

Índice

Política de Assistência Financeira BIDMC	2
Aplicável a.....	2
Referências.....	2
Objetivo.....	2
Definições.....	3
Serviços elegíveis para apoio financeiro.....	7
Serviços não elegíveis para apoio financeiro.....	7
Avaliação das Necessidades Médicas da Comunidade.....	7
Programas de Assistência Pública.....	9
Assistência Financeira Hospitalar através da Rede de Segurança e Saúde.....	9
Papel do Conselheiro de Assistência Financeira.....	12
Obrigações do Paciente	13
Critérios de elegibilidade para a Assistência Financeira Hospitalar.....	14
Descontos da Assistência Financeira.....	17
Política da Assistência Financeira.....	17
Razões da Recusa	19
Elegibilidade Presuntiva.....	19
Serviços de Emergência Médica.....	20
Valor Geralmente Faturado.....	20
Crédito e Cobranças.....	20
Requisitos Regulamentares.....	20
Apêndice 1.....	21
Formulário de Solicitação de Assistência Financeira	21
Apêndice 2.....	24
Solicitação de Falta de Cuidados Médicos.....	24
Apêndice 3.....	27

Tabela de Desconto com base no Lucro.....	27
Apêndice 4.....	28
Fornecedores e Clínicas Cobertas.....	28
Apêndice 5.....	29
Valor Geralmente Faturado (VGF).....	29
Apêndice 6.....	30
Acesso Público a Documentos.....	30
Histórico de Política.....	31

Política de Assistência Financeira BIDMC

Aplicável a Esta política se aplica a Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) e Fornecedores empregados ou afiliadas à BIDMC (Ver Anexo Quatro (4) para a lista completa de prestadores abrangidos por esta política).

Referências EMTALA: Recolhimento de Informação Financeira
Política de Crédito & Cobrança
Diretrizes de Pobreza Federal, Dept. De Saúde e Serviços Humanos, EUA
Aviso IRS 2015-46 e 29 CFR §§1.501 (R) (4) - (6)
Apêndice 1: Formulário de Solicitação de Assistência Financeira
Apêndice 2: Solicitação de Falta de Cuidados Médicos
Apêndice 3: Carta de desconto com base em limites de renda e de ativos
Apêndice 4: Fornecedores cobertos e departamentos
Apêndice 5: Porcentagem de Valores Geralmente Cobrados (VGC)
Apêndice 6: Acesso Público a Documentos

Propósito Nossa missão é distinguir-nos através da excelência nos cuidados ao paciente, educação, pesquisa e através da melhoria da saúde nas comunidades nas quais servimos.

BIDMC está dedicado a fornecer assistência financeira para pacientes que têm necessidades de cuidados de saúde e não têm seguro, ou o mesmo não cobre, são inelegíveis para um programa de governo, ou incapazes de pagar pelos cuidados médicos necessários com base na sua situação financeira individual. Esta política de assistência financeira destina-se a estar em conformidade com

as leis federais e estaduais aplicáveis para a nossa área de serviço. Os pacientes elegíveis para a assistência financeira receberão cuidados com desconto recebido de qualificados prestadores do BIDMC.

O apoio financeiro prestado sob esta política é feito com a expectativa de que os pacientes irão cooperar com a política do processo de solicitação e os programas de benefícios ou cobertura pública que podem estar disponíveis para cobrir o custo dos cuidados.

Não vamos discriminar com base na idade, sexo, raça, credo, religião, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, nacionalidade ou status de imigração quando for determinada a elegibilidade do paciente.

Definições

As seguintes definições são aplicáveis a todas as seções desta política.

Classificação dos serviços emergenciais e não emergenciais é baseada nas seguintes definições gerais, bem como a determinação clínica do médico. As definições de emergência ou serviços de cuidados urgentes fornecidas abaixo são ainda utilizados pelo Hospital para fins de determinação de emergência permitida e cobertura de inadimplência de urgência no âmbito do programa de assistência financeira do hospital, incluindo a Rede de Segurança de Saúde.

Quantia Geralmente Cobrada (QGC): a quantia geralmente cobrada é o pagamento esperado para emergência ou serviços medicamente necessários do

paciente e/ou fiador do paciente. Para pacientes que se qualificam, esta quantia não será superior a uma taxa que será determinado susando o Método Look Back descrito na seção 1.501 (R) -5 (b) (3) do Código da Receita Federal.

O Método Look Back foi baseado em reivindicações anteriores reais pagas ao BIDMC pela Taxa para Serviço Medicare, juntamente com todas as seguradoras privadas de saúde que pagam reivindicações.

Os créditos a serem incluídos no cálculo AGB serão reivindicações permitidas durante o ano civil anterior. A quantia para co-seguro, co-pagamentos e franquias serão incluídas no numerador, juntamente com a Taxa para Serviço Medicare em conjunto com todas as reivindicações permitidas de seguradoras privadas de saúde. As taxas brutas para tais reivindicações será o denominador. O AGB será calculado anualmente no 45º dia após o encerramento do ano civil anterior, e implementado no 120º dia após o encerramento do ano civil.

Porcentagem de Quantia Geralmente Cobrada: O Percentual da QGC será calculado anualmente no 45º dia do ano e é descrito no apêndice cinco (5) desta política.

Período de Solicitação: O período em que as inscrições serão aceitas e processadas para a assistência financeira. O período de inscrição começa na data em que a primeira declaração de faturamento pós-quitada é fornecida e termina no 240º dia após essa data.

Assets: Consiste em:

- Contas Poupança
- Contas Bancárias
- Contas Poupança de saúde (CPS)*
- Arranjos de reembolso de saúde (ARS)*
- Contas de despesas flexíveis (CDF)*

*Descontos podem não ser aplicados caso um paciente/fiador tenha umm CPS, ARS, CDF ou fundo semelhante designado para despesas médicas familiares. O pagamento de qualquer fundo deverá ser feito antes que qualquer desconto possa ser aplicado.

Condição Médica Emergencial: Conforme definido na Seção 1867 do Ato da Segurança Social (42 U.S.C. 1395dd), o termo "Condição Médica Emergencial" significa uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente de forma que a ausência de assistência médica possa ser razoavelmente esperada para resultar em:

1. Colocar a saúde do indivíduo (ou, no que diz respeito a uma mulher grávida, a saúde da mulher ou do seu bebê) em sério risco
2. Sérios prejuízos às funções corporais
3. Disfunção grave de qualquer parte ou órgão do corpo humano
4. No que diz respeito a uma mulher grávida que está tendo contrações:
 - a. Não há tempo suficiente para efectuar uma transferência segura para outro hospital para o parto
 - b. Esta transferência pode representar uma ameaça para a saúde ou segurança da mulher ou do bebê

Admissão Eletiva: A admissão hospitalar que não é considerada uma Condição Médica Emergencial ou Medicamente Necessária não é coberta sob esta política.

Família: como definido pelo Departamento de Comércio dos EUA, um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e que estão ligadas pelo nascimento, casamento ou adoção. Se um paciente afirma alguém como um dependente na restituição do imposto de renda, de acordo com as regras da Receita Federal, ele pode ser considerado um dependente com a finalidade de determinar a elegibilidade para esta política.

Renda Familiar: a renda familiar de um candidato é a combinação da renda bruta de todos os membros da família adultos que vivem na mesma casa e incluídos na mais recente declaração de imposto federal. Para os pacientes com menos de 18 anos de idade, a renda familiar inclui renda do pai ou pais e/ou padrastos ou outro parente cuidador. A renda familiar é determinada usando a definição do Departamento de Comércio, que inclui os seguintes rendimentos quando calculadas as Diretrizes Federais de Pobreza:

1. Inclui lucros, seguro-desemprego, compensação do trabalhador, Segurança Social, Renda de Segurança Suplementar, assistência pública, pagamentos de veteranos, benefícios de sobrevivente, pensão ou renda de aposentadoria, juros, dividendos, aluguéis, direitos autorais, rendimentos de propriedade, créditos, bolsas educacionais, pensão alimentícia e apoio à criança
2. Os benefícios não pecuniárias (tais quais vale-refeição e subsídios de habitação) não contam
3. Determinado numa base anterior de cálculo (bruto)
4. Exclui ganhos e perdas de capital

Nível de Pobreza Federal: O Nível de Pobreza Federal (NPF) utiliza os limiares de rendimento que variam de acordo com tamanho e composição da família para determinar quem está no nível de pobreza nos Estados Unidos. Ele é atualizado periodicamente no Registo Federal pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos sob a autoridade da subsecção (2) da Seção 9902 do Título 42 do Código dos Estados Unidos. Atuais orientações do NPF podem ser referenciadas no

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Assistência Financeira: assistência prestada aos pacientes elegíveis, que de outra forma experimentam dificuldades financeiras, para liberá-los de toda ou parte de sua obrigação financeira para emergência ou cuidados medicamente necessários fornecidos pelo BIDMC.

Assistência Completa: Para os pacientes, ou seus fiadores, com renda familiar anual igual ou inferior a 200% do NPF receberão uma renúncia 100% de obrigação financeira do paciente para serviços médicos elegíveis fornecidos pelo BIDMC.

Fiador: Uma pessoa que não seja o paciente, que é responsável pelas contas do mesmo.

Cobranças Brutas: Total de cobranças à taxa total estabelecida para a prestação de serviços de atendimento ao paciente antes das deduções da receita serem aplicadas.

Sem-teto: como definido pelo governo federal, e publicado no Registro Federal pelo HUD:

Um indivíduo ou família que não tem uma residência noturna regular e adequada fixa, ou seja, a pessoa ou a família tem uma residência noturna primária que é um lugar público ou privado não destinada para habitação humana, ou está vivendo em um abrigo público ou privado projetado para fornecer arranjos de moradia temporários. Esta categoria também inclui as pessoas que estão saindo de uma instituição onde residiu por 90 dias ou menos, que residiu em abrigo de emergência ou lugar não destinado para habitação humana imediatamente antes da entrada na instituição.

Falta de Cuidados Médicos: Apoio financeiro fornecido aos pacientes elegíveis cujas contas médicas são maiores ou iguais a 25% do seu rendimento bruto.

Cuidados Medicamente Necessários: Serviços medicamente necessários, tais quais serviços de internamento ou cuidados de saúde em regime ambulatorio fornecidos para efeitos de avaliação, diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão ou doença, bem como serviços tipicamente definidos pela Medicare ou outro

seguro de saúde como "itens ou serviços abrangidos".

Taxa de Serviço da Medicare: Seguro de saúde oferecido sob as Parte A e Parte B da Medicare, no Título XVIII do Ato da Segurança Social (42 USC 1395c-1395w-5).

Assistência Parcial: Assistência financeira que oferece um desconto para serviços médicos elegíveis fornecidos pelo BIDMC, para pacientes elegíveis, ou fiadores do paciente, com o rendimento familiar anualizado entre 201% e 400% do Nível de pobreza Federal.

Plano de Pagamento: Um plano de pagamento que é acordado pelo BIDMC ou um fornecedor terceiro representando o BIDMC e o paciente/garante para fora das taxas de bolso. O plano de pagamento levará em consideração a situação financeira do paciente, a quantia em dívida e qualquer pagamento anterior.

Elegibilidade Presuntiva: Sob certas circunstâncias, os pacientes não segurados podem ser presumidos ou considerados elegíveis para a assistência financeira com base na sua inscrição em outros programas de recursos ou outras fontes de informação, que não são fornecidas diretamente pelo paciente, para fazer uma avaliação individual de suas necessidades financeiras.

Seguradora de Saúde Privada: Qualquer organização que não é uma unidade do governo que oferece seguro de saúde, incluindo as organizações não governamentais que administram um plano de saúde sob a Medicare Advantage.

Período de Qualificação: Os candidatos determinados como elegíveis para assistência financeira serão concedidos com assistência por um período de seis meses. Os pacientes que se qualificam para assistência financeira podem atestar que não houve mudança na sua situação financeira no final dos seis (6)

meses do período de qualificação, para estender a elegibilidade por mais seis (6) meses.

Descontos para não segurados: Pacientes com nenhuma cobertura de terceiros terá fornecido um desconto sem seguro, para os serviços elegíveis fornecidos pelo BIDMC sob desta política, no momento em que os encargos não descontados são prestados.

Paciente não segurado: Um paciente com nenhuma cobertura de terceiros fornecida por uma seguradora de terceiros, um ERISA, Programa Federal de Saúde (incluindo, sem limitar a Medicare, Medicaid, SCHIP, e CHAMPUS), Compensação do Trabalhador, ou outra assistência de terceiros disponíveis para cobrir o custo de despesas de saúde do paciente.

Pacientes pouco segurados: Qualquer indivíduo com cobertura privada ou do governo para o qual seria uma dificuldade financeira pagar as despesas integrais esperadas pelos serviços médicos prestados pelo BIDMC.

Cuidados Urgentes: Serviços Medicamente Necessários prestados em um Hospital Agudo após o aparecimento súbito de uma condição médica, seja ela física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa) de tal forma que um leigo prudente acredite que a ausência de atendimento médico em até 24 horas poderia razoavelmente resultar na colocação do estado de saúde do paciente em risco, prejuízo para a função corporal, ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Cuidados urgentes são fornecidos para condições que não são uma ameaça à vida e não representam um alto risco de efeitos graves para a saúde do paciente. Serviços de atendimento de urgência não incluem cuidados primários ou eletivos.

**Serviços
Elegíveis para
Assistência**

Serviços elegíveis sob a política de assistência financeira do BIDMC devem ser clinicamente apropriados e dentro dos padrões de prática médica aceitáveis.

Financeira

Eles incluem o seguinte:

1. Serviços de emergência médica, bem como cuidados prestados em um cenário de não-emergência com o objetivo de estabilizar a condição do paciente.
 2. Serviços não-eletivos fornecidos em resposta às circunstâncias que ameaçam a vida em um cenário de não-emergência.
 3. Serviços medicamente necessários, tais quais serviços de internamento ou de cuidados de saúde em regime ambulatorio fornecidos com o propósito de avaliação, diagnóstico e/ou tratamento de lesão ou doença, bem como serviços normalmente definidos pela Medicare ou outro seguro de saúde como "itens ou serviços abrangidos".
 4. Serviços de provedores empregados pelo BIDMC e que estão cobertos por esta política. Veja o Apêndice Quatro (4) para uma lista completa de prestadores cobertos por esta política.
-

Serviços Não Elegíveis para Assistência Financeira

Serviços que não são elegíveis para a assistência financeira incluem o seguinte:

1. Procedimentos eletivos não medicamente necessários, bem como serviços que não são normalmente cobertos pela Medicare ou outra cobertura de seguro de saúde como não medicamente necessário.
 2. Serviços recebidos de prestadores de cuidados que não foram contratados pelo BIDMC (por exemplo, médicos privados ou não profissionais do BIDMC transporte ambulatorio, etc.). Os pacientes são encorajados a entrar em contato com esses prestadores diretamente para ver se eles oferecem e assistem, e a fazer os acordos de pagamento. Veja o Apêndice Quatro (4) para uma lista completa de prestadores abrangidos por esta política..
 3. Franquias e co-seguro associados aos serviços médicos necessários prestados aos pacientes fora da rede, como definido pela sua seguradora.
-

Avaliação das

Uma Avaliação das Necessidades de Saúde da Comunidade foi realizada e

Necessidades de Saúde da Comunidade

aprovada pelo Conselho Administrativo em 18 de setembro de 2013, a fim de identificar e endereçar as necessidades de saúde da área na comunidade onde atua o BIDMC. A seguir, são categorizadas as questões de saúde e as populações que foram identificadas como prioridades no resultado desta avaliação.

Questões relacionadas à saúde e Público Alvo

1. Gestão e Prevenção de Doenças, incluindo:

- Diabetes, doença cardíaca, câncer e asma
- Educação para a saúde, triagem e tratamento da doença

Público Alvo:

- Baixa Renda
- Minorias étnicas e raciais
- Residentes de Boston, em particular Allston/Brighton, North Dorchester, Roxbury, Fenway/Kenmore; as cidades de Outer Cape Harwich, Wellfleet e Provincetown, assim como Quincy.

2. O acesso aos cuidados inclui:

- Cuidados médicos primários
- Cuidados médicos especiais
- Cuidados de saúde comportamental
- Cuidados dentários

Público Alvo:

- Baixa Renda
- Minorias raciais/étnicas
- Segurados pela Medicaid, não segurados, ou o seguro não cobre

3. Cuidados de Obesidade, Preparo Físico e Nutrição incluem:

- Exercícios adequados
- Nutrição
- Seguranças da comida

Vizinhanças seguras

Público Alvo:

- Todos

4. Cuidados de Saúde Comportamental incluem:

- Depressão/ansiedade/estresse
- Abuso de substâncias
- Acesso aos cuidados
- Homicídio/Violência Doméstica

Público Alvo:

- Residentes de Roxbury e Dorchester
- Adultos viciados em opiáceos

Deverá ser notado que o BIDMC também vai investir e apoiar inúmeras outras questões que estão fora destas áreas prioritárias como oportunidades especiais e problemas de saúde/crises que surgiram ou com base em compromissos históricos. A comunidade do BIDMC beneficia esforços e será sempre focada onde há necessidade e oportunidade de impacto.

Uma cópia do relatório completo pode ser obtida em nosso site público:

<http://www.bidmc.org/~media/Files/Centers%20and%20Departments/Community%20Initiatives/FinalCHNAReport92313.pdf>

**Programa de
Assistência
Pública**

Para aqueles indivíduos que não têm seguro ou o seguro não cobre, o hospital vai trabalhar com os pacientes para ajudá-los a solicitar assistência pública e/ou programas de assistência financeira do hospital que possa cobrir algumas ou todas as suas despesas hospitalares não pagas. A fim de ajudar os indivíduos que não têm seguro ou o seguro não cobre, o hospital irá fornecer a todos eles um aviso geral da disponibilidade de assistência pública e programas de assistência financeira durante o registo inicial e pessoal do paciente em um hospital para serviço, em todas as faturas de cobrança que são enviados para o paciente ou fiador, e quando o fornecedor é notificado ou através da sua própria diligência torna-se consciente de uma mudança no status de elegibilidade do paciente para cobertura de seguro público ou privado.

Pacientes do hospital podem ser elegíveis para serviços de saúde gratuitos ou a custo reduzido através vários programas de assistência pública estaduais, bem como os programas de assistência financeira hospitalares (incluindo mas não se limitado a MassHealth, o programa de pagamento assistência premium operado pelo Health Connector, Programa de Segurança Médica Infantil, Rede de segurança de Saúde, e Falta de Cuidados Médicos). Estes programas são destinados a ajudar os pacientes de baixa renda, levando em consideração a capacidade de cada indivíduo em contribuir nos custos dos seus cuidados. Para aqueles indivíduos que não são segurados ou o seguro não cobre, o hospital vai, quando solicitado, ajudá-los com a solicitação para cobertura através de programas de assistência pública ou programas de assistência financeira do hospital que possa cobrir todas ou algumas das suas contas hospitalares não pagas.

O Hospital está disponível para ajudar os pacientes a se inscrever em programas de cobertura de saúde estaduais. Estes incluem o MassHealth, o programa de pagamento assistência premium operado pelo Health Connector, e o Plano de Segurança Médica Infantil. Para estes programas, os candidatos podem apresentar uma solicitação através de um site (que está localizado no site do Health Connector estadual), uma solicitação impressa, ou pelo telefone com um representante de serviço ao cliente localizadas tanto no MassHealth quanto no Connector. Os indivíduos podem também pedir assistência aos conselheiros financeiros do hospital (também chamado de solicitação de aconselhamento certificado) com a apresentação do pedido, seja pelo site ou

através de um formulário em papel.

**Assistência
Financeira
Hospitalar
através da Rede
de Segurança
de Saúde**

Através da participação na Rede de Segurança de Saúde de Massachusetts, o Hospital presta assistência financeira aos pacientes de baixa renda, sem seguro ou que o seguro não cobre, residentes de Massachusetts e que preencham as qualificações de renda. A Rede de Segurança de Saúde foi criada para distribuir de maneira mais equitativa os custos da prestação de cuidados descompensada aos pacientes de baixa renda, não segurados ou que o seguro não cubra, através de cuidados gratuitos ou com desconto em de hospitais de tratamentos agudos em Massachusetts. O conjunto de cuidados descompensados da Rede de Segurança de Saúde é realizado através de uma avaliação em cada hospital para cobrir o custo dos cuidados aos pacientes não segurados, ou que o seguro não cobre, com renda abaixo de 400% do nível de pobreza federal. É da política do hospital que todos os pacientes que recebem assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital inclui os serviços da rede de segurança de saúde como parte do cuidado descompensado prestado aos pacientes de baixa renda.

Através da participação na Rede de Segurança de Saúde, os pacientes de baixa renda que recebem serviços no Hospital podem ser elegíveis para assistência financeira, incluindo os cuidados gratuitos ou parcialmente gratuitos para serviços elegíveis da Rede de Segurança de Saúde definido no CMR 101 613:00.

(a) Rede de Segurança de Saúde - Primário

Pacientes não segurados que são residentes de Massachusetts com renda familiar MassHealth MAG verificada ou renda familiar de Falta de Cuidados Médicos, como descrito em CMR 101 613,04 (1), entre 0-300% no Nível de Pobreza Federal (NPF) podem ser determinados elegíveis para os serviços da Rede de Segurança de Saúde.

O período de elegibilidade e tipos de serviços para a *Rede de Segurança de Saúde - Primário* é limitado para os pacientes elegíveis para inscrição no

Programa de Assistência de Pagamento Premium operado pelo Health Connector, como descrito no CMR 101 613,04 (5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos aos requisitos do Programa de Saúde Estudantil do M.G.L. c. 15A, § 18, não são elegíveis para a *Rede de Segurança de Saúde - Primário*.

(b) Rede de Segurança de Saúde - Secundário

Os pacientes que são residentes de Massachusetts com seguro de saúde primário e renda familiar MassHealth MAGI ou renda de Falta de Cuidados Médicos, conforme descrito em CMR 101 613,04 (1), entre 0 e 300% do NPF podem ser determinados elegíveis para a Rede de Segurança de Saúde. O período de elegibilidade e do tipo de serviços para a *Rede de Segurança de Saúde - Secundário* é limitado para os pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Assistência Premium de Pagamento operado pelo Health Connector, conforme descrito no CMR 101 613,04 (5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos aos requisitos do Programa de Saúde Estudantil da M.G.L. c. 15A, § 18, não são elegíveis para a *Rede de Segurança de Saúde - Primário*.

(c) Rede de Segurança de Saúde - Franquias Parciais

Os pacientes que se qualificam para a *Rede de Segurança de Saúde Primária* ou *Rede de Segurança de Saúde Secundária*, com renda familiar MassHealth MAGI ou Renda Familiar Contável por Falta de Cuidados Médicos, entre 150,1% e 300% do NPF podem estar sujeitos a um dedutível anual, se todos os membros do Faturamento do Grupo Familiar Premium (FGFP) têm uma renda acima de 150,1% do NPF. Este grupo é definido em CMR 130 501,0001.

Se qualquer membro do FGFP tem um NPF abaixo 150,1% não há dedutível para qualquer membro do FGFP. O dedutível anual é igual ao maior entre:

1. o menor custo do Programa de Assistência de Pagamento Premium operado pelo Health Connector premium, ajustado para o tamanho do FGFP proporcionalmente aos padrões de renda do MassHealth NPF, a

partir do início do ano; ou

2. 40% da diferença entre o menor lucro de Refda Familiar MassHealth MAGI ou Renda Contável Familiar da Falta de Cuidados Médicos, conforme descrito em CMR 101 613,04 (1), o Faturamento do Grupo Familiar Premium (FGFP) do requerente e 200% do FPL.

(d) Rede de Segurança de Saúde - Falta de Cuidados Médicos

Um residente de Massachusetts, de qualquer renda pode se qualificar para *Falta de Cuidados Médicos* através da Rede de Segurança de Saúde, se as despesas médicas admissíveis têm esgotado sua renda contável, de maneira que o paciente não seja capaz de pagar pelos serviços de saúde. Para se qualificar para *Falta de Cuidados Médicos*, as despesas médicas admissíveis do candidato devem exceder uma determinada porcentagem da renda contável do requerente definido no CMR 101 613 de maneira:

Nível de Renda	Porcentagem de Renda Contável
0 - 205% NPF	10%
205.1 - 305% NPF	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605% NPF	30%
>605.1% NPF	40%

A contribuição exigida do candidato é calculada como o percentual especificado de Renda Contável em CMR 101 613,05 (1)(b) com base no NPF da *Falta de Cuidados Médicos* multiplicado pela renda contável real menos as contas não elegíveis para o pagamento da Rede de Segurança de Saúde, para o qual o requerente seguirá responsável. Outros requisitos para *Falta de Cuidados Médicos* são especificados no CMR 101 613,05.

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

Para Falta de Cuidados Médicos, o hospital vai trabalhar com o paciente para determinar se um programa como esse seria apropriado, e apresentar uma solicitação de Falta de Cuidados Médicos à Rede de Segurança de Saúde. É obrigação do paciente fornecer todas as informações necessárias, conforme solicitado pelo hospital num prazo adequado, para garantir que o hospital possa enviar uma solicitação completa. Se o paciente é capaz de fornecer todas as informações em tempo hábil, o hospital vai se esforçar para apresentar a solicitação concluída no prazo de cinco (5) dias úteis após o recebimento de todas as informações necessárias e solicitadas. Se a solicitação concluída não for enviada no prazo de cinco dias úteis desde o recebimento de todas as informações necessárias, ações de cobrança não podem ser tomadas contra o paciente com respeito a contas elegíveis para Falta de Cuidados Médicos.

**Papel do
Conselheiro da
Assistência
Financeira**

O hospital vai ajudar indivíduos não segurados ou que o seguro não cobre, a aplicar para cobertura de saúde através de um programa de assistência pública (incluindo, mas não limitado a MassHealth, o programa de assistência de pagamento premium operado pelo Health Connector e Programa de Segurança Médica Infantil), e vai trabalhar com indivíduos para inscrevê-los de maneira apropriada. O hospital também vai ajudar os pacientes que desejam candidatar-se a assistência financeira do hospital, que inclui a cobertura através da Rede de Segurança de Saúde e Falta de Cuidados Médicos.

O hospital irá:

- a) fornecer informações sobre a variedade de programas, incluindo MassHealth, o programa de assistência de pagamento premium operado pelo Health Connector e Programa de Segurança Médica Infantil, Rede de Segurança de Saúde, e Falta de Cuidados

Médicos;

- b) ajudar as pessoas a preencher uma nova solicitação de cobertura ou submeter uma renovação para a cobertura existente;
- c) Trabalhar com as pessoas para obter todos os documentos necessários;
- d) enviar solicitações ou renovações (juntamente com toda a documentação necessária);
- e) interagir, quando aplicável e quando permitido sob as limitações atuais do sistema, com os Programas sobre o status de tais pedidos e renovações;
- f) contribuir para facilitar a solicitação dos requerentes ou beneficiários em Programas de Seguro; e
- g) oferecer e proporcionar assistência de registro de eleitor..

O hospital irá avisar o paciente a sua obrigação em fornecer ao hospital e à agência estatal aplicável, informações precisas e oportunas de nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de segurança social (se disponível), opções de cobertura de seguro atuais (incluindo casa, automóvel e outro seguro de responsabilidade civil) que possa cobrir o custo do atendimento recebido, quaisquer outros recursos financeiros aplicáveis, cidadania e informações de residência. Esta informação será apresentada para o estado como parte do programa público de solicitação de assistência, para determinar a cobertura para os serviços prestados ao indivíduo.

Se o indivíduo ou fiador é incapaz de fornecer as informações necessárias, o hospital pode (a pedido do indivíduo) fazer esforços razoáveis para obter qualquer informação adicional de outras fontes. Tais esforços incluem também trabalhar com o indivíduo, quando solicitado pelo mesmo, para determinar se um projeto de lei para serviços deve ser enviado para o indivíduo para ajudar com reunião com a franquia. Isto ocorrerá quando o indivíduo está programando seus serviços, durante o pré-registo, enquanto o indivíduo é admitido no hospital, no momento da alta, ou por um período razoável após a alta do hospital. As informações que o hospital obtém serão mantidas de acordo

com as leis de privacidade e segurança federais e estaduais aplicáveis.

O hospital também irá notificar o paciente durante o processo de aplicação de sua responsabilidade de informar ao hospital e à agência estatal, fornecendo cobertura de serviços de saúde qualquer terceiro que possa ser responsável pelo pagamento das reivindicações, incluindo casa, automóvel, ou outro seguro de responsabilidade civil política. Se o paciente apresentou uma reclamação de terceiros ou entrou com uma ação contra um terceiro, o hospital notificará o paciente da obrigação de notificar o prestador e o programa estadual no prazo de 10 dias das tais ações. O paciente também será informado de que deve pagar à agência estadual apropriada o valor dos cuidados de saúde cobertos pelo programa estadual se houver uma recuperação no pedido, ou atribuir direitos ao estado que lhe permita recuperar o seu montante aplicável.

Quando a pessoa entra em contato com o hospital, o hospital tentará identificar se ela se qualifica para um programa de assistência pública ou através do programa de assistência financeira do hospital. O indivíduo que está inscrito em um programa de assistência pública pode se qualificar para certos benefícios. Ele pode também se qualificar para assistência adicional no programa de assistência financeira do hospital com base no lucro documentado do indivíduo e suas despesas médicas admissíveis.

**Obrigações do
Paciente**

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 necessite de cuidados urgentes), é esperado que o paciente forneça informações oportunas e precisas sobre o seu status 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 devem incluir, mas não se limitar a:

- Nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de segurança social (se disponível), opções de cobertura de seguro de saúde atuais, cidadania e informação de residência, e recursos financeiros

aplicáveis do paciente que possam ser utilizados para pagar a conta;

- Se aplicável, o nome completo do fiador do paciente, o seu endereço, número de telefone, data de nascimento, número de segurança social (se disponível), opções de cobertura de seguro de saúde atuais e os seus recursos financeiros aplicáveis que possam ser usados para pagar a conta do paciente ; e
- Outros recursos que podem ser utilizados para pagar suas contas, incluindo outros programas de seguros, apólices de automóveis ou seguros de residências 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 disponíveis, entre outros.

O paciente é responsável por manter o controle de sua conta de hospital não paga, incluindo qualquer co-pagamento, co-seguro e franquias existentes, e de entrar em contato com o hospital se precisar de auxílio no pagamento de parte ou toda a conta. O paciente é ainda mais exigido a informar tanto a sua seguradora de saúde atual (se houver uma) quanto a agência estadual que determinou o status de elegibilidade do paciente em um programa público de quaisquer alterações na renda familiar ou status do seguro. O hospital pode também ajudar o paciente com a atualização de sua elegibilidade em um programa público quando houver qualquer alteração na renda familiar ou status do seguro, desde que o paciente informe o hospital de tais alterações no status da elegibilidade do paciente.

Os pacientes também são exigidos a notificar o hospital e o programa aplicável no qual estão a receber assistência (por exemplo, MassHealth, Connector, Rede de Segurança de 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 residência ou automóvel) que é responsável por cobrir o custo do tratamento devido a um acidente ou outro incidente, o paciente trabalhará 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 a quantia pago ou não pago por esses serviços.

Critério de Elegibilidade para Assistência Financeira Hospitalar

A assistência financeira será estendida para pacientes/fiadores que não têm seguro ou o seguro não cobre, que atendam a critérios específicos, conforme definido abaixo. Estes critérios irão assegurar que esta política de assistência financeira seja aplicada de forma consistente no BIDMC. BIDMC reserva-se o direito de revisar, modificar ou alterar esta política como necessário ou apropriado.

BIDMC fará todos os esforços diligentes para coletar o status do seguro do paciente e outras informações, a fim de verificar a cobertura para a emergência, internamento ou serviços de saúde ambulatorial a serem fornecidas pelo Hospital. Todas as informações serão obtidas antes da entrega de quaisquer serviços de saúde não-emergentes e não-urgentes (ou seja, procedimentos eletivos como definidos nesta política de crédito e cobrança). O Hospital irá atrasar qualquer tentativa de obter esta informação durante a entrega de qualquer nível EMTALA de emergência ou serviços de cuidados urgentes, se o processo para obter esta informação atrasar ou interferir seja com o exame de triagem médica ou os serviços executados para estabilizar uma condição de emergência médica.

Os esforços razoáveis do hospital em investigar devido à diligência, se um seguro de terceiros ou outro recurso possa ser responsável pelo custo dos serviços prestados pelo hospital devem incluir, mas não se limitar a, determinando por parte do paciente se houver uma política aplicável para cobrir o custo das reivindicações, incluindo: (1) veículo a motor ou política de responsabilidade de residência, (2) acidente geral ou política de 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 pelo programa de requisitos de processamento de reivindicações, 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 pelos custos dos serviços, o hospital não é obrigado 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.

Recursos de pagamento (seguro disponível através de emprego, Medicaid, Fundos de Indigentes, Vítimas de Crimes Violentos, etc.) devem ser revisados e avaliados antes de um paciente ser considerado para a assistência financeira. Se parecer que o paciente pode ser elegível para outro tipo de assistência, o BIDMC irá encaminhar o paciente para a agência apropriada para assistência para a conclusão das solicitações e formulários. Candidatos à assistência são obrigados a esgotar todas as outras opções de pagamento como condição para a sua aprovação para a assistência financeira.

Os requerentes de assistência financeira são responsáveis pelo requerimento de programas públicos e busca de cobertura de seguro de saúde privado. Pacientes/paiadores que optarem por não cooperar no requerimento dos programas identificados pelo BIDMC como possíveis fontes de pagamento podem ter assistência financeira negada. Os candidatos deverão contribuir com o custo dos seus cuidados com base em sua capacidade de pagamento, conforme descrito nesta política.

BIDMC irá verificar o Sistema de Verificação de Elegibilidade de Massachusetts (SVE) para garantir que o paciente não é de Baixa Renda e não tenha apresentado um pedido para a cobertura seja do MassHealth, o programa de assistência de pagamento premium operado pelo Health Connector, Programa de Segurança Médica Infantil, Rede de Segurança de Saúde, ou Falta de Cuidados Médicos, antes de apresentar reivindicações ao escritório da Rede de Segurança de Saúde para cobertura de inadimplência.

Se não houver cobertura específica para os serviços prestados, o hospital trabalhará com o paciente para determinar se uma opção de programa estadual diferente, tal como a solicitação de Falta de Cuidados Médicos através da Rede de Segurança de Saúde, estaria disponível seguindo as normas da Rede de Segurança de Saúde. É obrigação do paciente fornecer todas as informações

necessárias, conforme solicitado pelo hospital num prazo adequado, para garantir que o hospital possa apresentar uma solicitação completa. O hospital fará esforços para enviar o pedido total e concluído no prazo de cinco (5) dias úteis desde o recebimento de todas as informações necessárias por parte do paciente. Se a solicitação concluída não for enviada no prazo de cinco dias úteis desde o recebimento de todas as informações necessárias dentro do prazo solicitado pelo hospital, ações de cobrança não pode ser tomada contra o paciente com respeito a contas elegíveis para Falta de Cuidados Médicos.

Pacientes/fiadores que possam se qualificar para o Medicaid ou outro seguro de saúde deve solicitar para o Medicaid cobertura ou provar que ele ou ela solicitou para o Medicaid ou outro seguro de saúde através do Mercado Federal de Seguro de Saúde dentro dos seis (6) meses anteriores de aplicar para assistência financeira do BIDMC. Pacientes/fiadores devem cooperar com o processo de aplicação descrito nesta política, a fim de se qualificar para assistência financeira.

Os critérios a serem considerados pelo BIDMC ao avaliar a elegibilidade de um paciente para assistência financeira incluem:

- Renda Familiar
- Bens
- Obrigações médicas

O programa de assistência financeira do BIDMC está disponível para todos os pacientes que cumpram os requisitos de elegibilidade estabelecidos nesta política, independente da localização geográfica ou status de residência. O apoio financeiro será concedido aos pacientes/fiadores com base na necessidade financeira e em conformidade com a legislação estadual e federal.

A assistência financeira será oferecida a pacientes elegíveis aos quais o seguro não cobre, proporcionando tal assistência em conformidade com os acordos contratuais da seguradora. A assistência financeira geralmente não está

disponível para co-pagamento ou saldos do paciente, no caso de o paciente deixar de cumprir os requisitos de seguro.

Para os pacientes com uma Conta Poupança de Saúde (CPS), Conta de Reembolso de Saúde (CRS), ou uma Conta de Despesas Flexíveis (CDF), será esperado que utilizem os fundos da conta antes de ter a ajuda financeira concedida. O BIDMC reserva-se ao direito de reverter os descontos descritos nesta política no caso em que seja razoavelmente determinado que tais termos violam qualquer obrigação legal ou contratual do BIDMC.

**Descontos da
Assistência
Financeira**

Com base numa avaliação da renda familiar, bens e obrigações médicas do candidato, os pacientes podem receber uma das seguintes assistências:

Descontos de Pagamento Imediato: Pacientes com nenhuma cobertura de terceiros que não se qualificam para a Assistência Pública ou Assistência Financeira terão um desconto de 30%. O pagamento deve ser feito antes de serviços que serão prestados. Este desconto também se aplicaria a pacientes que pagam por serviços não medicamente necessários.

Isto não exclui pacientes/fiadores de solicitarem e se qualificarem para assistência financeira adicional.

Pacientes segurados que optam por tornar-se voluntariamente pagantes não se qualificam para a assistência financeira pela quantia em dívida em qualquer conta registrada enquanto pagante voluntário.

Assistência Completa: BIDMC prestará cuidados com 100% de desconto sob esta política para pacientes/fiadores cuja renda familiar bruta é igual ou inferior

a 200% das atuais Diretrizes de Pobreza Federal.

Assistência Parcial: Um desconto de 50% será fornecido pelo BIDMC para serviços abrangidos nesta política de assistência financeira para qualquer paciente/fiador não segurados ou que o seguro não cobre cuja renda familiar bruta é de 201%, mas inferior ou igual a 400% do NPF.

Falta de Cuidados Médicos: Um desconto de 65% será fornecido para os pacientes elegíveis cujo débito médico é maior ou igual a 25% do seu rendimento bruto.

**Política de
Assistência
Financeira**

Informação para a política de assistência financeira do BIDMC, resumo de linguagem simples e solicitação de assistência financeira estão disponíveis, livre de cobrança, em todos os sites públicos dos afiliados, disponível nos hospitais e clínicas e será traduzido em qualquer idioma que seja o idioma principal falado pelo locador de 1.000 ou 5% dos residentes na área de serviço.

Além disso, BIDMC referências de políticas de pagamento e assistência financeira em todas as declarações mensais impressas do paciente e cartas de cobrança. Informação sobre a política de assistência financeira está disponível, a qualquer momento, mediante solicitação.

1. Pacientes/fiadores podem solicitar assistência financeira a qualquer momento até duzentos e quarenta (240) dias após a primeira declaração de faturamento pós-quitada estar disponível.
2. A fim de serem considerados para a assistência financeira, pacientes/fiadores são obrigados a cooperar e fornecer documentação financeira, pessoal ou outra relevante para fazer uma determinação da necessidade financeira. Um formulário de solicitação de assistência

financeira pode ser obtido em qualquer uma das seguintes maneiras:

- a. Nos websites públicos do BIDMC
<http://www.bidmc.org/Patient-and-Visitor-Information.aspx>
- b. Pessoalmente na Unidade de Aconselhamento Financeiro
330 Brookline Ave
East Campus/Rabb Building
Room 111
Boston, MA 02215
(617) 667-5661
- c. Ligue para o número acima para solicitar uma cópia a ser enviada
- d. Ligue para o número acima para solicitar uma cópia eletrônica

Patients/fiadores são obrigados a fornecer uma prestação de recursos financeiros imediatamente disponíveis para o paciente/fiador.

A renda familiar pode ser verificada utilizando um ou todos os seguintes:

- e. W2s atuais
 - f. Declaração de Imposto de Renda estadual ou federal atual
 - g. Quatro (4) mais recentes folhas de pagamento
 - h. Quatro (4) mais recentes declarações de conta e/ou poupança
 - i. Conta Poupança de Saúde
 - j. Arranjos de reembolso de saúde
 - k. Contas de gastos flexíveis
3. Antes de avaliar a elegibilidade para assistência financeira, o paciente/fiador deve mostrar a prova do que ele ou ela aplicou para o Medicaid ou outro seguro de saúde através do Mercado Federal de

Seguro de Saúde.

- a. BIDMC Os conselheiros financeiros ajudarão o paciente/garantes a aplicar para o Medicaid e posteriormente ajudarão os mesmos com a solicitação para assistência financeira.
 - b. Se um indivíduo solicita assistência financeira durante a inscrição aberta do Mercado Federal de Seguro de Saúde, tal indivíduo é obrigado a procurar a cobertura antes da avaliação de qualquer pedido de assistência financeira do BIDMC e Afiliados.
4. BIDMC *não* pode negar assistência financeira sob esta Política baseada na falha de um indivíduo em fornecer informações ou documentação que *não* estão claramente descritas nesta política ou na solicitação de assistência financeira.
 5. BIDMC vai determinar a elegibilidade final para assistência financeira no prazo de trinta (30) dias úteis após o recebimento de um pedido completo.
 6. Documentação da determinação elegibilidade final será feita em toda a atual (saldo em aberto) contas retroativo do paciente a 6 meses a partir da solicitação onde nenhum pagamento do paciente foi recebido. Uma carta de determinação será enviada para o paciente/fiador.
 7. Se um paciente/fiador apresentar um pedido incompleto, uma notificação será enviada para o paciente/fiador explicando quais informações estão faltando. O paciente/fiador terá trinta (30) dias para o cumprimento e fornecimento das informações solicitadas. A incapacidade de completar o pedido resultará na negação da assistência financeira.
 8. A determinação de elegibilidade para a assistência financeira baseada na apresentação de um pedido de assistência financeira permanecerá válida por um período de seis (6) meses para todos os serviços necessários fornecidos pelo BIDMC com base na data da carta de determinação e incluirá todos os créditos em aberto dos seis (6) meses anteriores, incluindo aqueles em agências de inadimplência, a menos que um pagamento do paciente tenha sido feito à conta. Os pacientes que estão atualmente recebendo assistência financeira de um afiliado

BID não será necessário resolicitar assistência financeira de outro afiliado. É responsabilidade do paciente/fiador notificar o BIDMC sobre qualquer alteração financeira durante os seis (6) meses do período de elegibilidade. O não cumprimento disso pode resultar na perda da elegibilidade.

Razões para a negação

BIDMC pode negar um pedido de assistência financeira por uma variedade de razões, incluindo, mas não se limitado a:

- Renda suficiente
 - Nível de posse suficiente
 - Paciente não cooperativo ou sem respostas aos esforços razoáveis para trabalhar com o paciente/fiador
 - Solicitação de assistência financeira incompleta, apesar dos esforços razoáveis para trabalhar com o paciente/fiador
 - Pendência de seguro ou de reivindicação de responsabilidade
 - fundos de renda retidos e/ou fundo de liquidação de seguro, incluindo os pagamentos enviados para o paciente/fiador a cobrir serviços prestados pelo BIDMC, e danos pessoais e/ou reclamações relacionadas a acidentes
-

Elegibilidade Presuntiva

BIDMC entende que nem todos os pacientes são capazes de completar um pedido de assistência financeira ou cumprir com os pedidos de documentação. Pode haver casos em que a qualificação de um paciente/fiador para a assistência financeira seja estabelecida sem o formulário de inscrição completo. Outras informações podem ser utilizadas pelo BIDMC para determinar se a conta de um paciente/fiador é incobrável e esta informação será usada para determinar a elegibilidade presuntiva.

A elegibilidade presuntiva pode ser concedida aos pacientes com base na sua elegibilidade para outros programas ou circunstâncias de vida, tais quais:

- Pacientes/fiadores que tenham declarado falência. Em casos que envolvem falência, apenas o saldo da conta a partir da data em que a falência é descarregada será anulado.
- Pacientes/fiadores que estão falecidos sem propriedade em legitimação.
- Pacientes/fiadores determinados a serem sem-teto
- Contas devolvidos pela agência de cobrança como incobráveis devido a qualquer das razões acima e nenhum pagamento for recebido.
- Pacientes/fiadores que se qualificam para programas estaduais Medicaid serão elegíveis para a assistência financeira por quaisquer obrigações de compartilhamento de custos associados com programa ou serviços não cobertos.

Contas de paciente com elegibilidade presuntiva concedida serão reclassificadas sob a política de assistência financeira. Elas não serão enviadas para cobrança nem serão objeto de novas ações de cobrança.

Serviços Médicos de Emergência

De acordo com o Tratamento Médico de Emergência Federal e os regulamentos da Lei do Trabalho (TMEELT), nenhum paciente deve ser rastreado para assistência financeira ou informações de pagamento antes da prestação de serviços em uma situação de emergência. O BIDMC pode solicitar que os pagamentos de custo de partilha do paciente (ou seja, co-pagamentos) serão feitos durante o tempo de serviço, desde que tais pedidos não causem atraso no exame de triagem ou tratamento necessário para estabilizar o paciente em situação de emergência.

Quantia Geralmente Cobrada

A Quantia Geralmente Cobrada (QGC) é o pagamento esperado de pacientes/fiadores elegíveis para assistência financeira. Para os pacientes/fiadores esta quantia não será superior a uma taxa determinada, usando o Look Back Method. O BIDMC calculado o QGC dividindo o total de

pagamentos recebidos de todos os planos comerciais e Medicare pelos encargos totais enviados para esses mesmos contribuintes para o ano fiscal anterior.

Para mais informações, consulte o Apêndice Cinco (5).

**Crédito e
Cobranças**

As ações que podem ser tomadas pelo BIDMC no caso de não pagamento estão descritas em uma Política de Crédito e Cobranças separada.

Membros do público podem obter uma cópia gratuita ligando no (617) 667-5661 ou acessando o website público do BIDMC:

<http://www.bidmc.org/patient-and-visitor-information.aspx>

**Requisitos
Regulamentares**

BIDMC irá obedecer a todas as leis, regras e regulamentos federais, estaduais e locais, e exigências de informação que podem ser aplicadas para atividades de acordo com esta política. Esta política exige que a assistência financeira do BIDMC trilhe a assistência financeira fornecida de maneira a garantir relatórios precisos. Informações sobre a assistência financeira fornecida sob esta política serão relatadas anualmente no formulário 990 do IRS Calendário H.

BIDMC irá documentar toda a assistência financeira a fim de manter um controle adequado e cumprir todos os requisitos de conformidade internos e externos.

Apêndice 1

Formulário de

Solicitação de Assistência Financeira

**Solicitação para Por favor imprima
Assistência
Financeira**

Data de Hoje: _____ Segurança Social

Número do Prontuário: _____

Nome do Paciente:

Endereço:

Número do apto. _____ Rua _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Data dos Serviços Hospitalares: _____

Data de Nascimento do Paciente _____

O paciente tinha plano de saúde ou Medicaid** no momento do serviço hospitalar? Sim:
Não

Se "Sim", anexe uma cópia do cartão do plano de saúde (frente e verso) e preencha o seguinte:

Nome da Companhia do Plano: _____

Número da Apólice: _____

Data de Vigência: _____

Nº de Telefone do Seguro: _____

****Antes de solicitar por Assistência Financeira, você deve ter solicitado para o Medicaid nos últimos 6 meses e terá que mostrar uma prova da recusa.**

Nota: A Assistência Financeira pode não se aplicar se uma Conta Poupança de Saúde (CPS), Conta Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Despesas Flexíveis (CDF) ou fundo similar designado para despesas médicas foi estabelecido. O pagamento de qualquer fundo estabelecido é feito antes da assistência poder ser fornecida.

Para solicitar assistência financeira, complete o seguinte:

Listar todos os membros da família incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos, natural ou adotado, com menos de 18 anos que vivem na casa.

Membro da Família	Idade	Parentesco com o Paciente	Fonte de renda ou N do Empregador
1.			
2.			
3.			
4.			

Além da Solicitação de Assistência Financeira necessitamos também da seguinte documentação anexada à essa aplicação:

- Estado atual ou declaração de imposto de renda federal
- W2 atual
- Quatro folhas de pagamento mais recentes
- Quatro declarações de extrato bancário e/ou poupança mais recentes

Se estes não estiverem disponíveis, por favor ligue para Unidade de Aconselhamento Financeiro para discutir outra documentação que possa ser fornecida.

Ao assinar abaixo, eu certifico que li com atenção a Política de Assistência Financeira e a Solicitação, e que tudo o que declarei ou qualquer documentação que anexeï são verdadeiras e corretas para o melhor de meu conhecimento. Eu entendo que é ilegal a consciente apresentação de informações falsas para obter assistência financeira.

Assinatura do Requerente: _____

Parentesco com o Paciente:

Data de Conclusão: _____

Se o seu rendimento é complementado de alguma forma ou se você registrou \$0,00 de renda nesta aplicação, certifique-se de que a(s) pessoa(s) que tem fornecido ajuda para você e sua família preencha a Declaração de Apoio abaixo:

Declaração de Apoio:

Fui identificado por parte do paciente/responsável como fornecedor de apoio financeiro. Abaixo está uma lista de serviços e apoio que eu forneço.

Certifico e verifico que todas as informações prestadas são verdadeiras e corretas para o melhor de meu conhecimento. Eu entendo que minha assinatura não vai me fazer financeiramente responsável por despesas médicas do paciente.

Assinatura: _____

Data de Conclusão: _____

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento da solicitação preenchida para determinação de elegibilidade.

Se elegível, o apoio financeiro é concedido até seis meses a partir da data de aprovação e é válido para todas as afiliadas Beth Israel Deaconess:

Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston

Beth Israel Deaconess Milton

Beth Israel Deaconess Needham

Beth Israel Deaconess Plymouth

Somente Funcionários.

Aplicação Recebida por:

BIDMC

BID Milton

BID Needham

BID Plymouth

Date Received:

Apêndice 2

Solicitação de
Falta de
Cuidados
Médicos

Solicitação de Dificuldades Médicas

Por favor imprima

Data de Hoje: _____ Segurança Social # _____

Número do Prontuário: _____

Nome do Paciente:

Endereço: _____

Rua

Número do apto.

Cidade

Estado

CEP

O paciente tinha plano de saúde ou Medicaid no momento do serviço hospitalar? Sim Não

Se "Sim", anexe uma cópia do cartão do plano de saúde (frente e verso) e preencha o seguinte:

Nome da Companhia do Plano: _____

Número da Apólice: _____

Data de Vigência: _____

Nº de Telefone do Seguro: _____

Nota: A Assistência Financeira referente a Dificuldades Médicas pode não se aplicar se uma Conta Poupança de Saúde (CPS), Conta Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Despesas

Flexíveis (CDF) ou fundo similar designado para despesas médicas foi estabelecido. O pagamento de qualquer fundo estabelecido é feito antes da assistência poder ser fornecida.

Para solicitar assistência de dificuldades médicas, complete o seguinte:

Listar todos os membros da família incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos, natural ou adotado, com menos de 18 anos que vivem na casa.

Membro da Família	Idade	Parentesco com o Paciente	Fonte de renda ou Nome do Empregador
1.			
2.			
3.			
4.			

Além da Solicitação de Assistência de Falta de Cuidados Médicos necessitamos também da seguinte documentação anexada à essa aplicação:

- Estado atual ou declaração de imposto de renda federal
- W2 atual
- Quatro folhas de pagamento mais recentes
- Quatro declarações de extrato bancário e/ou poupança mais recentes
- Cópias de todas as contas médicas

Se estes não estiverem disponíveis, por favor ligue para Unidade de Aconselhamento Financeiro para discutir outra documentação que possa ser fornecida.

Liste todas as dívidas médica e forneça cópias de contas efetuadas nos últimos doze meses:

Data do Serviço

Local do Serviço

Valor em Dívida

Por favor, forneça uma breve explicação de porquê pagar essas contas médicas será uma dificuldade:

Ao assinar abaixo, certifico todas as informações apresentadas na solicitação são verdadeiras para o melhor de meu conhecimento, informação e crença.

Assinatura do Requerente: _____

Parentesco com o Paciente:

Data de Conclusão: _____

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento da solicitação preenchida para determinação de elegibilidade.

Se elegível, o apoio financeiro é concedido até seis meses a partir da data de aprovação e é válido para todas as afiliadas Beth Israel Deaconess:

Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston

Beth Israel Deaconess Milton

Beth Israel Deaconess Needham

Beth Israel Deaconess Plymouth

Somente Funcionários.	
Aplicação Recebida por:	
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Date Received:	

Apêndice 3

Tabela de desconto com base no lucro

Desconto de Pagamento Imediato: Pacientes com nenhuma cobertura de terceiros que não se qualificam para a Assistência Pública ou Assistência Financeira terão fornecido um desconto de 30%. O pagamento deve ser feito antes dos serviços serem prestados. Este desconto também se aplicaria a pacientes que pagam por serviços não medicamente necessários.

Nível de Pobreza Federal (NPF) 2016

Household Size	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$11,880	\$15,800	\$17,820	\$23,760	\$29,700	\$35,640	\$47,520
2	16,020	21,307	24,030	32,040	40,050	48,060	64,080
3	20,160	26,813	30,240	40,320	50,400	60,480	80,640
4	24,300	32,319	36,450	48,600	60,750	72,900	97,200
5	28,440	37,825	42,660	56,880	71,100	85,320	113,760
6	32,580	43,331	48,870	65,160	81,450	97,740	130,320
7	36,730	48,851	55,095	73,460	91,825	110,190	146,920
8	40,890	54,384	61,335	81,780	102,225	122,670	163,560

Para cada membro de família adicional acrescentar US\$4,164.00 por ano.

Descontos de Assistência financeira para pacientes elegíveis:

Nível de Renda	Desconto
Menos ou igual a NPF 200%	100% - Assistência Integral
NPF 201%-400%	50% - Assistência Parcial

Desconto de Falta de Cuidados Médicos para pacientes elegíveis

Os pacientes serão determinados elegíveis para Falta de Cuidados Médicos, se

as contas médicas forem maiores ou iguais a 25% do rendimento bruto e receberão um desconto de 65%.

Apêndice 4

Fornecedores e Clínicas Cobertos Esta política abrange todas as cobranças das Instalações do Hospital, bem como o seguinte:

Profissionais de enfermagem nas seguintes clínicas:

- Urologia
- Cirurgia de Mamas
- Associados no Cuidado de Saúde (ACS)
- Cuidados de Câncer de Próstata
- Obstretícia/Ginecologia
- Clínica de Dispositivos Cardiológicos

Clínicas Faturadas do Hospital:

- Clínica de Mamas Multidisciplinar
- Hematologia/Oncologia-SC e 7F
- Neurologia Cognitiva
- Unidade Torácica Multi-Specializada
- Oftalmologia
- Oncologia Cutânea
- Clínica de Voz e Fala
- Medicina Musculoesquelética
- Centro de Saúde Comunitário Bowdoin

- Oftalmologia Lexington
- Clínica Retal - Multidisciplinar
- Podologia Chelsea
- Serviços Globais do Centro de Câncer BID
- Enfermagem de Tumor Cerebral

Os grupos médicos a seguir *não* estão cobertos por esta política:

- Harvard Medical Faculty Physicians (HMFP)
- Health Care Associates (HCA)
- Beth Israel Deaconess Health Care (APG)
- Atrius Health Medical Group
- BIDMC Emergency Department Physicians
- Chestnut Hill Urgent Care Physicians
- Qualquer outro médico ou grupo médico não especificado sob “Fornecedores e Clínicas Cobertas” acima

Os pacientes devem informar-se diretamente com seus médicos para obter informações de assistência financeira.

Apêndice 5

Quantia Geralmente Cobrada (QGC)	Per IRS 501(r), hospitals must limit charges to patients and services qualified under our Financial Assistance Policy (FAP) to the Amounts Generally Billed (AGB) to Commercial Insurance carriers and Medicare when using the Look Back Method. BIDMC determina a QGC dividindo o total de pagamentos recebidos pelo total de encargos para todos os planos Comerciais e Medicare e
---	--

agregar ao ano fiscal anterior. O cálculo inclui co-pagamento de pacientes, co-seguro e franquias.

Por exemplo:

Pagamentos Totais	\$510,000,000		
_____	_____	=	51%
Cobranças Totais	\$1,000,000,000		

Total de pagamentos de planos Comerciais e Medicare igual a \$510.000.000

Total de cobranças enviadas para os planos Comercial e Medicare igual a \$1.000.000.000

QGC 51%

A QGC está sujeita a alterações a qualquer momento devido às seguintes razões:

- Alterações contratuais Commercial e Medicare
- Assentamentos recebidos pelos planos Commercial e Medicare

BIDMC irá publicar qualquer alteração da QGC antes de sua implementação.

Apêndice 6

Acesso Público a Documentos Informações sobre a Política de Assistência Financeira do BIDMC Resumo Linguagem Simples, Solicitação de Assistência Financeira, Solicitação de Falta de Cuidados Médicos e a Política de Crédito e Cobrança do BIDMC serão disponibilizados aos pacientes e à comunidade servida pelo BIDMC através de variadas de fontes, de forma gratuita.

1. Pacientes e fiadores podem solicitar cópias de todos os documentos relativos à Assistência Financeira e Crédito e Cobranças via correio ou pessoalmente em:

BIDMC
Financial Counseling Unit
East Campus/Rabb
Room 111
Boston, MA 02215

A Unidade de Aconselhamento Financeiro também está disponível para ajudar os pacientes e fiadores em completar a solicitação Financeira e de Falta de Cuidados Médicos.

2. Pacientes e fiadores podem solicitar cópias de todos os documentos relativos à Assistência Financeira e Política de Crédito e Cobrança através do telefone (617) 667-5661

3. Pacientes e fiadores podem baixar cópias de todos os documentos relativos à Assistência Financeira e Política de Crédito e Cobrança através do website público do BIDMC:

<http://www.bidmc.org/patient-and-visitor-information.aspx>

A Política de Assistência Financeira, Resumo de Linguagem Simples, Solicitação de Assistência Financeira, Solicitação de Falta de Cuidados Médicos e Política de Crédito e Cobrança estão disponíveis ao público nos seguintes idiomas:

- Inglês
- Chinês Simplificado
- Chinês Tradicional
- Espanhol
- Russo
- Português
- Vietnamita

BIDMC fixou avisos (sinais) de disponibilidade de assistência financeira, conforme descrito nesta política de crédito e cobrança nos seguintes locais:

1. áreas de internamento, clínicas e departamento de admissão de emergência e/ou espera/registro;
2. Áreas de aconselhamento financeiro à pacientes; e
3. Áreas de escritório de negócios abertas aos pacientes.

Os avisos fixados são claramente visíveis (8.5" x 11") e legíveis aos pacientes

que visitam estas áreas, e estão traduzidos em Espanhol. Os avisos informam:

AVISO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

O Centro Médico oferece uma variedade de programas de assistência financeira à pacientes qualificados.

Para descobrir se você é elegível para assistência com suas contas hospitalares, por favor visite o nosso escritório de Aconselhamento Financeiro no 1º piso do edifício Rabb ou ligue 617-667-5661 para informações sobre os vários programas e suas disponibilidades.

Histórico da Política

Data	Ação
Setembro de 2016	Política aprovada pelo Conselho de Diretores
