

Política de Assistência Financeira da Enfermária de Olhos e Ouvidos de Massachusetts

SUMÁRIO

Introdução	1
I. Cobertura para Serviços de Atendimento de Saúde Medicamente Necessários	2
A. Serviços de Atendimento de Emergência e Urgentes	3
B. Serviços não emergenciais e não urgentes	4
C. Hospitais que fornecem serviços medicamente necessários e cobertos pela Política de Assistência Financeira	4
II. Programas de Assistência Pública e Assistência Financeira do Hospital	5
A. Visão Geral da Cobertura de Saúde e dos Programas de Assistência Financeira	5
B. Programas de Assistência Pública Estaduais	5
C. Assistência Financeira do Hospital	6
C.1 Assistência Financeira do Hospital através da Health Safety Net	6
C.2 Assistência Financeira Adicional do Hospital	7
D. Limitações de Cobranças	9
E. Avisos e Requerimento de Assistência Financeira do Hospital e de Programas de Assistência Pública	9
E.1 Requerimento de Assistência Financeira do Hospital e de Programas de Assistência Pública	9
E.2 Requerimento de Assistência Financeira do Hospital e de Programas de Assistência Pública	1
E.3 O Papel dos Coordenador Financeiro do Hospital/Conselheiro Certificado de Inscrição	11

Política de Assistência Financeira da Enfermaria de Olhos e Ouvidos de Massachusetts

Esta Política de Assistência Financeira (“FAP”, do inglês: Financial Assistance Policy) aplica-se à Enfermaria de Olhos e Ouvidos de Massachusetts (o “Hospital”) e aos hospitais e provedores específicos identificados nesta política.

A Política de Assistência Financeira (FAP) do Hospital destina-se a cumprir com as legislações e regulamentos federais e estaduais para desempenhar as funções descritas na política. O Hospital atualizará sua FAP sempre que houver mudanças significativas nas regulamentações federais e estaduais e apresentará as alterações ao seu Conselho de Administração ou a uma pessoa física/jurídica autorizada pelo Conselho a revisar/aprovar a FAP. Quando opções de cobertura futuras forem desenvolvidas como resultado de propostas federais e estaduais da Healthcare Reform (Reforma do Sistema de Saúde), o Hospital fará as alterações apropriadas a esta FAP.

O Hospital é um provedor de primeira linha para a prestação de cuidados médicos medicamente necessários a todas as pessoas que comparecerem às suas instalações e unidades, independentemente de sua capacidade de pagar por tais cuidados. O Hospital oferece esse atendimento a todos os pacientes que buscam nossas instalações 24 horas por dia, sete dias por semana e 365 dias por ano. Como resultado disso, o Hospital tem o compromisso de fornecer a todos os nossos pacientes atendimento e serviços de alta qualidade. Como parte integrante desse compromisso, o Hospital trabalha com pessoas de renda e recursos limitados para encontrar as opções disponíveis para cobrir os custos de seus cuidados de saúde.

O Hospital ajudará as pessoas sem seguro de saúde ou com seguro insuficiente a fazer um pedido de cobertura de saúde através de um programa de assistência pública ou do programa de assistência financeira do Hospital (incluindo, sem limitação, os seguintes: MassHealth, Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, Children’s Medical Security Program, Health Safety Net e Medical Hardship), e trabalhará com cada pessoa para inscrevê-la no(s) programa(s) apropriado(s). A assistência para esses programas é determinada através da revisão de, entre outros itens, da renda familiar da pessoa, seu patrimônio, tamanho da família e todas as despesas.

Quando o hospital ajuda os pacientes a obter cobertura de saúde através de programas públicos e assistência financeira pública de outras fontes, incluindo o Hospital sempre que apropriado, o Hospital também pode ser obrigado a faturar apropriadamente e cobrar pagamentos específicos, que podem incluir, sem limitação co-pagamentos, franquias, depósitos, e outras quantias aplicáveis, pelas quais o paciente concorda em se responsabilizar. Quando o paciente registra-se para os serviços ou recebe uma conta, o Hospital os incentiva a contatar nossa equipe para determinar se eles e/ou um membro de sua família estão necessitando de assistência financeira e se qualificam-se para tal assistência.

Ao trabalhar com os pacientes para encontrar assistência pública disponível ou cobertura através de assistência financeira do hospital, o Hospital não discrimina nenhuma pessoa nas suas políticas, ou na sua aplicação de políticas, devido a sua raça, cor, nacionalidade, cidadania, status de residência, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência,

no que concerne a aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos na pré-admissão ou pré-tratamento, planos de pagamento, admissões diferidas ou rejeitadas, determinação se um indivíduo se qualifica para o status de Paciente de Baixa Renda conforme determinado pelo sistema de elegibilidade do MassHealth/Connector de Massachusetts, ou atestação de informações para determinar o status de Paciente de Baixa Renda.

Compreendemos que cada pessoa tem uma situação financeira singular. Todos os requerimentos de assistência são tratados de maneira confidencial e requerem cooperação por parte do requerente. Informações e assistência relacionadas à elegibilidade a programas de assistência pública e/ou cobertura através do Programa de Assistência Financeira do Hospital podem ser obtidas contatando-se os Coordenadores Financeiros do Hospital:

Mass Eye and Ear Financial Coordinators
243 Charles Street
Boston, MA 02114
Horário de funcionamento: Segunda a sexta, de 8h00 às 17h00.
Telefone: 617-573-5664
Endereço de email: Financial_Coordinators@MEEL.HARVARD.EDU

Mais informações sobre esta política e sobre o programa de assistência financeira do Hospital, incluindo o formulário de inscrição e um resumo da FAP em linguagem simples, podem ser encontradas no site do Hospital:

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

As ações que o Hospital possa vir a tomar em caso de falta de pagamento estão descritas na Política de Faturamento e Cobrança do Hospital, que é uma política separada. O público em geral pode obter uma cópia gratuita da Política de Faturamento e Cobrança com os Coordenadores Financeiros do Hospital ou no site do Hospital:

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

I Cobertura para Serviços de Atendimento de Saúde Medicamente Necessários

O Hospital oferece serviços de atendimento de saúde medicamente necessários a todos os pacientes que se apresentam em um Hospital independentemente da sua capacidade de pagar por tais serviços. Serviços medicamente necessários incluem aqueles que são razoavelmente esperados para prevenir, diagnosticar, prevenir o agravamento de, aliviar, corrigir ou curar doenças que causem perigo de vida, sofrimento ou dor, deformidade física ou mau funcionamento, ameaçam provocar ou agravar uma deficiência, ou resultam em uma doença ou enfermidade. Os serviços medicamente necessários incluem serviços hospitalares e ambulatoriais, como autorizados sob o Título XIX da Social Security Act (Lei da Social Security).

O profissional médico responsável pelo tratamento irá determinar o tipo e o nível de cuidados e tratamento necessários para cada paciente de acordo com os sintomas clínicos que apresentar, e

seguindo as normas aplicáveis da prática médica. O Hospital observa os requisitos da Lei de Trabalho Ativo e Tratamento Médico de Emergência (EMTALA) mediante a realização de um exame de triagem médica nos pacientes que buscarem o Hospital à procura de serviços de emergência para determinar se existe uma condição médica de emergência.

A classificação dos serviços emergenciais e não emergenciais é baseada nas seguintes definições gerais, e também na determinação clínica do médico responsável. As definições de serviços de emergência ou de cuidados de emergência apresentadas abaixo são também utilizadas pelo Hospital para fins de determinação da cobertura das dívidas de emergência e urgência incobráveis permitidas no âmbito do programa de assistência financeira do Hospital, incluindo a Health Safety Net.

A. Serviços de Atendimento de Emergência e Urgentes

Qualquer paciente que compareça a um Hospital solicitando assistência de emergência será avaliado de acordo com os sintomas clínicos que apresentam, sem levar em conta a identificação do paciente, a cobertura de seu seguro de saúde, ou sua capacidade de pagamento. O Hospital não vai se envolver em ações que desestimulem os as pessoas de procurar cuidados médicos de emergência, como exigir que os pacientes paguem antes de receber o tratamento para condições médicas de emergência, ou interferir com a triagem e prestação de cuidados médicos de emergência, através de discutir o Programa de Assistência Financeira do Hospital ou a elegibilidade da pessoa para programas de assistência pública.

- a. Os Serviços de nível Emergencial incluem o tratamento para:
 - i. Uma condição médica, seja ela física ou mental, que se manifeste através de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor severa, de tal forma que a ausência de atenção médica imediata possa resultar, razoavelmente e na visão de uma pessoa leiga prudente que possua conhecimentos médios de saúde e medicina, na colocação da saúde da pessoa ou de outra pessoa em perigo grave, deficiência grave das funções corporais, ou disfunção grave de qualquer órgão do corpo ou parte de um órgão, ou, no que diz respeito a mulheres grávidas, como mais detalhadamente definido na 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. De acordo com os requisitos federais, a EMTALA é acionada para qualquer pessoa que compareça a um hospital solicitando um exame ou tratamento de emergência (como definido anteriormente), ou que vai ao departamento de emergência solicitando um exame ou tratamento para uma condição médica. Mais comumente, as pessoas comparecem ao departamento de emergência sem consulta marcada. No entanto, as pessoas que comparecem sem consulta marcada e solicitam serviços para uma condição médica de emergência enquanto apresentam-se em outra unidade de internação/ambulatorial, clínica, ou outro anexo, também serão avaliadas e possivelmente transferidas para um local mais apropriado para uma triagem médica de emergência, de acordo com a EMTALA. O exame e tratamento de condições médicas de emergência, ou de qualquer outro serviço prestado de acordo com o exigido pela EMTALA, será fornecido ao paciente e será qualificado como atendimento ou cuidados de nível emergencial. A determinação de que há uma condição médica de

emergência é feita pelo médico responsável pelo tratamento ou outros profissionais médicos qualificados do Hospital, conforme documentado no prontuário médico do hospital.

- b. Serviços de cuidados urgentes incluem o tratamento para o seguinte:
 - i. Serviços clinicamente necessários prestados em um Hospital para tratamento agudo após o acometimento súbito de uma condição médica, física ou mental, manifestando-se através de sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa) de tal forma que uma pessoa leigo prudente possa acreditar que a ausência de atendimento médico dentro de 24 horas poderia razoavelmente resultar no comprometimento da saúde do paciente, deficiência das funções corporais, ou disfunção de qualquer órgão do corpo ou parte de um órgão. Serviços de 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 de um indivíduo. Serviços de atendimento de urgência não incluem Cuidados Primários ou Eletivos.

B. Serviços Não Emergenciais ou Não Urgentes:

Para os pacientes que (1) o médico assistente determina que precisam de cuidados não-emergenciais ou não urgentes, ou (2) procurem cuidados e tratamento após a estabilização de uma condição médica de emergência, o Hospital pode determinar que tais cuidados sejam serviços primários ou eletivos.

- a. Serviços primários ou eletivos incluem assistência médica, que não do nível de urgência ou cuidados não do nível de emergência e são exigidos por indivíduos ou famílias para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. Normalmente, esses serviços são procedimentos médicos/consultas agendadas com antecedência, ou no mesmo dia pelo paciente ou pelo provedor de cuidados de saúde em um hospital, incluindo, sem limitação, o campus principal, um local/unidade remota, clínica ou consultórios médicos afiliados.
- b. Serviços de saúde não emergenciais ou não urgentes (ou seja, cuidados primários ou eletivos) podem ser atrasados ou adiados de acordo com a consulta com o pessoal clínico do Hospital, e também com prestador do tratamento ou o provedor de cuidados primários do paciente, se disponível, e conforme apropriado. O Hospital pode ainda recusar-se a prestar a um paciente serviços não emergenciais ou não urgentes, se o paciente estiver clinicamente estável e o Hospital não conseguir obter do paciente, ou de outras fontes de pagamento ou de informações de elegibilidade apropriadas para um seguro de saúde público ou privado para cobrir os custos dos cuidados não-emergenciais e não urgentes. A cobertura dos serviços de saúde é determinada e delineada nos manuais de cobertura e necessidade médica da operadoras de seguros de saúde públicas e privadas. Enquanto o Hospital tentará determinar cobertura com base na cobertura de seguro de conhecida e disponíveis do paciente, o Hospital pode cobrar do paciente, se os serviços não forem serviços reembolsáveis e o paciente tenha concordado com tal faturamento.

- c. A cobertura de um programa de assistência financeira público, privado, ou de um hospital pode não se aplicar a determinados procedimentos primários ou eletivos que não são reembolsáveis por tais opções de cobertura. Se o paciente não tem certeza se um serviço não é coberto ou não, deve entrar em contato com os Coordenadores Financeiros do hospital para determinar quais opções de cobertura estão disponíveis. As informações de contato são apresentadas abaixo.

Financial Coordinators
243 Charles Street
Boston, MA 02114

Horário de funcionamento: Segunda a sexta, de 8h00 às 17h00.

Telefone: 617-573-5664

Endereço de email: Financial_Coordinators@MEEI.HARVARD.EDU

C. Hospitais que fornecem serviços medicamente necessários e cobertos pela Política de Assistência Financeira:

O Programa de Assistência Financeira do Hospital (FAP, do inglês: Financial Assistance Program) cobre as seguintes unidades, onde o paciente também pode obter informações sobre a disponibilidade de programas de assistência pública:

Boston (Campus principal) - 243 Charles Street Boston, MA 02114

- Mass Eye and Ear Braintree - 250 Pond Street, 1st Andar Braintree, MA 02184
- Mass Eye and Ear Concord - 54 Baker Street Extension, Suite #303 Concord, MA 01742
- Mass Eye and Ear East Bridgewater - One Compass Way, Suite #100 East Bridgewater, MA 02333
- Mass Eye and Ear Longwood - 800 Huntington Avenue Boston, MA 02115
- Mass Eye and Ear Quincy - 500 Congress Street, Suite #1C Quincy, MA 02169
- Mass Eye and Ear Plainville - 30 Man Mar Drive, Suite #2 Plainville, MA 02762
- Mass Eye and Ear Stoneham - One Montvale Avenue, 5º andar Stoneham, MA 02180

Além disso, a FAP do Hospital cobre os serviços de saúde de emergência, urgentes, primários e eletivos fornecidos nos hospitais enumerados acima pelo provedores aqui enumerados. Ara obter uma lista dos provedores e hospitais elegíveis, acesse ou clique aqui.

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

II Programas de Assistência Pública e Assistência Financeira do Hospital

A. Visão Geral da Cobertura de Saúde e dos Programas de Assistência Financeira

Os pacientes do Hospital podem ser elegíveis para receber serviços de atendimento de saúde gratuitos ou a custo reduzido através de vários programas de assistência pública estadual e também do Programa de Assistência Financeira do Hospital (incluindo, sem limitação o MassHealth, o Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, a Health Safety Net, e o Medical

Hardship). Estes programas destinam-se a ajudar os pacientes de baixa renda, tendo em conta a capacidade de cada indivíduo para contribuir para o custo dos seus cuidados. Para aqueles indivíduos que são segurados ou com cobertura insuficiente, o Hospital irá, quando solicitado, ajudá-los a candidatar-se a cobertura através de programas de assistência pública ou programas de assistência financeira do hospital que possam cobrir todas ou algumas das suas contas hospitalares não pagas.

B. Programas Estaduais de Assistência Pública

O Hospital está disponível para ajudar os pacientes a se inscreverem em programas de cobertura de saúde estaduais. Esses programas incluem o MassHealth, o Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector do estado, e o Children's Medical Security Plan. Para esses programas, os requerentes podem apresentar um pedido através de um site online (localizado centralmente no site do Health Connector estadual), um requerimento impresso, ou por telefone com um representante de serviço ao cliente do MassHealth ou do Conector. As pessoas também podem pedir ajuda aos coordenadores financeiros do Hospital (também chamados de conselheiros certificados de inscrição) com a apresentação do pedido, quer no site ou através de um formulário impresso.

C. Assistência Financeira do Hospital

O Hospital também fornece assistência financeira para pacientes cuja renda demonstra uma incapacidade para pagar a totalidade ou uma parte dos serviços de saúde medicamente necessários fornecidos. Pode ser necessário para os pacientes que são residentes de Massachusetts e/ou na área de serviço do Hospital preencher o requerimento de seu estado para a cobertura do Medicaid ou de um seguro de saúde subsidiado antes de buscar a cobertura através das opções de assistência financeira do próprio Hospital. Pacientes qualificados são elegíveis para a Política de Assistência Financeira do Hospital com base nos critérios abaixo:

C.1. Assistência Financeira do Hospital através da Health Safety Net

Através da sua participação na Massachusetts Health Safety Net, o Hospital presta assistência financeira aos pacientes sem seguro de saúde ou com seguro insuficiente e de baixa renda, residentes em Massachusetts, e que preencham as qualificações de nível de renda. A Health Safety Net foi criada para distribuir de forma mais equitativa os custos da prestação de cuidados de saúde descompensados aos pacientes de baixa renda sem seguro de saúde ou com cobertura insuficiente através de atendimento ou cuidados gratuitos ou descontados nos hospitais de cuidados agudos de Massachusetts. O pool da Health Safety Net de cuidados descompensados é realizado através de uma avaliação em cada hospital para cobrir o custo dos cuidados aos pacientes sem seguro de saúde ou com cobertura insuficiente e com renda inferior a 300% da linha federal de pobreza. É política do Hospital que todos os pacientes que recebem assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira do Hospital incluam os serviços da Health Safety Net como parte dos cuidados não remunerados prestados a pacientes de baixa renda.

Através de sua participação na Health Safety Net, os pacientes de baixa renda que receberem serviços no Hospital podem ser elegíveis para assistência financeira, incluindo cuidados gratuitos ou parcialmente gratuitos para os serviços elegíveis da Health Safety Net definidos na 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Primary

Pacientes sem seguro de saúde residentes em Massachusetts e com renda familiar comprovada pela MassHealth MAGI ou pela Medical Harship, como descrito na 101 CMR 613,04(1), entre 0-300% da linha federal de pobreza (FPL) podem ser elegíveis para os serviços da Health Safety Net.

O período de elegibilidade e do tipo de serviços para a *Health Safety Net - Primary* é limitado para os pacientes elegíveis para inscrição no Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, conforme descrito na 101 CMR 613,04(5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos aos requisitos do Student Health Program das M.G.L. c. 15A, § 18 não são elegíveis para a *Health Safety Net – Primary*.

(b) Health Safety Net – Secondary

Os pacientes que são residentes em Massachusetts com seguro de saúde primária e renda familiar do MassHealth MAGI ou renda contável familiar do Medical Hardship, conforme descrito na 101 CMR 613,04(1), entre 0 e 300% da FPL pode ser elegíveis para os Serviços da Health Safety Net. O período de elegibilidade e do tipo de serviços para a *Safety Net*

Saúde - Secondary é limitado para os pacientes elegíveis para inscrição no Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, conforme descrito na 101 CMR 613,04(5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos aos requisitos do Student Health Program das M.G.L. c. 15A, § 18 não são elegíveis para a *Health Safety Net – Primary*.

(c) Health Safety Net - Franquias Parciais

Os pacientes que se qualificam para a Health Safety Net - Primary ou Health Safety Net - Secondary com renda familiar da MassHealth MAGI ou renda contável familiar da Medical Hardship entre 150,1% e 300% da FPL podem estar sujeitos a uma franquia anual, se todos os membros do Premium Billing Family Group (PBFPG) têm uma renda acima de 150,1% da FPL. Este grupo é definido na 130 CMR 501.0001.

Se algum membro da PBFPG tiver uma FPL abaixo 150,1%, não haverá franquia para nenhum membro da PBFPG. A franquia anual é igual ao maior valor entre:

1. o prêmio com mais baixo custo do Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, ajustado de acordo como tamanho do PBFPG proporcionalmente aos padrões de renda da FPL do MassHealth, no início do ano civil; ou
2. 40% da diferença entre a renda familiar mais baixa da MassHealth MAGI ou renda familiar contável da Medical Hardship, conforme descrito em 101 CMR 613,04(1), nas versões Premium do Grupo Familiar de Faturamento (PBFPG) e 200% da FPL.

(d) Health Safety Net - Medical Hardship

Um residente de Massachusetts com qualquer rendimento pode qualificar-se para a *Medical Hardship* através da Health Safety Net, se as despesas médicas admissíveis tiverem esgotado sua renda contável e ele ou ela não puder pagar por seus serviços de saúde. Para qualificar-se para a *Medical Hardship*, as despesas médicas admissíveis do requerente devem exceder uma determinada percentagem da renda contável do requerente definida no 101 CMR 613 da seguinte forma:

Nível de Renda	Percentual de Renda Calculável
0 - 205% do FPL (Nível de Pobreza Federal)	10%
205,1 - 305% FPL	15%
305,1 - 405%	20%
405,1 - 605% FPL	30%
>605,1% do FPL (Nível de Pobreza Federal)	40%

A contribuição exigida do requerente é calculada como o percentual especificado de Renda Contável na 101 CMR 613,05(1)(b), baseada na FPL familiar da *Medical Hardship*, multiplicado pela renda atual calculáveis menos as contas que não sejam elegíveis para pagamento através da Health Safety Net, pelas quais o requerente

continuará a ser responsável. Outros requisitos para a *Medical Hardship* são especificados na 101 CMR 613.05.

C.2. Assistência Financeira Adicional do Hospital

Além da Health Safety Net, o Hospital fornece assistência financeira para os pacientes, ou para a parte responsável pelo pagamento, por serviços de saúde medicamente necessários, que atendam os critérios delineados abaixo. Esta assistência financeira se destina a complementar, e não substituir, outra cobertura para os serviços, de modo a garantir que a assistência financeira será fornecida quando necessário. O Hospital não vai negar assistência financeira sob a seu Programa de Assistência Financeira (FAP) porque o requerente não forneceu informações ou documentação, a menos que tais informações ou documentação que estejam faltando sejam descritas, e sejam necessárias, para a determinação de assistência financeira através do formulário de inscrição.

A assistência financeira suplementar geralmente é limitada aos serviços emergenciais, serviços de urgência e aos atendimentos médicos necessários associados a eles. Os descontos no âmbito desta política não se aplicam aos procedimentos cosméticos, pedidos de cobertura de despesas médicas prestadas por terceiros, ou outros serviços que não sejam medicamente necessários. Cosseguro, franquias e co-pagamentos geralmente também são excluídos. A assistência financeira será negada se um paciente ou a parte responsável pelo paciente/fiador fornecer informações falsas sobre sua renda, o tamanho da família, patrimônio, obrigações, despesas, ou outros recursos disponíveis que possam indicar um meio financeiro para pagar pelos serviços.

Para se qualificar para o programa de assistência financeira do Hospital, além dos critérios mencionados abaixo, o requerente deve confirmar que não há nenhuma outra fonte além da parte responsável que é legalmente responsável pelas despesas médicas do paciente, como o MassHealth, o Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector estadual, o Children's Medical Security Plan ou outra agência qualquer.

Os requerentes sem seguro de saúde ou com cobertura insuficiente, que não se qualificarem para nenhum programa de assistência pública, e com uma linha federal de pobreza (FPIG) maior ou igual a 500% recebem uma oferta especial com um desconto de 25% para o pronto pagamento dos serviços medicamente necessários.

As Diretrizes da Linha de Pobreza Federal (FPIG) são atualizadas anualmente e são publicados no site do estado no endereço <http://www.mass.gov>

Para aqueles com um FPIG menor de 500%, um dos critérios abaixo deve ser aplicado para uma renúncia total ou parcial, dos pagamentos devidos de uma parte responsável pelo pagamento dos serviços de saúde medicamente necessários fornecidos pelo Hospital.

A) Os ativos financeiros representam menos do que 30% da renda familiar.

OU

B) As despesas médicas não pagas representam 30% ou mais do que a renda familiar. Despesas médicas não pagas são definidas como quaisquer contas

pendentes de médicos ou instalações do Mass Eye and Ear ou contas de médicos do Mass Eye and Ear ou de qualquer outro provedor licenciado para serviços de saúde medicamente necessários. Isso não inclui encargos estimados para novos serviços ainda não prestados.

OU

- B) Existem outras circunstâncias financeiras extraordinárias.** Circunstâncias financeiras extraordinárias devem estar relacionadas com a capacidade financeira da parte responsável de pagar a sua parte dos custos dos serviços de saúde prestados. Para se qualificar para as circunstâncias financeiras extraordinárias, a totalidade (ou seja, a combinação dos rendimentos do indivíduo, patrimônio e outros encargos financeiros) das finanças da parte responsável deve demonstrar que o pagamento das quantias devidas pela parte responsável não seria razoável. A existência de co-pagamentos ou franquias elevadas resultantes da cobertura do seguro de saúde do paciente (ou ausência da mesma), sem uma determinação de necessidade financeira, não satisfazem os critérios de circunstâncias financeiras extraordinárias.

Para os requerentes com FPIG abaixo de 500%, que satisfaçam um dos critérios acima, existem duas categorias de Assistência Financeira Específica do Hospital:

1. Isenção de 100% - Aqueles com renda familiar igual ou inferior a 250% do FPIG atual são elegíveis para um desconto de 100%.
2. Isenção Parcial - Aqueles com renda familiar acima de 250%, mas igual ou inferior a 500% do FPIG atual são elegíveis para um desconto de pelo menos 50%. O desconto de Isenção Parcial atual pode ser encontrado em <http://www.masseyeandear.org/for-patients/patient-guide/financial-assistance> mediante um pedido a um Coordenador Financeiro do Hospital.

D. Limitações de Cobranças

1. O Hospital não cobrará de nenhuma pessoa quantias superiores às AGB por atendimentos de emergência e medicamento necessários, se a pessoa for elegível para receber assistência financeira no âmbito da política de atendimento de emergência e medicamento necessário.
2. O percentual das AGB é determinado usando-se o método “look-back” (Método de análise do histórico), que é calculado usando-se as taxas de reembolso do MassHealth (PCC e MMCO) juntamente com a Taxa de Serviço do Medicare e das operadoras privadas para um período de 12 meses, dividido pelo faturamento bruto de todos os pedidos de cobertura de despesas médicas. O percentual resultante é multiplicado pelo faturamento bruto de todo o atendimento de emergência e medicamento necessário para determinar as Quantias Geralmente Cobradas (AGB do termo em inglês). O percentual das Quantias Geralmente Cobradas (AGB) é recalculado anualmente. O prazo específico para o período de look-back e o percentual atual das Quantias Geralmente Cobradas (AGB) do Hospital podem ser encontrados em

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance> ou solicitados a um Coordenador Financeiro do Hospital.

E. Avisos e Requerimento de Assistência Financeira do Hospital e de Programas de Assistência Pública

E.1 Avisos de Disponibilidade de Assistência Financeira e Opções de Assistência Pública

Para as pessoas que não têm seguro de saúde ou têm cobertura insuficiente, o Hospital irá trabalhar com os pacientes para ajudá-los a inscreverem-se em programas de assistência pública e/ou de assistência financeira do hospital que possam cobrir algumas ou todas as suas despesas hospitalares não pagas. A fim de ajudar as pessoas sem seguro de saúde ou com cobertura insuficiente a encontrar opções disponíveis e adequadas, o Hospital irá fornecer a todos as pessoas um aviso geral da disponibilidade de programas de assistência pública e assistência financeira durante o registo inicial do paciente pessoalmente ou durante o check-in em um Hospital para um serviço, em todas as faturas de cobrança que são enviadas ao paciente ou seu fiador, e quando o provedor for notificado, ou através de devida diligência, tornar-se consciente de uma mudança no status de elegibilidade do paciente quanto à cobertura de seguro de saúde público ou privado.

Além disso, o Hospital afixará sinais, nas áreas de registro de internação, ambulatorial e admissão e registro, e nas áreas dos escritórios comerciais normalmente utilizadas pelos pacientes informando de maneira visível os pacientes da disponibilidade de assistência pública e assistência financeira do Hospital (incluindo os seguintes: MassHealth, Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net e Medical Hardship), além dos locais dentro do hospital e/ou os números de telefone que possam ligar para marcar uma consulta com um conselheiro certificado de inscrição. O objetivo desses avisos é ajudar as pessoas a inscreverem-se para a cobertura de um ou mais desses programas. Os sinais serão suficientemente grandes para serem claramente visíveis e legíveis a todos os pacientes que compareçam a essas áreas. Todos os sinais e os avisos serão traduzidos para outros idiomas além do Inglês, se tais idiomas forem o idioma principal de 1.000 indivíduos ou 5% dos residentes na área de serviço do Hospital.

E.2. Requerimento de Assistência Financeira do Hospital e de Programas de Assistência Pública

O Hospital está disponível para ajudar os pacientes a se inscrever em um programa de assistência pública estadual. Esses programas incluem o MassHealth, o Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector do estado, e o Children's Medical Security Plan. Com base nas informações fornecidas pelo paciente, o Hospital também irá identificar outras opções de cobertura disponíveis através de seu programa de assistência financeira, incluindo os programas da Health Safety Net e da Medical Hardship.

Para outros programas que não o programa da Medical Hardship, os requerentes podem fazer o pedido através do site online (localizado centralmente no site do Health Connector estadual), ou um pedido impresso, ou por telefone com um representante de serviço ao cliente localizado no MassHealth ou no Conector. As pessoas também podem pedir ajuda aos conselheiros

certificados de inscrição do Hospital, com a preparação e apresentação de seu pedido, seja no site ou utilizando um formulário impresso.

Para o programa Medical Hardship, o hospital trabalhará com o paciente para determinar se um programa como o Medical Hardship seria apropriado e para apresentar inscrição para a Medical Hardship à Health Safety Net. É obrigação do paciente fornecer todas as informações necessárias, conforme solicitado pelo Hospital dentro do prazo adequado, para garantir que o hospital possa apresentar um pedido completo. Se o paciente conseguir fornecer todas as informações em tempo hábil, o Hospital vai se esforçar para enviar o pedido completo concluído no prazo de cinco (5) dias úteis depois de receber todas as informações necessárias solicitadas. Se o pedido completo concluído não for apresentado no prazo de cinco dias úteis depois de receber todas as informações necessárias, não poderão ser realizadas ações de cobrança contra o paciente referentes às contas elegíveis para Medical Hardship.

O Hospital também pode ajudar os pacientes a inscreverem-se na Health Safety Net usando um processo de determinação presuntivo, que prevê um período limitado de elegibilidade. Este processo é realizado pelos coordenadores financeiros do hospital, que, com base nas declarações de informações financeiras do paciente feitas pelo mesmo, irão considerar se o paciente satisfaz a definição de paciente de baixa renda e se será coberto apenas para os serviços da Health Safety Net. A cobertura começará na data em que o provedor fizer a determinação até o final do mês seguinte ao mês em que a determinação presuntiva é feita. No entanto, a cobertura pode ser encerrada antecipadamente, se o paciente apresentar um pedido completo, como descrito acima.

Para obter assistência financeira prestada através do Hospital, o requerente deverá fornecer:

Renda:

- Identificação emitida pelo governo com fotografia
- Dois contracheques consecutivos
- Carta de adjudicação ou outras declarações que comprovem outras rendas
- A mais recente restituição do imposto de renda federal

Ativos:

- Extratos atuais de cada conta (conta corrente, poupança, CD's [Certificados de Depósito], ações, fundos mútuos)

Despesas:

- Extratos de despesas médicas
- Extratos de despesas domésticas
- Comprovação de circunstâncias financeiras extraordinárias
- Comprovação de negação do Medicaid

O Hospital não negará assistência financeira no âmbito da sua política de assistência financeira devido à falta de informações ou documentação, a menos que tais informações ou documentação sejam descritas como obrigatórias na sua política de assistência financeira ou no formulário de inscrição.

E.3 O Papel do Coordenador Financeiro do Hospital

O Hospital ajudará as pessoas sem seguro de saúde ou com seguro insuficiente a fazer um pedido de cobertura de saúde através de um programa de assistência pública ou do programa de assistência financeira do Hospital (incluindo, sem limitação, os seguintes: MassHealth, Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, e o Children's Medical Security Program), e trabalhará com cada pessoa para inscrevê-la no(s) programa(s) apropriado(s). O Hospital também irá ajudar os pacientes que desejam candidatar-se a assistência financeira do Hospital, que inclui cobertura através dos programas Health Safety Net e Medical Hardship.

O Hospital irá:

- a) fornecer informações sobre os diversos programas, incluindo os seguintes: MassHealth, Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net, e Medical Hardship;
- b) ajudar as pessoas a preencher um novo pedido de cobertura ou apresentar uma renovação para uma cobertura existente;
- c) trabalhar com a pessoa a obter toda a documentação necessária;
- d) apresentar pedidos de inscrição ou renovações (juntamente com toda a documentação necessária);
- e) interagir, quando aplicável e quando permitido sob as limitações atuais do sistema, com os Programas para saber o status de tais pedidos e renovações;
- f) ajudar a facilitar a inscrição dos requerentes ou beneficiários em programas de seguro de saúde; e
- g) oferecer e prestar assistência para o registro de eleitores.

O Hospital irá comunicar ao paciente da sua obrigação de fornecer ao Hospital e à agência estatal aplicável informações precisas e oportunas sobre o seu nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número do Social Security (se disponível), opções de cobertura de seguro atuais (incluindo o seguro da casa, do automóvel, e outros seguros de responsabilidade civil) que possam cobrir o custo do atendimento recebido, quaisquer outros recursos financeiros aplicáveis e informações de cidadania e residência. Essas informações serão apresentadas ao estado como parte do pedido de assistência de um programa público para determinar a cobertura para os serviços prestados ao paciente.

Se o a pessoa ou seu fiador não puder fornecer as informações necessárias, o Hospital poderá (a pedido do indivíduo) fazer esforços razoáveis para obter quaisquer informações adicionais de outras fontes. Tais esforços também incluem trabalhar com os indivíduos, quando solicitado pelo indivíduo, para determinar se uma fatura referente aos serviços deve ser enviada para o indivíduo para ajudá-lo(a) com o pagamento de uma franquia que precise ser paga somente uma vez. Isto ocorrerá quando o indivíduo estiver programando seus serviços, durante o pré-registo, enquanto o indivíduo estiver sendo admitido ao hospital, no momento da alta, ou por um período razoável após a alta do hospital. As informações que os conselheiros certificados de inscrição obtêm serão mantidas de acordo com as leis de privacidade e segurança federais e estaduais aplicáveis.

O Hospital também notificará o paciente durante o processo de inscrição de sua responsabilidade de informar tanto ao Hospital quanto ao órgão estadual que estiver fornecendo cobertura pelos serviços de saúde sobre qualquer terceira parte que possa ser responsável pelo pagamento de pedidos de cobertura de despesas médicas, incluindo uma apólice de seguro de casa, automóvel,

ou outra apólice de seguro de responsabilidade civil. Se o paciente apresentou uma reclamação de uma terceira parte ou entrou com uma ação contra uma terceira parte, o conselheiro certificado de inscrição irá notificar o paciente da obrigação de notificar o provedor e programa estadual no prazo de 10 dias de tais ações. O paciente também será informado de que deve ressarcir ao órgão estatal apropriado o valor dos cuidados de saúde cobertos pelo programa estadual, se houver uma recuperação do valor objeto da ação, ou atribuir direitos ao estado para permitir a recuperação do valor aplicável.

Quando a pessoa entra em contato com o Hospital, o Hospital tentará identificar se a pessoa se qualifica para um programa de assistência pública ou para o programa de assistência financeira do Hospital. Uma pessoa que esteja inscrita em um programa de assistência pública pode qualificar-se para determinados benefícios. As pessoas também podem beneficiar-se de assistência adicional baseada no programa de assistência financeira do Hospital, de acordo com o a renda documentada da pessoa e as despesas médicas admissíveis.