

## Crédito FY16 e Política de Cobrança Índice

<b><u>Seção</u></b>	<b><u>Título</u></b>
A.	Informação de Cobrança dos Recursos Financeiros do Paciente e Cobertura de Seguro
B.	Faturamento do Hospital e Práticas de Cobrança
C.	População Isenta de Atividade de Cobrança
D.	Inadimplência Emergencial
E.	Ações de Cobrança Extraordinárias
F.	Agências de Cobrança Externas
G.	Depósitos e Parcelamentos

<b><u>Apêndices</u></b>	<b><u>Descrição do Anexo</u></b>
1.	Notificação da Assistência sobre Fatura de Cobrança
2.	Serviços Elegíveis e Programas de Fatura
3.	Notificação da Assistência em Ações de Cobrança
4.	Notificação de Plano de Pagamento para Pacientes de Baixa Renda e com Falta de Cuidados Médicos
5.	Sinalização

## **Política de Crédito e Cobrança do Beth Israel Deaconess Medical Center**

Beth Israel Deaconess Medical Center, doravante referido como BIDMC, tem um dever fiduciário interno de solicitar o reembolso de serviços prestados a pacientes que são capazes de pagar, de seguradoras de terceiros responsáveis que cobrem custo dos cuidados do paciente e de outros programas de assistência para o qual o paciente é elegível. Para determinar se um paciente é capaz de pagar pelos serviços prestados, bem como para ajudar o paciente a encontrar opções de cobertura alternativas se eles são segurados ou não têm cobertura, o hospital segue os seguintes critérios relacionados com o faturamento e cobrança de pacientes. Na obtenção informação financeira pessoal do paciente e família, o hospital mantém todas as informações de acordo com privacidade aplicável federal e estadual, segurança e leis de roubo de identidade. BIDMC não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, alienação, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência nas suas políticas ou na sua aplicação de políticas relativas à aquisição e verificação de informação de recursos financeiros, pré-admissão ou pré-tratamento de depósitos, planos de pagamento, admissão diferidos ou rejeitados, estado de baixa renda do paciente, conforme determinado pelo Escritório da Medicaid em Massachusetts, determinação de que um paciente é de baixa renda, ou em suas práticas de faturamento e cobrança.

Esta política de Créditos e Cobranças se aplica ao Beth Israel Deaconess Medical Center e qualquer entidade que seja parte do número de licença ou de identificação fiscal do hospital.

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

- a) BIDMC trabalhará com os pacientes para informá-los de seu dever de fornecer as seguintes informações-chave:

Antes da entrega de quaisquer serviços de saúde (exceto para os serviços que são fornecidos para estabilizar um paciente determinado a ter uma condição médica de emergência ou que necessitem de serviços de cuidados urgentes), o paciente tem o dever de fornecer informações oportunas e precisas sobre o seu estado de seguro atual, informações demográficas, mudanças na renda familiar ou cobertura de política de grupo (se houver), e, se conhecido, informações sobre franquias ou co-pagamentos que são necessários pelo seu seguro aplicável ou programa financeiro. As informações detalhadas para cada item deve incluir, mas não limitar-se a:

- i) Nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de segurança social (se disponível), opções atuais de cobertura do plano de saúde, informação de cidadania e residência, e recursos financeiros aplicáveis do paciente que podem ser usados para pagar a sua fatura;
- ii) Se aplicável, o nome completo do fiador do paciente, seu endereço, número de telefone, data de nascimento, número de segurança social (se disponível), opções de cobertura do plano de saúde atuais, e os seus recursos financeiros aplicáveis que podem ser usados para pagar a conta do paciente; e
- iii) Outros recursos que podem ser utilizados para pagar suas contas, incluindo outros programas de seguros, apólices de seguro de automóveis ou imóveis se o tratamento for devido a um acidente, programas de compensação do trabalhador, apólices de seguro estudantil, e qualquer outra renda familiar tal como heranças, presentes ou distribuições de uma relação de confiança disponível, entre outros.

BIDMC irá informar os pacientes que eles têm o dever de manter o controle de suas contas hospitalares não pagas, incluindo quaisquer co-pagamentos, co-seguro e franquias existentes, e entrar em contato com o hospital caso necessitem de assistência no pagamento de parte ou

totalidade da sua conta. O hospital irá avisar o paciente de sua necessidade de informar a sua seguradora de saúde atual (se houver uma) ou a agência estadual que determinou o estado de elegibilidade do paciente em um programa público, de quaisquer alterações na renda familiar ou o estado do seguro. O hospital também pode ajudar o paciente com a atualização da sua elegibilidade em um programa público quando houver qualquer alteração na renda familiar ou o estado do seguro, desde que o paciente informe o hospital de tais mudanças no estado de elegibilidade do paciente.

BIDMC trabalhará com o paciente para garantir que eles estejam conscientes de seu dever de notificar o hospital e o programa aplicável em que estão recebendo assistência (por exemplo, MassHealth, Connector, Rede de Segurança da Saúde, ou falta de cuidados médicos), de qualquer informação relacionada a uma mudança na renda familiar, ou se eles são parte de uma reivindicação de seguro que possa cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital. Se houver uma terceira parte (tal como, mas não limitado a, seguro de automóvel ou casa) que é responsável por cobrir o custo do tratamento em caso de acidente ou qualquer outro incidente, o paciente irá trabalhar com o hospital ou programa aplicável (incluindo, mas não limitado a, MassHealth, Connector, ou Rede de Segurança de Saúde) para atribuir o direito de recuperar o valor pago ou não pago por esses serviços.

BIDMC irá notificar o paciente de sua obrigação de notificar o escritório da Rede de Segurança de Saúde ou Agência MassHealth quando o paciente se envolver em um acidente, ou sofrer de uma doença ou lesão, ou outra perda que tenha ou possa resultar em uma ação ou reivindicação de seguro. Nesses casos, o paciente deve -

- 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. Atribuir ao Escritório da Rede de Segurança de Saúde o direito de recuperar uma quantia igual ao do pagamento da Rede de Segurança de Saúde, fornecido a partir do resultado de qualquer reivindicação ou outro procedimento contra terceiros;
    - b. Fornecer informação sobre a reivindicação ou qualquer outro processo, e cooperar plenamente com o Escritório da Rede de Segurança de Saúde ou ao seu representante, salvo se o Escritório da Rede de Segurança de Saúde determina que a cooperação não seria no melhor interesse de, ou resultaria em danos graves ou prejuízo emocional ao Paciente
    - c. Notificar a Rede de Segurança de Saúde ou a Agência MassHealth por escrito no prazo de dez dias após a apresentação de qualquer reclamação, ação civil, ou outro processo, e
    - d. Reembolsar a Rede de Segurança de Saúde do dinheiro recebido de um terceiro para todos os Serviços Elegíveis fornecidos a partir da data do acidente ou outro incidente depois de se tornar um Paciente de Baixo Rendimentos para fins de pagamento da Rede de Segurança de Saúde, desde que apenas os pagamentos da Rede de Segurança de Saúde fornecidos como um resultado do acidente ou outro incidente será reembolsado.
- b) Obrigações do Hospital:
- BIDMC fará todos os esforços razoáveis e diligentes para coletar o seguro do paciente e outras informações para verificar a cobertura para os serviços de saúde a ser fornecida pelo hospital. Estes esforços podem ocorrer durante o registro inicial e pessoal do paciente em um hospital para um serviço, ou pode ocorrer em outros momentos. Além disso, o hospital irá notificar o

paciente sobre a disponibilidade de opções de cobertura através de uma assistência pública disponível ou programa de assistência financeira do hospital, incluindo a cobertura através do MassHealth, o programa de assistência de pagamento premium operado pelo Health Connector, o Programa de Segurança Médica Infantil, Rede de Segurança de Saúde, ou falta de cuidados médicos, em faturas de cobrança que são enviadas para o paciente ou o fiador após a entrega dos serviços. Além disso, o hospital também vai realizar a sua devida diligência através de sistemas de verificação financeiros públicos ou privados existentes para determinar se ele é capaz de identificar o estado de elegibilidade do paciente para cobertura de seguro pública ou privada. O hospital vai tentar recolher essas informações antes da entrega de qualquer serviço de saúde não emergente e não urgentes. O hospital vai atrasar qualquer tentativa de obter esta informação enquanto um paciente está sendo tratado de uma condição médica de emergência ou se necessita de cuidados urgentes.

Os esforços de diligência do BIDMC irão incluir, mas não estão limitados a, solicitar informações sobre o estado de seguros do paciente e verificar qualquer banco de dados de seguros públicos ou privados disponíveis. BIDMC vai buscar o pagamento de contribuintes terceiros para todos os serviços cobertos e irá cumprir com os requisitos de faturação e de autorização da seguradora. BIDMC vai apelar sobre qualquer pedido negado quando o serviço é pagável em sua totalidade ou em parte por uma companhia de seguros conhecida que possa ser responsável pelos custos dos cuidados do paciente. Sempre que possível, BIDMC ajudará o paciente apelando sobre negações ou outros julgamentos adversos com o seu plano de seguro, reconhecendo que o plano de seguro muitas vezes requer que esses recursos sejam feitos pelo paciente. Quando a equipe de admissão ou registro do hospital é informada pelo paciente, ela também deve trabalhar com o paciente para assegurar que informações relevantes sejam comunicada aos programas públicos apropriados, tais como quaisquer alterações na renda familiar ou o estado do seguro, incluindo qualquer ação ou reivindicação de seguro que pode cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital.

Se o paciente ou o fiador/tutor é incapaz de fornecer as informações necessárias, e o paciente consentir, o hospital fará os esforços razoáveis para contatar parentes, amigos, fiador/tutor e/ou outros terceiros apropriados para obter informações adicionais.

Os esforços razoáveis de diligência do BIDMC em investigar se um seguro de terceiros ou outro recurso pode ser responsável pelo custo dos serviços prestados pelo hospital devem incluir, mas não se limitar a, determinar a partir do paciente se há uma política aplicável para cobrir o custo das reivindicações, incluindo: (1) responsabilidade política de veículo a motor ou do dono da casa, (2) políticas de acidentes gerais ou proteção de danos pessoais, (3) programas de compensação do trabalhador, e (4) políticas de seguro estudantil, entre outros. Se o hospital é capaz de identificar um terceiro responsável, ou tenha recebido um pagamento de terceiros ou outro recurso (incluindo de uma seguradora privada ou outro programa público), o hospital irá relatar o pagamento para o programa aplicável e compensá-lo, se aplicável pelas reivindicações de requisitos do processamento do programa, contra qualquer reivindicação que possa ter sido paga pelo terceiro ou outro recurso. Para os programas de assistência pública do estado que têm efetivamente pago pelo custo dos serviços, o hospital não é exigido a garantir a atribuição do direito do paciente a cobertura de serviços de terceiros. Nestes casos, o paciente deve estar ciente de que o programa estadual aplicável pode tentar procurar atribuição sobre os custos dos serviços prestados ao paciente.

## **B. Faturamento do Hospital e Práticas de Cobrança**

BIDMC tem um processo uniforme e consistente para a entrega e recolha de pedidos apresentados aos pacientes, independentemente do estado do seu seguro. Especificamente, se o paciente tem um saldo devedor atual que está relacionado aos serviços prestados ao paciente e não coberto por uma opção de cobertura pública ou privada, o hospital seguirá os seguintes procedimentos de coleta/faturamento razoáveis, que incluem:

- a) Uma conta inicial enviada para o paciente ou o responsável pelas obrigações financeiras pessoais do paciente; a conta inicial incluirá informações sobre a disponibilidade de assistência financeira (incluindo, mas não limitado ao MassHealth, o programa de assistência de pagamento premium operado pelo Conector Saúde, Programa de Segurança Médica Infantil, a Rede de Segurança de Saúde e Falta de Cuidados Médicos) para cobrir os custos da conta do hospital;
- b) Faturamentos subsequentes, telefonemas, cartas de cobrança, contato de avisos pessoais, notificações via computador, ou qualquer outro método de notificação que constitua um verdadeiro esforço para contatar a parte responsável pela fatura não paga, que também incluirá informações sobre como o paciente pode entrar em contato com o hospital caso ele precise de assistência financeira;
- c) Se possível, a documentação dos esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação ou o endereço correto sobre o faturamento retornados pelo serviço postal como "endereço incorreto" ou "não entregue";
- d) O envio de um último aviso por carta registrada para pacientes sem seguro (aqueles que não estão inscritos em um programa como a Rede de Segurança de Saúde ou MassHealth) que incorrem uma balança de inadimplência de emergência em mais de \$1.000 em serviços de emergência a nível, somente onde avisos não foram retornados como "endereço incorreto" ou "não entregue", e também notificar os pacientes da disponibilidade de assistência financeira na comunicação;
- e) Documentação do faturamento contínuo ou ação de cobrança realizado por 120 dias a partir da data do serviço é mantida e disponível para o programa federal e/ou estadual aplicável para verificar esses esforços; e
- f) Verificação do Sistema de Verificação de Elegibilidade (SVE) de Massachusetts para garantir que o paciente não é um Paciente de Baixa Renda e não tenha apresentado um pedido para a cobertura para tanto o MassHealth, o programa de pagamento assistência premium operado pelo Health Connector, quanto o Programa de Segurança Médica Infantil, Rede de Segurança de Saúde, ou Falta de Cuidados Médicos, antes de apresentar reivindicações ao escritório Rede de Segurança de Saúde para cobertura da dívida ruim.
- g) Para todos os pacientes que estão matriculados em um programa de assistência pública, o BIDMC apenas irá cobrar esses pacientes pelo co-pagamento específico, co-seguro, ou dedutível que é descritos nos regulamentos estaduais aplicáveis e que podem ainda ser indicados no estado do Sistema de informação de Gestão da Medicaid.

BIDMC vai procurar um pagamento especificado para aqueles pacientes que não se qualificam para a inscrição em um programa de assistência pública do estado de Massachusetts, como residentes de fora do estado, mas que de outra forma satisfaça as categorias de elegibilidade financeira geral de um programa de assistência pública estadual. Para esses pacientes, BIDMC irá notificar o paciente se esses recursos adicionais estão disponíveis com base na renda e outros critérios do paciente, conforme descrito na política de assistência financeira do hospital.

BIDMC, quando solicitada pelo paciente e com base em uma revisão interna da situação financeira de cada paciente, pode também oferecer ao paciente de um desconto adicional ou outra assistência seguindo o seu próprio programa de assistência financeira interna que é aplicado sobre uma base uniforme para os pacientes, e que leva em consideração situação financeira documentada do paciente e

a incapacidade do paciente para fazer um pagamento após as ações de cobrança razoáveis. Qualquer desconto que é fornecido pelo hospital é consistente com os requisitos federais e estaduais, e não influencia o paciente a receber serviços do hospital.

### **C. Populações Isentas de Atividades de Cobrança**

As seguintes populações de pacientes estão isentas de quaisquer procedimentos de cobrança ou faturação, conforme a regulamentação e políticas de Estado: pacientes inscritos em um programa de seguro de saúde pública, incluindo, mas não limitado a, MassHealth, Ajuda de Emergência para os Idosos, Deficientes e Crianças; Plano de Segurança Médica Infantil, se a renda MAGI é igual ou inferior a 300% do FPL; Pacientes de baixa renda, conforme determinado pelo MassHealth e Rede de Segurança de Saúde, incluindo aqueles com renda MAGI de casa ou Renda de Falta de Cuidados Médicos Familiar entre 150,1 a 300% do FPL; e Falta de Cuidados Médicos, sujeito às seguintes exceções:

- a) BIDMC pode procurar ação de cobrança contra qualquer paciente inscrito nos programas acima mencionados para os seus co-pagamentos e franquias necessários que são estabelecidos por cada programa específico;
- b) BIDMC podem também iniciar o faturamento ou cobrança para um paciente que alega que ele ou ela é um participante de um programa de assistência financeira que cobre os custos dos serviços hospitalares, mas não apresentar prova de tal participação. Após o recibo da prova suficiente de que o paciente é um participante de um programa de assistência financeira, (incluindo recibo ou a verificação da aplicação assinada) BIDMC deve cessar as suas atividades de faturação ou de cobrança;
- c) BIDMC pode continuar a ação de cobrança em qualquer paciente Baixa Renda por serviços prestados antes da determinação do Paciente de Baixa Renda, desde que o estado do Paciente de Baixa Renda atual foi encerrado, expirou, ou não identificado no Sistema de Verificação de Elegibilidade ou o Sistema de Informação de Gestão Medicaid. No entanto, uma vez que um paciente é determinado elegível e inscrito no MassHealth, o programa de pagamento assistencial premium operado pelo Health Connector, Plano de Segurança Médica Infantil, ou Falta de Cuidados Médicos, BIDMC cessará atividade de serviços de cobrança (com exceção de quaisquer co-pagamentos e franquias), fornecido antes do início da sua elegibilidade.
- d) BIDMC pode procurar ação de cobrança contra qualquer um dos pacientes que participam dos programas listados acima por serviços não cobertos que o paciente concordou em ser responsável por, desde que o hospital obtivesse o consentimento prévio e por escrito do paciente a ser cobrado por tal serviço(s). No entanto, mesmo nestas circunstâncias, BIDMC não vai cobrar o paciente pelas alegações de erros médicos ou reivindicações negadas pela seguradora primária do paciente devido a um erro administrativo ou de faturamento.
- e) A pedido do paciente, BIDMC pode faturar um paciente de Baixa Renda, a fim de permitir que o paciente a cumprir o CommonHealth exigido dedutível tal como descrito no CMR 130 506,009.

### **D. Inadimplência Emergencial**

BIDMC vai apresentar pedidos de Inadimplência Emergencial, definido em CMR 101 613.06 (2).

BIDMC não vai apresentar um pedido para uma parcela dedutível ou cosseguro de um pedido de que um paciente segurado ou paciente de Baixa Renda é responsável.

- a) Para os serviços de internamento - conselheiros financeiros BIDMC farão todos os esforços razoáveis para obter informações financeiras para determinar a responsabilidade pelo pagamento do paciente ou fiador, antes de o paciente ser exonerado ou, se necessário, no momento da exoneração. Se o paciente ou do fiador/tutor é incapaz de fornecer as informações necessárias, e o paciente consentir, o hospital fará os esforços razoáveis para contatar parentes, amigos, fiador/tutor e/ou outros terceiros apropriados para obter informações adicionais.

- b) Para os serviços de Emergência e Ambulatorial, a equipe de registro do BIDMC fará os esforços razoáveis, o mais rapidamente possível para obter informações financeiras para determinar a responsabilidade pelo pagamento do paciente ou fiador.

#### **E. Ações de Cobrança Extraordinárias**

- a) BIDMC não vai realizar qualquer "ações de cobrança extraordinárias" até ao momento em que foram feito esforços razoáveis e seguido uma avaliação razoável da situação financeira do paciente e outras informações necessárias para determinar a elegibilidade para a assistência financeira que irá determinar que um paciente tem direito a assistência financeira ou de isenção de quaisquer atividades de recolha ou cobrança no âmbito desta política de crédito e cobrança. BIDMC irá manter toda e qualquer documentação que foi usada nesta determinação conforme a política de retenção de registros aplicáveis do hospital.
- b) BIDMC vai aceitar e processar uma solicitação de assistência financeira no âmbito da sua política de apoio financeiro apresentada por um paciente para todo o "período de aplicação". O "período de aplicação" começa na data fornecida e termina ao fim de 240 dias após a data em que a primeira declaração de faturamento pós-quitação é fornecido, sujeito aos seguintes requisitos especiais adicionais. O período de solicitação não termina antes de 30 dias após o hospital fornecer ao paciente o aviso de 30 dias descrito abaixo. No caso de um paciente que foi presumivelmente determinado para ser elegível por menos do que a assistência mais generosa no âmbito da política de assistência financeira, a solicitação não termina antes do final de um período razoável para que o paciente solicite assistência financeira mais generosa, como descrito abaixo.
- c) As ações de cobrança extraordinárias incluem:
  - i) Venda de dívida de um paciente para outra parte (exceto se os requisitos especiais estabelecidos abaixo forem cumpridos);
  - ii) Informe às agências de informação de crédito ou escritórios de crédito;
  - iii) Adiar, negar, ou exigir um pagamento antes do fornecimento, cuidados medicamente necessário por causa da falta de pagamento de uma ou mais contas para os cuidados anteriormente abrangidos pela política de assistência financeira do hospital (que é considerada uma ação extraordinária de cobrança para o cuidado fornecido anteriormente)
  - iv) Ações que requerem processo legal ou judicial, incluindo:
    - (1) Colocar um penhor sobre a propriedade de um paciente;
    - (2) Encerramento em propriedade real;
    - (3) Unir ou apreender de uma conta bancária ou qualquer outra propriedade pessoal;
    - (4) Iniciar uma ação civil contra um paciente;
    - (5) Causar a prisão de um paciente;
    - (6) fazer com que o paciente sera objecto de citação de apego ao corpo; e
    - (7) Guarnecer os salários de um paciente.
  - v) A BIDMC irá tratar da venda da dívida de um paciente com outra parte como uma ação extraordinária de cobrança, a menos que o hospital entre em um acordo escrito vinculativo com o comprador da dívida nos termos dos quais (i) o comprador é proibido de participar de quaisquer ações de cobrança extraordinárias para obter o pagamento para o cuidado; (ii) o comprador está proibido de cobrar juros sobre a dívida a uma taxa superior à taxa de recolhimento mínima aplicável da IRS; (iii) a dívida é reembolsável ou revogada pelo hospital após uma determinação de que o paciente é elegível para assistência financeira; e (iv) se o paciente está determinado a ser elegível para assistência financeira e a dívida não é devolvida ou revogada pelo hospital, o comprador é obrigado a aderir a procedimentos que

- garantam que o paciente não pague o comprador mais do que o paciente está pessoalmente responsável para pagar no âmbito da política de assistência financeira.
- vi) Ações de cobrança extraordinárias incluem as ações tomadas para obter o pagamento para os cuidados contra qualquer outro paciente que aceitou ou é obrigado a aceitar a responsabilidade pela conta do do paciente do hospital para o tratamento.
- d) BIDMC irá abster-se de iniciar quaisquer ações de cobrança extraordinárias contra um paciente por um período de pelo menos 120 dias a partir da data que hospital fornecer a primeira declaração de faturamento pós-quitaação para o cuidado; exceto que os requisitos especiais apliquem-se a adiar ou negar cuidados medicamente necessários por causa da falta de pagamento, conforme descrito abaixo.
- e) Além de abster-se de iniciar quaisquer ações de cobrança extraordinárias para o período de 120 dias descrito acima, BIDMC irá abster-se de iniciar quaisquer ações de cobrança extraordinárias para 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 escrita que indique que a ajuda financeira está disponível para pacientes elegíveis, que identifica as ações de cobrança extraordinárias que o hospital (ou outra parte autorizada) pretende iniciar para obter o pagamento para o cuidado, e que estabelece um prazo após o qual podem ser iniciadas ações de cobrança extraordinárias em no mínimo 30 dias após a data em que a notificação por escrito foi fornecida: (ii) fornece ao paciente um resumo da política de assistência financeira de linguagem simples; e (iii) faz um esforço razoável para notificar verbalmente o paciente sobre a política de assistência financeira e como o paciente pode obter uma ajuda com o processo de solicitação da política de assistência financeira; exceto quando requisitos especiais aplicam-se a adiar ou negar necessários cuidados medicamente necessários, conforme descrito abaixo.
- f) BIDMC vai atender aos seguintes requisitos especiais, em caso de adiamento ou negação o cuidado devido à falta de pagamento para cuidados anteriores que eram elegíveis para assistência de financiamento. O hospital pode fornecer aviso prévio com menos de 30 dias, descrito acima, se ele fornece ao paciente um formulário de solicitação de assistência financeira e uma declaração por escrito indicando que a assistência financeira está disponível para pacientes elegíveis. A notificação por escrito irá indicar um prazo após o qual o hospital não vai mais aceitar e processar uma solicitação de assistência financeira, que será após o período de solicitação ou 30 dias após a data da notificação por escrito ser fornecida. Se o paciente apresentar um pedido antes do prazo, o hospital irá processar a solicitação de forma rápida.
- g) Se um paciente apresenta um pedido completo ou incompleto para a assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital durante o período de solicitação, o BIDMC irá suspender quaisquer ações de cobrança extraordinárias para obter o pagamento dos cuidados. Nesse caso, o hospital não iniciará ou tomará novas medidas sobre quaisquer ações de cobrança extraordinárias anteriormente iniciadas até que (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 incompleta para a assistência financeira, o paciente não preencheu as informações adicionais e/ou documentação dentro de um período razoável de tempo. BIDMC também vai tomar novas medidas, dependendo se a solicitação está completa ou incompleta, conforme descrito abaixo.
- h) Em caso de um paciente apresenta um pedido completo de assistência financeira durante o período de aplicação, BIDMC vai fazer uma determinação sobre se o paciente é elegível para assistência financeira. Se o hospital determinar que o paciente tem direito a assistência, exceto atendimento gratuito, o hospital irá (i) fornecer ao paciente uma declaração de faturamento que indica o quanto o paciente deve para o cuidado enquanto paciente elegível para a assistência financeira e declare, ou descreva como o paciente pode obter informações sobre as Quantidades Geralmente Cobradas para o cuidado, (ii) tomar todas as medidas razoáveis para reverter



qualquer ação de cobrança extraordinária (com as exceções de uma venda da dívida e adiamento ou negação, ou a exigência de um pagamento antes do fornecimento de cuidados medicamente necessários por causa da falta de pagamento de contas anteriores para o cuidado fornecido anteriormente ao qual o paciente era elegível para assistência financeira) tomadas contra o paciente que obter o pagamento para cuidados. Medidas razoáveis para reverter tal ação extraordinária de cobrança incluirá medidas para desocupar qualquer julgamento, levantar qualquer imposição ou penhor, e a remoção do relatório de crédito do paciente qualquer informação adversa que foi relatada para uma agência de informação do consumidor ou escritório de crédito.

- i) No caso de um paciente apresentar um pedido incompleto de assistência financeira durante o período de solicitação, o hospital irá também fornecer ao paciente uma notificação por escrito que descreva as informações e/ou documentação adicional requerida sob a política de assistência financeira, que inclui informações de contato.
- j) BIDMC pode fazer determinações presumíveis que um paciente seja elegível para a assistência financeira sob a política de assistência financeira com base em informações, além do fornecido por parte do paciente ou com base em uma determinação prévia de elegibilidade. No caso de um paciente estar determinado a ser elegível para menos do que a assistência mais generosa disponíveis sob a política de assistência financeira, o hospital irá: (i) notificar o paciente sobre a base para a determinação de elegibilidade presuntiva e a forma de solicitar pela mais generosa assistência disponível sob a política de assistência financeira; (ii) dar ao paciente um período de tempo razoável para solicitar assistência mais generosa antes de iniciar ações de cobrança extraordinárias para obter a quantia descontada devida; e (iii) se o paciente submete uma solicitação completa buscando assistência financeira mais generosa durante o período de solicitação, determinar se o paciente é elegível para o desconto mais generoso.
- k) BIDMC não irá garantir os salários de um Paciente de Baixa Renda ou de seu fiador, ou executar um vínculo com o do paciente de Baixa Renda ou da residência pessoal ou veículo a motor do fiador, a menos que: (1) o hospital mostre ao paciente ou seu fiador que há capacidade de fazer o pagamento, (2) o paciente/fiador não respondeu aos pedidos do hospital de informação ou o paciente/fiador recusou a cooperar com o hospital na procura de um programa de assistência financeira disponível, e (3) para fins de garantia, for aprovado pelos Curadores do Conselho de Administração do hospital no caso de um paciente a base de caso.
- l) BIDMC e seus agentes não deverão continuar os esforços de cobrança ou de faturamento relacionados a um paciente em processo de falência, exceto para garantir seus direitos como um credor na ordem apropriada (ações semelhantes também poderão ser tomadas pelo programa de assistência pública aplicável que pagou pelos serviços). O hospital e os seus agentes também não vai cobrar juros sobre um saldo vencido para um Paciente de Baixa Renda ou para pacientes que preenchem os critérios para a cobertura através do próprio programa de assistência financeira interna do hospital.
- m) BIDMC mantém a conformidade com os requisitos de faturação aplicáveis e segue exigências estaduais e federais aplicáveis referentes ao não-pagamento de serviços específicos que foram o resultado de ou diretamente relacionados a um Evento Sério Reportável (ESR), a correção da ESR, uma complicação posterior decorrente do ESR, ou uma readmissão ao mesmo hospital para os serviços associados com o ESR. Os ESRs que não ocorrem no hospital estão excluídos desta determinação de não pagamento, enquanto a instalação de tratamento e instalação responsável pelo ESR não tenham a propriedade comum ou um pai corporativo comum. O hospital também não procura o pagamento de um Paciente de Baixa Renda através do programa Rede de Segurança de Saúde cujos pedidos foram inicialmente negados por um programa de seguro devido a um erro de cobrança administrativa pelo hospital.

## **F. Agências de Cobrança Externas**

BIDMC pode contratar agências de cobrança externas para auxiliar nas cobranças de determinadas contas, incluindo os montantes responsáveis pelo paciente não resolvidos após 120 dias de ações de cobrança contínuas. O hospital também pode entrar em contratos vinculativos com agências de cobrança externas. Qualquer contrato permitindo a venda de dívida que não seja tratado como uma ação extraordinária de cobrança irá atender aos requisitos descritos acima. Em todos os outros casos, se o hospital vende ou refere-se a dívida de um paciente para outra parte, o acordo com a outra parte será razoavelmente projetado para assegurar que não há ações de cobrança extraordinárias sendo tomadas até que tenham sido feitos esforços razoáveis para determinar se o paciente é elegível para a assistência financeira, incluindo o seguinte: (i) se o paciente apresentar uma solicitação antes do final do período de aplicação, a parte irá suspender as ações de cobrança extraordinárias; (ii) se o paciente apresentar um pedido de assistência financeira antes do final do período de aplicação e está determinado a ser elegíveis para apoio financeiro, a parte vai aderir aos procedimentos para assegurar que o paciente não paga à parte e ao hospital mais do que o paciente é obrigado a pagar no âmbito da política de assistência financeira e para inverter quaisquer ações de cobrança extraordinárias; e (iii) se a parte refere-se ou vende a dívida para outra parte, tal parte irá obter por escrito uma reunião de acordo com todos os requisitos anteriores. Todas as agências de cobrança externos contratadas pelo hospital irão fornecer ao paciente uma oportunidade de apresentar uma reclamação e enviará para o hospital os resultados de tais queixas do paciente. O hospital exige que qualquer agência de cobrança externa que usar está operando em conformidade com os requisitos de cobrança de dívidas justas federais e estaduais.

#### **G. Planos de Depósitos e Parcelamentos**

De acordo com os regulamentos da Rede de Segurança de Saúde de Massachusetts referentes a pacientes que são: (1) determinados como "Paciente de Baixa Renda" ou (2) qualificados para Falta de Cuidados Médicos, o BIDMC fornecerá ao paciente informações sobre os 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 aplica a pacientes que têm a capacidade de pagar.

##### **a) Serviços Emergenciais**

BIDMC não exigirá depósitos de pré-admissão e/ou pré-tratamento de pacientes que necessitam de Serviços de Nível Emergencial ou que são determinados como Pacientes de Baixa Renda.

##### **b) Depósitos de Pacientes de Baixa Renda**

BIDMC pode solicitar um depósito de pacientes determinados como Pacientes de Baixa Renda. Tais depósitos serão limitados a 20% do montante dedutível, até US\$500. Todos os saldos remanescentes estão sujeitos às condições de plano de pagamento estabelecidos em CMR 101 613.08 (1)(g).

##### **c) Depósitos para Pacientes com Falta de Cuidados Médicos**

BIDMC pode solicitar um depósito de pacientes elegíveis para Falta de Cuidados Médicos. Os depósitos serão limitados a 20% da contribuição Falta de Cuidados Médicos em até US\$1.000. Todos os saldos remanescentes estarão sujeitos às condições de plano de pagamento estabelecidos em CMR 101 613,08 (1)(g).

**d) Planos de pagamento para Pacientes de Baixa Renda de acordo com o Programa Rede de Segurança de Saúde de Massachusetts.** Um paciente com um saldo de US\$1.000 ou menos, após o depósito inicial, será oferecido, um plano de pagamento de, pelo menos, um ano, sem juros, com um pagamento mínimo mensal não mais que US\$25. Um paciente que tem um saldo de mais de US\$1.000, após o depósito inicial, será oferecido um plano de pelo menos dois anos e sem juros.

e) Planos de pagamento para Pacientes Parciais de Baixa Renda HSN em conformidade com o Programa Rede de Segurança de Saúde de Massachusetts para serviços prestados em um Centro de Saúde Hospitalar Licenciado. Todos os pacientes de Parciais de Baixa Renda parciais da Rede de Segurança de Saúde serão cobrados 100% da sua responsabilidade até que a franquia completa seja cumprida.