP), se a renda MAGI for igual ou inferior a 300% do Nível Federal de Pobreza (NFP); Pacientes de Baixa Renda, conforme determinado pelo MassHealth e Health Safety Net, incluindo aqueles com Renda Familiar ou Renda Familiar Contável para o Health Safety Net Medical Hardship MAGI de 150,1 a 300% do NFP; e Health Safety Net Medical Hardship, sujeito às seguintes exceções:

- a) O BIDMC poderá efetuar ações de cobrança das coparticipações e franquias estabelecidas por cada programa específico contra qualquer paciente inscrito nos programas mencionados acima;
- b) O BIDMC poderá também iniciar faturamento ou cobrança contra um paciente que alegue fazer parte de um programa de assistência financeira que cubra os custos dos serviços hospitalares, mas que não apresente provas de tal participação. Após receber provas suficientes de que o paciente faz parte de um programa de assistência financeira, (incluindo recibos ou verificação de um pedido de inscrição assinado), o BIDMC deverá cessar suas ações de faturamento ou cobrança;
- c) O BIDMC poderá continuar a ação de cobrança contra qualquer Paciente de Baixa Renda por serviços prestados antes da sua inclusão nessa categoria, desde que a condição de Paciente de Baixa Renda atual tenha sido encerrada, tenha expirado, ou não possa ser identificada no Sistema de Verificação de Elegibilidade, ou no Sistema de Informação de Gestão da Medicaid. No entanto, uma vez que o paciente seja considerado elegível e inscrito no MassHealth, o programa assistencial de pagamento *premium* operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program, ou Health Safety Net Medical Hardship, o BIDMC cessará as ações de cobrança de serviços prestados antes do início da sua elegibilidade (com exceção de quaisquer coparticipações e franquias).
- d) O BIDMC poderá efetuar ações de cobrança contra qualquer paciente que faça parte dos programas listados acima por serviços não cobertos pelos quais o paciente tenha concordado em se responsabilizar, desde que o hospital tenha obtido seu consentimento prévio e por escrito para a cobrança de tal serviço (s). No entanto, mesmo nestas circunstâncias, o BIDMC não cobrará do paciente os pedidos de indenização de seguro relacionados a erros médicos, ou pedidos negados pela seguradora primária do paciente devido a um erro administrativo, ou de faturamento.
- e) A pedido do paciente, o BIDMC poderá faturar um Paciente de Baixa Renda a fim de permitir que este alcance a franquia única exigida pelo CommonHealth descrita no 130 CMR 506.009.

D. Inadimplência Emergencial

O BIDMC apresentará pedidos de indenização de seguro por Inadimplência Emergencial, como definida no 101 CMR 613.06 (2). O BIDMC não apresentará pedidos de indenização pela franquia ou a parte do cosseguro de um pedido de indenização pelas quais um Paciente de Baixa Renda, ou segurado for responsável.

- a) Para os serviços de Internação, os conselheiros financeiros do BIDMC farão todos os esforços razoáveis para obter informações financeiras para determinar a responsabilidade pelo pagamento do paciente ou fiador, antes ou, se necessário, no momento da alta. Se o paciente ou o fiador/responsável não for capaz de fornecer as informações necessárias, e o paciente consentir, o hospital fará esforços razoáveis para contatar familiares, amigos, fiador/responsáveis e/ou outros terceiros apropriados para obter informações adicionais.
- b) Para serviços Ambulatoriais e de Emergência, a equipe de cadastro do BIDMC fará esforços razoáveis o mais rapidamente possível para obter informações financeiras para determinar a responsabilidade pelo pagamento do paciente ou fiador.

E. Ações extraordinárias de cobrança

- a) O BIDMC não efetuará quaisquer "ações extraordinárias de cobrança" até que tenha feito esforços razoáveis e conduzido uma avaliação razoável da situação financeira do paciente e de outras informações necessárias para determinar a elegibilidade para assistência financeira, que irão determinar se um paciente tem direito a assistência financeira ou isenção de quaisquer

ações de cobrança, ou faturamento no âmbito desta política de crédito e cobrança. O Diretor Financeiro tem autoridade final para decidir se o BIDMC fez esforços para determinar se um indivíduo é elegível para assistência financeira no âmbito da Política de Assistência Financeira do BIDMC e, portanto, pode iniciar uma ação extraordinária de cobrança contra tal indivíduo. O BIDMC manterá toda e qualquer documentação usada nesta determinação em conformidade com a política aplicável de retenção de registros do hospital.

- b) O BIDMC irá aceitar e processar uma requisição de assistência financeira no âmbito da sua política de apoio financeiro apresentada por um paciente durante todo o "período de requisição". O "período de requisição" terá início na data da prestação dos cuidados e se encerrará 240 dias a partir da data da apresentação do primeiro extrato de cobrança pós-alta, sujeito aos seguintes requisitos especiais adicionais. O período de requisição não se encerrará antes de 30 dias após o hospital fornecer ao paciente a notificação de 30 dias descrita abaixo. No caso de um paciente que tenha sido considerado presuntivamente elegível para menos do que a assistência mais generosa no âmbito da política de assistência financeira, a requisição não se encerrará antes do fim de um período razoável para que o paciente solicite uma assistência financeira mais generosa, como descrito abaixo.
- c) As ações extraordinárias de cobrança incluem:
 - i) Vender a dívida de um paciente para outra parte (exceto se os requisitos especiais estabelecidos abaixo forem cumpridos);
 - ii) Comunicar a dívida a agências ou serviços de proteção ao crédito;
 - iii) Adiar, recusar, ou exigir pagamento antes de fornecer cuidados médicos necessários devido à falta de pagamento de uma ou mais despesas referentes a cuidados anteriormente cobertos pela política de assistência financeira do hospital (o que é considerado uma ação extraordinária de cobrança pelos cuidados fornecidos anteriormente)
 - iv) Ações que exigem processo legal ou judicial, incluindo:
 - (1) Requerer a penhora de bens do paciente;
 - (2) Efetuar execução hipotecária de imóveis;
 - (3) Bloquear ou confiscar contas bancárias, ou quaisquer outros bens pessoais;
 - (4) Iniciar ação judicial contra o paciente;
 - (5) Requerer a prisão do paciente;
 - (6) Requerer um mandado de busca e apreensão; e
 - (7) Penhorar o salário do paciente.
 - v) O BIDMC tratará a venda da dívida de um paciente para outra parte como uma ação extraordinária de cobrança, a menos que o hospital celebre um contrato vinculante por escrito com o comprador da dívida, segundo o qual (i) o comprador seja proibido de participar de quaisquer ações extraordinárias de cobrança para obter o pagamento pelos cuidados; (ii) o comprador seja proibido de cobrar juros sobre a dívida a uma taxa superior à taxa do IRS aplicável a pagamentos insuficientes (iii) a dívida seja reembolsável ou revogável pelo hospital caso o paciente venha a ser considerado elegível para assistência financeira; e (iv) caso o paciente venha a ser considerado elegível para assistência financeira e a dívida não for reembolsada ou revogada pelo hospital, o comprador será obrigado a observar procedimentos que garantam que o paciente não pague mais do que o montante das suas obrigações no âmbito da política de assistência financeira.
 - vi) As ações extraordinárias de cobrança incluem ações tomadas para obter o pagamento pelos cuidados contra qualquer outro paciente que tenha aceitado, ou seja obrigado a aceitar a responsabilidade pelas despesas hospitalares do paciente.
- d) O BIDMC irá se abster de iniciar quaisquer ações extraordinárias de cobrança contra um paciente por um período de pelo menos 120 dias a partir da data do envio do primeiro extrato de cobrança pós-alta, exceto quando requisitos especiais forem aplicáveis ao adiamento ou

recusa de cuidados médicos necessários devido à falta de pagamento, conforme descrito abaixo.

- e) Além de se abster de iniciar quaisquer ações extraordinárias de cobrança pelo período de 120 dias, descrito acima, o BIDMC irá se abster de iniciar quaisquer ações extraordinárias de cobrança por um período de pelo menos 30 dias após haver notificado o paciente da sua política de assistência financeira da seguinte maneira: o hospital (i) fornece ao paciente uma notificação por escrito indicando que a ajuda financeira está disponível para pacientes elegíveis, identificando as ações extraordinárias de cobrança que o hospital (ou outra parte autorizada) pretende iniciar para obter o pagamento pelos cuidados, e estabelecendo um prazo após o qual podem ser iniciadas ações extraordinárias de cobrança de no mínimo 30 dias após a data do fornecimento da notificação por escrito; (ii) fornece ao paciente um resumo da política de assistência financeira em linguagem simples; e (iii) faz um esforço razoável para notificar verbalmente o paciente sobre a política de assistência financeira e sobre como o paciente pode obter ajuda no processo de requisição da política de assistência financeira; exceto quando requisitos especiais se aplicarem ao adiamento ou recusa de cuidados médicos necessários, conforme descrito abaixo.
- f) O BIDMC atenderá aos seguintes requisitos especiais em caso de adiamento ou recusa de cuidados devido à falta de pagamento por cuidados anteriores que eram elegíveis para assistência financeira. O hospital poderá fornecer uma notificação com menos do que os 30 dias descritos acima se fornecer ao paciente um formulário de requisição de assistência financeira e uma declaração por escrito indicando que a assistência financeira está disponível para pacientes elegíveis. A notificação por escrito deverá indicar um prazo após o qual o hospital não irá mais aceitar e processar a requisição de assistência financeira, o qual não será antes do fim do período de requisição ou 30 dias após a data de fornecimento da notificação por escrito. Se o paciente apresentar uma requisição antes do prazo, o hospital irá processá-la de forma acelerada.
- g) Se um paciente apresentar uma requisição completa ou incompleta de assistência financeira no âmbito da política de assistência financeira do hospital durante o período de requisição, o BIDMC suspenderá quaisquer ações extraordinárias de cobrança para obter o pagamento pelos cuidados. Nesse caso, o hospital não iniciará ou tomará novas medidas sobre quaisquer ações extraordinárias de cobrança iniciadas anteriormente até que (i) o hospital tenha determinado se o paciente é elegível para assistência financeira no âmbito da política de assistência financeira, ou (ii) no caso de uma requisição de assistência financeira incompleta, o paciente não tenha atendido as solicitações de documentação e/ou informações adicionais dentro de um período razoável de tempo. O BIDMC também tomará medidas diferenciadas para requisições completas e incompletas, conforme descrito abaixo.
- h) Caso o paciente apresente uma requisição de assistência financeira completa durante o período de requisição, o BIDMC irá determinar se o paciente é elegível para assistência financeira. Se o hospital determinar que o paciente tem direito a assistência que não seja atendimento gratuito, o hospital irá (i) fornecer ao paciente um extrato de cobrança indicando o montante devido pelos cuidados como paciente elegível para a assistência financeira e os Valores Geralmente Cobrados pelos cuidados, ou descrevendo como o paciente poderá obter informações sobre os mesmos, (ii) tomar todas as medidas possíveis para reverter qualquer ação extraordinária de cobrança (com as exceções de venda da dívida e adiamento, recusa, ou exigência de pagamento antes do fornecimento de cuidados médicos necessários, devido à falta de pagamento de cuidados prestados anteriormente para os quais o paciente era elegível para assistência financeira) tomada contra o paciente para obter pagamento pelos cuidados. As medidas possíveis para reverter tal ação extraordinária de cobrança incluirão medidas para revogar qualquer decisão judicial, desistir de qualquer penhora, e remover do relatório de crédito do

paciente qualquer informação adversa que tenha sido comunicada a uma agência ou serviço de proteção ao crédito.

- i) Caso o paciente apresente uma requisição de assistência financeira incompleta durante o período de requisição, o hospital também irá fornecer ao paciente uma notificação por escrito, descrevendo as informações e/ou documentação adicional, exigidas no âmbito da política de assistência financeira e que inclua informações de contato.
- j) O BIDMC poderá determinar de forma presuntiva que um paciente é elegível para a assistência financeira no âmbito da política de assistência financeira, com base em informações além daquelas fornecidas pelo paciente ou em uma determinação prévia de elegibilidade. Caso o paciente seja considerado elegível para menos do que a assistência mais generosa disponível no âmbito da política de assistência financeira, o hospital irá: (i) notificar o paciente sobre a base para a determinação de elegibilidade presuntiva e os meios para requisitar a assistência mais generosa disponível no âmbito da política de assistência financeira; (ii) dar ao paciente um período de tempo razoável para requisitar assistência mais generosa antes de iniciar ações extraordinárias de cobrança para obter o montante descontado devido; e (iii) caso o paciente apresente uma requisição completa de assistência financeira mais generosa durante o período de requisição, determinar se o paciente é elegível para o desconto mais generoso.
- k) O BIDMC não irá penhorar o salário de um Paciente de Baixa Renda ou de seu fiador, ou executar a penhora da residência, ou do veículo pessoal do Paciente de Baixa Renda, ou seu fiador, a não ser que: (1) o hospital possa demonstrar que o paciente ou seu fiador é capaz de realizar o pagamento, (2) o paciente/fiador não responda aos pedidos de informação do hospital, ou o paciente/fiador se recuse a cooperar com o hospital na procura de um programa de assistência financeira disponível, e (3) para fins de garantia, tais ações tenham sido aprovadas pelo Conselho de Administração do hospital com base na análise individual do caso de cada paciente.
- l) O BIDMC e seus agentes não deverão continuar os esforços de cobrança ou faturamento relacionados a um paciente em processo de falência, exceto para garantir seu direito como credor na ordem apropriada (ações semelhantes também poderão ser tomadas pelo programa de assistência pública aplicável que tenha pago pelos serviços). O hospital e os seus agentes também não cobrarão juros sobre o saldo devedor de um Paciente de Baixa Renda, ou de pacientes que satisfaçam os critérios para cobertura através do programa de assistência financeira interna do próprio hospital.
- m) O BIDMC mantém a conformidade com os requisitos de faturamento aplicáveis e segue as exigências estaduais e federais aplicáveis referentes ao não pagamento de serviços específicos resultantes ou diretamente relacionados a um Evento Grave Relatável (EGR), a correção do EGR, uma complicação decorrente do EGR, ou uma readmissão ao mesmo hospital para serviços associados ao EGR. Os EGRs que não ocorrerem no hospital estarão excluídos desta determinação de não pagamento, desde que a unidade de tratamento e o estabelecimento responsável pelo EGR não tenham o mesmo proprietário ou a mesma empresa controladora. O hospital também não buscará pagamentos através do programa Health Safety Net de um Paciente de Baixa Renda cujos pedidos de indenização tenham sido inicialmente negados por um programa de seguro devido a um erro administrativo de cobrança pelo hospital.

F. Agências Externas de Cobrança

O BIDMC poderá contratar agências externas de cobrança para auxiliar na cobrança de determinadas despesas, incluindo montantes de responsabilidade do paciente não resolvidos após 120 dias de ações de cobrança contínuas. O hospital também poderá celebrar contratos vinculantes com agências externas de cobrança. Qualquer contrato permitindo a venda de dívida que não for tratada como uma ação extraordinária de cobrança irá atender aos requisitos descritos acima. Em todos os outros casos, se o hospital vender ou transferir a dívida de um paciente para outra parte, o acordo com a outra parte

deverá ser formulado de modo a assegurar que não sejam realizadas ações extraordinárias de cobrança até que tenham sido feitos todos os esforços possíveis para determinar se o paciente é elegível para a assistência financeira, incluindo os seguintes: (i) se o paciente apresentar uma requisição antes do fim do período de requisição, a parte suspenderá as ações extraordinárias de cobrança; (ii) se o paciente apresentar uma requisição de assistência financeira antes do fim do período de requisição e for considerado elegível para assistência financeira, a parte observará procedimentos para assegurar que o paciente não pague à parte e ao hospital conjuntamente mais do que o exigido no âmbito da política de assistência financeira, e para reverter quaisquer ações extraordinárias de cobrança; e (iii) se a parte transferir ou vender a dívida para outra parte, a parte deverá obter um acordo por escrito que satisfaça todos os requisitos acima. Todas as agências externas de cobrança contratadas pelo hospital deverão fornecer ao paciente a oportunidade de apresentar uma queixa formal, e enviar para o hospital os resultados de tais queixas. O hospital exigirá que qualquer agência externa de cobrança que vier a contratar esteja operando em conformidade com os requisitos federais e estaduais de cobrança justa de dívidas.

G. Depósitos e Planos de Parcelamento

De acordo com os regulamentos da Health Safety Net de Massachusetts referentes a pacientes que: (1) satisfaçam os critérios para a condição de "Paciente de Baixa Renda" ou (2) estejam qualificados para a Health Safety Net Medical Hardship, o BIDMC fornecerá ao paciente informações sobre depósitos e planos de pagamento com base na situação financeira documentada do paciente. Qualquer outro plano será baseado no próprio programa de assistência financeira interna do hospital, e não se aplicará a pacientes que sejam capazes de pagar.

a) Serviços Emergenciais

O BIDMC não exigirá depósitos pré-admissão e/ou pré-tratamento de pacientes que necessitem de Serviços de Nível Emergencial, ou que satisfaçam os critérios para a condição de Paciente de Baixa Renda.

b) Depósitos de Pacientes de Baixa Renda

O BIDMC poderá solicitar um depósito de pacientes que satisfaçam os critérios para a condição de Pacientes de Baixa Renda. Tais depósitos serão limitados a 20% do montante dedutível, até \$500. Todos os saldos remanescentes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento, estabelecidas no 101 CMR 613.08 (1)(g).

c) Depósitos para Pacientes com Health Safety Net Medical Hardship

O BIDMC poderá solicitar um depósito de pacientes elegíveis para a Health Safety Net Medical Hardship. Os depósitos serão limitados a 20% da contribuição da Health Safety Net Medical Hardship até \$1.000. Todos os saldos remanescentes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas em CMR 101 613,08 (1)(g).

d) Planos de pagamento para Pacientes de Baixa Renda de acordo com o Programa Health Safety Net de Massachusetts

A pacientes com um saldo de \$1.000 ou menos após o depósito inicial, será oferecido um plano de pagamento de pelo menos um ano sem juros, com pagamento mínimo mensal de não mais que US\$25. Um plano de pagamento de pelo menos dois anos sem juros será oferecido a pacientes com um saldo de mais de \$1.000 após o depósito inicial.

e) Planos de pagamento para Pacientes de Baixa Renda Parcial da HSN em conformidade com o Programa Health Safety Net de Massachusetts para serviços prestados em um Centro Hospitalar de Saúde Licenciado

Todos os pacientes de Baixa Renda Parcial da Health Safety Net serão cobrados 100% da sua responsabilidade até que a totalidade da franquia seja alcançada.