

Southcoast Hospitals Group

*Charlton Memorial Hospital
Saint Luke's Hospital
Tobey Hospital*

Política de apoio financeiro *(Financial Assistance Policy, FAP)*

*Baseada na lei 101 CMR 613.00 do Mass. EOHHS
e na
Secção 501(r) do Internal Revenue Code*

Em vigor a partir de: 1 de Outubro de 2016

Southcoast Hospitals Group

Política: POLÍTICA DE APOIOS FINANCEIROS

Data de entrada em vigor: 1 de OUTUBRO de 2016

POLÍTICA GERAL

A missão do grupo Southcoast é zelar pela saúde, melhorá-la e promover o bem estar dos indivíduos e comunidades que servimos. O Southcoast irá proporcionar cuidados médicos a todos aqueles que solicitem os seus serviços nas suas instalações, de acordo com a 613.08(1)(a). O Southcoast não faz discriminação com base na raça, cor de pele, nacionalidade de origem, cidadania, idade, religião, credo, género, orientação sexual, identidade de género ou deficiência, na aplicação da sua política relativa à aquisição e comprovação de informações financeiras, pré-admissão, pré-pagamentos que constituem depósitos prévios à prestação do tratamento, planos de pagamento, admissões adiadas ou rejeitadas, ou ao estatuto de Paciente com Incapacidade Económica (Low Income Patient). O hospital não irá adiar ou recusar tratamentos de emergência/urgentes a nenhum paciente.

O hospital reserva-se o direito de recusar ou adiar um tratamento caso o tratamento agendado para determinado paciente não seja considerado pelo seu médico assistente como emergência ou urgente.

O pagamento imediato de todas as contas hospitalares é necessário para o hospital poder manter a elevada qualidade dos serviços e a continuação da sua prestação. O hospital irá dar apoio e aconselhar os paciente e respectivas famílias quanto aos programas de assistência em termos de cuidados de saúde e apoios económicos para os quais sejam elegíveis.

Esta política de crédito e cobrança baseia-se em padrões da indústria de gestão de pacientes e destina-se a cumprir os critérios previamente definidos pela norma 101 CMR 613.00 emitida pelo Executive Office of Health and Human Services (critérios regulamentares relativos à política de crédito e cobrança dos hospitais que prestam cuidados em situações agudas) e a secção 501(r) do código de rendimento interno (Internal Revenue Code), conforme exigido na Secção 9007(a) da lei federal relativa a cuidados acessíveis e protecção de pacientes (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) (Pub. L.Nº 111-148).

As nossas políticas de crédito e cobrança estão de acordo com a 101 CMR 613.08(1)(c)1 e com listas de fornecedores associados (se aplicável), como descrito em 101 CMR 613.08(1)(d), disponível no site do Southcoast Health, <http://www.southcoast.org>.

Índice

Política geral

SECCÃO 1: CRITÉRIOS RELATIVOS A SERVIÇOS ELEGÍVEIS PARA APOIOS FINANCEIROS

- A. Elegibilidade relativamente a apoios financeiros – Somente Mass.
 - 1. Processo de aprovação da elegibilidade
 - 2. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica – Total
 - 3. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica – Parcial
 - 4. Carência de cuidados médicos
 - 5. Período de elegibilidade
 - 6. Datas da cobertura médica
 - 7. Cuidados prestados gratuitamente

- B. Elegibilidade relativamente a apoios financeiros – Somente Não-Mass.
 - 1. Processo de aprovação da elegibilidade
 - 2. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica – Total
 - 3. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica – Parcial
 - 4. Período de elegibilidade
 - 5. Datas da cobertura médica
 - 6. Cuidados prestados gratuitamente

- C. Isenção relativamente a iniciativas de cobrança

- D. Iniciativas extraordinárias de cobrança

SECCÃO 2: SINALIZAÇÃO E NOTIFICAÇÕES - PRÁTICAS RELATIVAS A SINALIZAÇÃO E NOTIFICAÇÕES

- A. Idioma

- B. Sinalização

- C. Práticas de notificação

SECCÃO 3: CLASSIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE EMERGÊNCIA

- A. Determinação de cuidados de emergência

- B. Lista de associados que são fornecedores de cuidados de emergência e de outros cuidados médicos necessários (Medically Necessary Care Provider Affiliation List)

SECÇÃO 1: CRITÉRIOS RELATIVOS A SERVIÇOS ELEGÍVEIS PARA APOIOS FINANCEIROS

A. Elegibilidade relativamente a apoios financeiros – Somente Mass.

1. Processo de aprovação da elegibilidade

- a) O paciente tem que ser residente na comunidade de Massachusetts, fornecer documentos de identidade para verificação, e comprovar que o Rendimento Bruto Ajustado Modificado (Modified Adjusted Gross Income) do seu agregado familiar MassHealth (MAGI Household) é igual ou inferior a 300% of the FPL, sendo que um individuo pode ser considerado Paciente com Incapacidade Económica (Low Income Patient) se o mesmo tiver solicitado assistência Medicaid através do formulário de candidatura para seniores (Senior Application), conforme definido na 130 CMR 515.001 e comprovar que o Rendimento Contabilizável (Countable Income) do respectivo agregado com Carência de cuidados médicos (Medical Hardship Family) é igual ou inferior a 300% do FPL.
- b) O SHG irá consultar o sistema de verificação de elegibilidade da MassHealth (Eligibility Verification System, EVS) para determinar se um paciente se encontra inscrito no MassHealth, na Health Safety Net ou é elegível para os programas para seniores, portadores de deficiência e crianças: Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC); ou Children's Medical Security Plan (CMSP).
- c) O SHG irá confirmar o rendimento reportado pelo agregado. O SHG irá comparar o rendimento reportado pelo agregado com as mais recentes linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines).
- d) A comprovação do rendimento bruto auferido mensalmente pode incluir (mas não está limitado a) o seguinte:
 - recibos de salários recentes;
 - uma declaração assinada pelo empregador; ou
 - a declaração de impostos mais recente.
- e) A comprovação do rendimento bruto não auferido mensalmente deverá incluir (mas não está limitado a) o seguinte:
 - cópia de cheque ou recibo de salário recente emitido pela fonte de rendimento, demonstrativo do rendimento bruto
 - declaração emitida pela fonte de rendimento, quando não é possível comprovar de outro modo;
 - a declaração de impostos mais recente.
- f) A comprovação do rendimento bruto mensal também pode incluir qualquer outro comprovativo fiável do rendimento auferido ou não auferido do candidato.
- g) Os menores que beneficiem de serviços confidenciais ao abrigo da M.G.L. c.112, Secção 12 F, podem candidatar-se ao estatuto de Paciente com Incapacidade Económica, utilizando informação relativa ao seu próprio rendimento. Relativamente a todos os outros serviços, os menores estão sujeitos aos padrões para os processos de Determinação do estatuto de Paciente com Incapacidade Económica.

- h)** O paciente não pode estar segurado ou, caso tenha seguro, este terá que ser insuficiente face aos serviços prestados.
- i)** uma política de aceitação de uma casa ou veículo motorizado que é proprietário, (2) políticas relativas a acidentes em geral, (3) programas de compensação do trabalhador, (4) políticas relativas a seguros para alunos, entre outras. De acordo com a legislação aplicável no estado, relativamente a qualquer pedido de indemnização que permita que o SHG recupere créditos de cuidados de saúde facturados a um privado ou a um segurador público, o SHG irá reportar a recuperação e descontá-la do montante a pagar pelo privado ou pelo segurador público. Relativamente a programas públicos de assistência, não é exigido ao hospital que assegure o direito do paciente a obter a cobertura, por uma entidade terceira, dos serviços prestados devido a um acidente de viação. Em tais casos, o Estado de Massachusetts irá procurar atribuir os custos dos serviços fornecidos ao paciente e que foram pagos pelos serviços administrativos da Medicaid ou pela rede de cuidados de saúde “Health Safety Net”.
- j)** Caso o pessoal dos serviços de admissão do SHG tome conhecimento de que os serviços fornecidos a um Paciente com Insuficiência Económica (Low Income Patient) estão relacionados com um acidente ou ferimento que poderá resultar num pedido de indemnização a terceiros (Third Party Liability, TPL) ou num processo em tribunal, o paciente será notificado relativamente à obrigação de notificar o programa público de assistência adequado.
- k)** O SHG irá utilizar o sistema Virtual Gateway para determinar o estatuto de Paciente com Incapacidade Económica dos candidatos. Relativamente a pacientes com mais de 65 anos, será feita uma candidatura completa em papel, baseada na lei federal de acessibilidade dos seniores aos cuidados de que necessitam (Senior Affordable Care Act).
- l)** A candidatura terá que ser completada através do sistema de verificação HIX Verification System, uma solicitação de benefícios na área da saúde que é recebida pela agência MassHealth e que inclui toda a informação necessária e uma assinatura do candidato ou de um representante por si autorizado. A candidatura pode ser submetida online em www.MAHealthConnector.org, ou o candidato pode completar uma candidatura em papel, por telefone, ou presencialmente num centro de inscrição da MassHealth (MassHealth Enrollment Center, MEC). A data da candidatura de uma candidatura feita online, telefonicamente ou presencialmente é a data em que a candidatura foi apresentada à agência MassHealth. A data da candidatura de uma candidatura em papel que é remetida por email ou fax é a data em que a candidatura é recepcionada pela agência MassHealth
- m)** Apoio da MassHealth à família - Crianças. Menores inscritos na Family Assistance/Premium Assistance cujo rendimento familiar MassHealth (MAGI Household) ou Medical Hardship Family Countable Income, conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), se situa entre 150% e 300% do FPL e que reportaram ao MassHealth que estão inscrito no seguro de saúde.
- n)** A agência MassHealth do mercado de seguros de saúde da comunidade (Commonwealth Health Insurance Connector) notifica o individuo da decisão relativa à sua elegibilidade para cobertura de cuidados de saúde ou de que lhe foi atribuído o estatuto de Paciente com Incapacidade Económica (Low Income Patient).
- o)** As Circunstâncias especiais (Special Circumstances) incluem indivíduos com 19 anos ou menos e elegíveis para Serviços confidenciais, indivíduos que sofreram abusos e maus tratos, indivíduos que se encontram detidos ou candidatos que alegaram Carência de cuidados médicos (Medical Hardship).
- p)** O SHG irá notificar o candidato da decisão relativa à sua elegibilidade para Serviços confidenciais

2. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica - Total/Primária/Secundária

- a) Rendimento do agregado igual ou inferior a 150% do referido nas linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines). Um Paciente com Incapacidade Económica é elegível relativamente à Health Safety Net - Primária ou Secundária, se não tiver/tiver seguro e comprovar rendimentos abrangidos pelo MassHealth MAGI Household Income ou pelo Medical Hardship Family Income, como descrito em 101 CMR 613.04(1).

3. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica - Parcial

- a) Rendimento do agregado entre 150% e 300% do referido nas linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines). Um paciente com Incapacidade Económica elegível tanto para a Health Safety Net - Primária ou Secundária, que comprove rendimentos abrangidos pelo MassHealth MAGI Household ou pelo Medical Hardship Family Income, como descrito em 101 CMR 613.04(1), incluindo pessoas abrangidas pelo Medical Security Plan
- b) Dedução anual - A Dedução anual (Annual Deductible) para pagamentos parciais (Partial Payment) corresponde a 40% da diferença entre o Rendimento do agregado do candidato e 150% - 300% do referido nas linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines). O paciente é responsável pelo pagamento de todos os serviços prestados até ao valor da dedução estipulado em 101 CMR 613.04(6)(c).
- c) Dedução anual por família - Um único pagamento parcial dedutível por família por período aprovado.
- d) Rastreamento das deduções - O montante da Dedução Anual pode ser aplicado a todos os Serviços Elegíveis fornecidos a um Paciente com insuficiência económica ou a um elemento do seu agregado familiar durante o Período de Elegibilidade. Cada um dos elementos do agregado familiar tem que ter o estatuto de Paciente com insuficiência económica para que as suas despesas relativas a Serviços elegíveis sejam consideradas para a Dedução. O SHG irá rastrear as despesas com Serviços Elegíveis até o paciente atingir o montante da dedução. Se for atribuída Incapacidade Económica a mais do que um elemento do agregado familiar, ou se mais do que um Fornecedor atribuir Incapacidade Económica ao paciente ou a elementos do respectivo agregado, é da responsabilidade do paciente rastrear as deduções e fornecer documentação ao Fornecedor quando a Dedução tiver sido atingida.
- e) O paciente tem que inserir despesas com Serviços Elegíveis que ultrapassem o montante da Dedução Anual para que o SHG possa submeter um pedido de Serviços Elegíveis.

4. Carência de cuidados médicos

- a) Uma pessoa residente em Massachusetts com qualquer nível de rendimentos pode qualificar-se para o estatuto de pessoa com Carência de cuidados médicos se as suas despesas médicas admissíveis depauperaram o rendimento e os recursos do agregado de tal modo que lhe seja impossível pagar serviços para os quais é elegível. A determinação do estatuto de pessoa com Carência de cuidados médicos é uma determinação única e não uma categoria de elegibilidade contínua. Um candidato pode submeter apenas duas candidaturas ao estatuto de pessoa com Carência de cuidados médicos num período de doze meses e o fornecedor tem que submeter a candidatura completa à Health Safety Net no período de cinco dias úteis. Para se qualificar como pessoa com Carência de cuidados médicos, o paciente tem que se enquadrar na qualificação em termos de despesas e de

recursos. Um candidato ao estatuto de pessoa com Carência de cuidados médicos tem que submeter a candidatura completa e fornecer a documentação necessária relativa ao Rendimento contabilizável (Countable Income), a documentação relativa à residência em Massachusetts, comprovativo de identidade e documentação contendo detalhes sobre os itens relativos às despesas médicas.

- b) Despesas médicas admissíveis - As despesas médicas admissíveis do paciente baseiam-se na análise da documentação submetida. As Despesas médicas admissíveis apenas podem incluir facturas relativas à Carência de cuidados médicos, emitidas por qualquer Fornecedor de cuidados de saúde que, se forem pagas, se qualifiquem como despesas médicas dedutíveis nos impostos federais sobre rendimentos. O paciente é responsável pelo período decorrido até doze meses antes da data da sua candidatura ao apoio relativo à Carência de cuidados médicos. As Despesas médicas admissíveis não incluem facturas relativas a serviços realizados enquanto o candidato detinha o estatuto de Paciente com insuficiência económica ou estava inscrito num dos programas de apoio (MassHealth ou Premium Assistance Payment Program) operados pelo Health Connector. As facturas incluídas durante o período abrangido por uma decisão relativa ao apoio relativo à Carência de cuidados médicos não são incluídas numa candidatura subsequente.
- c) Contribuição relativa à Carência de cuidados médicos - A contribuição exigida ao candidato é calculada como uma percentagem específica do Rendimento definida em 101 CMR 613.05(1), baseada no rendimento do agregado com Carência de cuidados médicos (Medical Hardship Family's FPL), multiplicado pelo Rendimento real após deduzir facturas não elegíveis para pagamento pela Health Safety Net, pelas quais o candidato continua a ser responsável. Existe uma contribuição de Carência de cuidados médicos correspondente a cada determinação de Carência de cuidados médicos. Se for atribuído ao candidato o estatuto de Paciente com insuficiência económica ou aquele for elegível para o MassHealth, a contribuição exigida ao candidato será protelada até a situação do estado de Paciente com insuficiência económica ou a sua elegibilidade para o MassHealth estar concluída. Se a Health Safety Net aprovar duas candidaturas ao estatuto de pessoa com Carência de cuidados médicos durante um período de doze meses, os serviços administrativos irão calcular a correspondente proporção dos valores da contribuição.

5. Período de elegibilidade

- a) Para indivíduos a quem foi atribuído o estatuto de Paciente com Incapacidade Económica, o paciente pode ser elegível para serviços desde o 10º dia anterior à data de atribuição do estatuto.
- b) A atribuição do estatuto de Paciente com insuficiência económica será efectiva durante o período máximo de um ano a partir da data da atribuição do estatuto, sujeito a reavaliação e verificação de que o rendimento MassHealth MAGI Household Income ou pelo Medical Hardship Family Income do paciente, como descrito em 101 CMR 613.04(1), ou a sua situação em termos de seguro não sofreu uma alteração de tal modo que o paciente já não apresente os requisitos de elegibilidade.

6. Data da cobertura médica

- a) A data da cobertura médica tem início no 10º dia antes da data em que a Candidatura é recebida, conforme descrito em 130 CMR 502.003(D).
- b) Se os comprovativos necessários que constam da lista da Informação necessária forem recebidos após o período de 90 dias referido em 101 CMR 613.02: *Data da cobertura médica* (a), a data do início da cobertura médica é 10 dias antes da data da recepção dos comprovativos, se esses comprovativos forem recebidos no intervalo de um ano após recepção da candidatura.

- c) Relativamente a menores de 21 anos e gestantes a quem é atribuída elegibilidade provisória (Provisional Eligibility), como descrito na 130 CMR 502.003: *Verificação dos factores de elegibilidade*, a data da cobertura médica tem início dez dias antes da data da candidatura. Relativamente a todos os outros candidatos a quem é atribuída elegibilidade provisória (Provisional Eligibility), como descrito na 130 CMR 502.003: *Verificação dos factores de elegibilidade*, a data da cobertura médica tem início na data da determinação provisória de elegibilidade. Se todos os comprovativos forem recepcionados antes de terminar o período de elegibilidade provisória, a data da cobertura médica do tipo de cobertura atestado terá início dez dias antes da data da Candidatura

7. Cuidados prestados gratuitamente

- a) Para indivíduos com o estatuto de Paciente com Incapacidade Económica, quaisquer serviços anteriores à data de atribuição do estatuto e que não sejam cobertos pela Health Safety Net, serão inscritos como Cuidados prestados gratuitamente (Charity Care).
- b) Serviços recusados pela HSN (Health Safety Net) por não serem considerados medicamente necessários, serão considerados Cuidados prestados gratuitamente (Charity Care) pelo SHG.
- c) Para pacientes com idade inferior a 65 anos, as participações no seguro e as deduções para beneficiários da MassHealth e da MassHealth Managed Care serão considerados Cuidados prestados gratuitamente (Charity Care) se continuarem por resolver no momento da conclusão do processo de cobrança pelo SHG.

B. Elegibilidade relativamente a apoios financeiros: Somente Não-Mass.

1. Processo de aprovação da elegibilidade

- a) O paciente tem que fornecer comprovativo de identificação e comprovar que o rendimento bruto ajustado e modificado (Modified Adjusted Gross Income) do seu agregado familiar é igual ou inferior a 300% do FPL.
- b) O SHG irá consultar o sistema de verificação de elegibilidade do estado, para determinar se um paciente se encontra inscrito no Medicaid ou noutro programa de apoios do estado.
- c) O SHG irá verificar o rendimento reportado pelo agregado. O SHG irá comparar o rendimento reportado pelo agregado com as mais recentes linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines).
- d) A comprovação do rendimento bruto auferido mensalmente pode incluir (mas não está limitada a) o seguinte:
- recibos de salários recentes;
 - uma declaração assinada pelo empregador; ou
 - a declaração de impostos mais recente.
- e) A comprovação do rendimento bruto não auferido mensalmente deverá incluir (mas não está limitada a) o seguinte:

- cópia de cheque ou recibo de salário recente emitido pela fonte de rendimento, demonstrativo do rendimento bruto;
- declaração emitida pela fonte de rendimento, quando não é possível comprovar de outro modo;
- a mais recente declaração de impostos mais recente.

- f) A comprovação do rendimento bruto mensal também pode incluir qualquer outro comprovativo fiável do rendimento auferido ou não auferido pelo candidato.
- g) O paciente não pode estar segurado ou, caso tenha seguro, este terá que ser insuficiente face aos serviços prestados.
- h) O SHG irá procurar investigar se uma terceira entidade pagadora pode ser responsável por serviços fornecidos pelo SHG, incluindo (embora não limitado a): (1) uma política de aceitação de uma casa ou veículo motorizado que é proprietário, (2) políticas relativas a acidentes em geral, (3) programas de compensação do trabalhador, (4) políticas relativas a seguros para alunos, entre outras. De acordo com a legislação aplicável no estado, relativamente a qualquer pedido de indemnização que permita que o SHG recupere créditos de cuidados de saúde facturados a um privado ou a um segurador público, o SHG irá reportar a recuperação e descontá-la do montante a pagar pelo privado ou pelo segurador público. Relativamente a programas públicos de assistência, não é exigido ao hospital que assegure o direito do paciente a obter a cobertura, por uma entidade terceira, dos serviços prestados devido a um acidente de viação.
- i) Caso o pessoal da admissão do SHG tome conhecimento de que os serviços fornecidos a um Paciente com Insuficiência Económica (Low Income Patient) estão relacionados com um acidente ou ferimento que poderá resultar num pedido de indemnização a terceiros (Third Party Liability, TPL) ou num processo em tribunal, o paciente será notificado relativamente à obrigação de notificar o programa público de assistência adequado.

2. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica - Total/Primária/Secundária

- a) Rendimento do agregado igual ou inferior a 150% do referido nas linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines).

3. Critérios relativos ao rendimento para atribuição de Incapacidade Económica - Parcial

- a) Rendimento do agregado entre 150% e 300% do referido nas linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines).
- b) Dedução anual - A Dedução anual (Annual Deductible) para pagamentos parciais (Partial Payment) corresponde a 40% da diferença entre o Rendimento do agregado do candidato e 150% - 300% do referido nas linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines). O paciente é responsável pelo pagamento de todos os serviços prestados até ao valor dedutível. Dedução anual por família - Valor total, em qualquer ano, dos co-pagamentos de um indivíduo, limitado pela Dedução anual. Um único pagamento parcial dedutível por família por período aprovado.
- c) O paciente tem que inserir despesas com Serviços Elegíveis que ultrapassem o montante da Dedução Anual para que o SHG possa submeter um pedido de Serviços Elegíveis.

4. Período de elegibilidade

- a) A atribuição do estatuto de Paciente com insuficiência económica será efectiva durante o período máximo de um ano a partir da data da atribuição do estatuto, sujeito a reavaliação e verificação de que o rendimento do agregado do paciente e a sua situação em termos de seguro não apresentam alteração de tal modo que o paciente já não apresente os requisitos de elegibilidade.

5. Data da cobertura médica

- a) Se os comprovativos necessários que constam da lista da Informação necessária forem recebidos após o período de 90 dias referido em 101 CMR 613.02: *Medical Coverage Date(a)*, a data do início da cobertura médica é 10 dias antes da data da recepção dos comprovativos, se esses comprovativos forem recebidos no intervalo de um ano após recepção da candidatura.
- b) Para menores de 21 anos e gestantes a quem é atribuída elegibilidade provisória (Provisional Eligibility), como descrito na 130 CMR 502.003: *Comprovação dos factores de elegibilidade*, a data da cobertura médica tem início dez dias antes da data da candidatura. Relativamente a todos os outros candidatos a quem é atribuída elegibilidade provisória (Provisional Eligibility), como descrito na 130 CMR 502.003: *Comprovação dos factores de elegibilidade*, a data da cobertura médica tem início na data da determinação provisória de elegibilidade. Se todos os comprovativos forem recepcionados antes de terminar o período de elegibilidade provisória, a data da cobertura médica do tipo de cobertura atestado terá início dez dias antes da data da Candidatura.

6. Cuidados prestados gratuitamente

- a) Para indivíduos com o estatuto de Paciente com Incapacidade Económica, os serviços serão considerados Cuidados prestados gratuitamente (Charity Care) durante um ano, a partir da data de candidatura.
- b) Serviços recusados antes da data de candidatura também irão ser considerados Cuidados prestados gratuitamente (Charity Care).

C. Isenção relativamente a iniciativas de cobrança

- 1. Estão isentos relativamente a qualquer procedimento de cobrança ou facturação para além da factura inicial de acordo com a legislação estatal, os seguintes indivíduos Pacientes inscritos num programa público com seguro de saúde, incluindo (mas não limitado a): MassHealth, Health Safety Net, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, Children's Medical Security Plan, conforme determinado pelo Medicaid - sujeito ao seguinte:
 - a) O SHG pode promover iniciativas de cobrança relativamente a qualquer paciente inscrito nos programas acima referidos, para obter co-pagamentos, co-seguros e deduções previamente definidos por cada programa específicos.
 - b) O SHG também pode dar início à facturação ou cobrança face a um Paciente que alega estar abrangido por um programa de apoio financeiro que cobre os custos dos serviços do SHG, mas não comprova tal situação. Após recepção de comprovativo satisfatório de que um paciente se encontra abrangido por um programa de apoio (incluindo recepção ou comprovação de candidatura assinada), o SHG cessa todas as suas iniciativas de facturação ou cobrança.

- c) O SHG pode prosseguir as suas iniciativas de cobrança face a um Paciente com Incapacidade Económica, relativas a serviços prestados antes da determinação do estatuto de Paciente com Incapacidade Económica, desde que o estatuto de Paciente com Incapacidade Económica actualmente tenha terminado ou expirado. Porém, assim que um paciente for considerado elegível e inscrito na Health Safety Net, no MassHealth, ou em determinados programas de prestação de cuidados da comunidade (Commonwealth Care programs), o SHG irá cessar todas as suas iniciativas de cobrança relativas a serviços prestados antes da data de elegibilidade.
- d) O SHG não irá promover iniciativas de cobrança relativamente a um indivíduo a quem foi atribuída Carência de cuidados médicos pelo programa Health Safety Net de Massachusetts, relativamente ao montante da factura que excede a contribuição por Carência de cuidados médicos.
- e) A pedido do Paciente, um Fornecedor pode facturar a um Paciente com Incapacidade Económica, de modo a possibilitar que o Paciente cumpra o que é exigido em termos da Dedução única da Commonwealth, conforme descrito em 130 CMR 506.009:
A Dedução única.
- f) Os indivíduos abrangidos pelo plano de seguro para cuidados médicos destinado a crianças (Children Medical Security Plan) cujo rendimento MAGI for igual ou inferior a 300% do FPL também estão isentos relativamente a iniciativas de cobrança. O Fornecedor pode dar início à cobrança face a um Paciente que alega estar abrangido pelo plano de seguro para cuidados médicos destinado a crianças, mas não comprova tal situação. Após recepção de comprovativo satisfatório de que um Paciente se encontra abrangido pelo plano de seguro para cuidados médicos destinado a crianças, o Fornecedor tem que cessar todas as iniciativas de cobrança.
- g) O SHG não irá reter o salário de um Paciente com Incapacidade Económica (atribuído pelos serviços administrativos da Medicaid) ou do respectivo tutor, nem executar uma garantia sobre a residência dos mesmos ou sobre o(s) veículo(s) motorizado(s) de que sejam proprietários, a menos que:
 - (1) O SHG possa demonstrar que o paciente ou o seu tutor tem capacidade para proceder ao pagamento.
 - (2) O paciente/tutor não tenha respondido às solicitações de informação recebidas do hospital, ou o paciente/tutor recuse cooperar com o SHG no sentido de encontrar um programa de apoio financeiro adequado ou que, para efeitos de garantia, tenha sido aprovado pelo *Board of Trustees* do SHG com base numa análise caso a caso.
- h) O SHG e os seus agentes não darão continuidade à facturação ou cobrança face a um paciente que se encontra abrangido por procedimentos relativos a uma situação de banca rota, excepto no sentido de assegurar os seus direitos de credor na ordem adequada.
- i) O SHG e os seus agentes não cobrarão interesses relativamente a um saldo excedido por um Paciente com Incapacidade Económica
- j) O SHG irá submeter a candidatura completa à Health Safety Net no período de cinco dias úteis. Caso não submeta aos serviços administrativos da Health Safety Net a candidatura completa dentro desse intervalo de tempo, SHG não irá promover iniciativas de cobrança

relativamente a um candidato, relativamente ao montante da factura que seria elegível para pagamento por Carência de cuidados médicos, caso a candidatura tivesse sido submetida e aprovada.

- k) O SHG utiliza as taxas da Medicare para determinar os montantes normalmente cobrados (amounts generally billed, AGB) pelos cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários. Após determinação da elegibilidade para FAPs, não pode ser cobrado a um indivíduo elegível para FAPs um montante superior ao normalmente cobrado (AGB) pelo(s) cuidado(s) de emergência ou outro(s) cuidado(s) médico(s) necessário(s) prestado(s).

D. Iniciativas extraordinárias de cobrança (Extraordinary Collection Actions, ECA)

1. Não serão tomadas iniciativas extraordinárias de cobrança (ECA) antes do SHG ter desenvolvido esforços razoáveis para determinar se o indivíduo é elegível para obter apoio financeiro. O SHG irá proporcionar um período de espera de 120 dias antes de dar início a cobranças. Durante esse período, os paciente poderão candidatar-se a apoio financeiro e dar início ao processo de candidatura. O SHG irá desenvolver esforços razoáveis para determinar se o paciente é elegível para obter apoio financeiro (FAP), incluindo:
 - a) O SHG irá notificar o indivíduo quanto aos apoios financeiros (FAP);
 - b) Caso um indivíduo submeta uma candidatura incompleta aos FAP, o SHG tem que fornecer ao indivíduo a informação relevante para completar a respectiva candidatura; e
 - c) Caso um indivíduo submeta uma candidatura completa aos FAP, o SHG irá proceder e documentar uma avaliação da elegibilidade do indivíduo.
2. Acções legais que requerem um processo jurídico ou uma acção judicial, incluindo:
 - a) Instaurar uma penhora sobre uma propriedade de um indivíduo;
 - b) Executar um imóvel;
 - c) Arresto ou penhora de uma conta bancária ou outra propriedade da pessoa;
 - d) Iniciar uma acção civil contra um indivíduo;
 - e) Requerer a detenção de um indivíduo;
 - f) Requerer que o indivíduo seja sujeito a apresentação a juiz; e requerer a retenção de parte do salário do indivíduo.

SECCÃO 2: SINALIZAÇÃO E NOTIFICAÇÕES - TIPOS DE SINALIZAÇÃO E NOTIFICAÇÕES

A. Idioma

1. O SHG irá fornecer documentos de candidatura aos FAP e instruções de preenchimento resumidas, traduzidos para qualquer idioma falado por um grupo com conhecimentos reduzidos de Inglês constituído por 1000 pessoas, no mínimo, ou que corresponda a 5% da população de pacientes servidos pelo SHG.

B. Sinalização

1. O SHG irá colocar sinalização em todos os locais de registo (i.e., clínicas para pacientes em regime de internamento, urgências, etc).
2. A sinalização irá informar os pacientes quanto à disponibilidade de programas de apoio financeiro e aos locais onde poderão candidatar-se a tais programas.
3. A sinalização terá dimensão suficiente para ser facilmente visível e legível pelos pacientes que visitam as áreas onde se encontra. A sinalização irá estar em conformidade com o regulamentado em 13.08(1)(e).
4. A sinalização irá estar disponível em Inglês, Espanhol e Português.

C. Tipos de notificação

1. O SHG irá notificar individualmente, quanto à disponibilidade de programas de apoio financeiro, incluindo o de Carência de cuidados médicos, qualquer paciente que se prevê que irá incorrer em encargos, exclusivos de itens ou serviços de conveniência pessoal que não podem ser totalmente cobertos por entidades terceiras. As notificações irão estar disponíveis em Inglês, Espanhol e Português. **(Comprovativos A1, A2, A3)**.
2. O SHG irá incluir uma notificação relativa aos Serviços elegíveis para Pacientes com Incapacidade Económica e programas públicos de apoio na nossa factura inicial. **(Comprovativo B)**
3. O SHG irá incluir uma breve notificação relativa aos Serviços elegíveis para Pacientes com Incapacidade Económica em todas as nossas iniciativas de cobrança por escrito. **(Exemplo de carta - Comprovativo C)**
4. O SHG irá notificar o paciente quanto aos planos de pagamento disponíveis quando o paciente se qualifica para o estatuto de Incapacidade económica parcial (Low Income Partial) ou de pessoa com Carência de cuidados médicos (Medical Hardship).
5. O SHG irá aconselhar os pacientes relativamente à sua responsabilidade de notificar o SHG relativamente a quaisquer alterações do Rendimento do Agregado ou do estado do respectivo seguro quando o pessoal de registo/admissão do SHG interagir com o paciente.
6. O SHG irá aconselhar os pacientes relativamente à sua responsabilidade de rastrear as deduções e fornecer documentação ao SHG de que o montante da dedução foi atingido nos casos em que mais do que um elemento do agregado familiar detiver o estatuto de Incapacidade Económica ou nos casos em que o paciente ou elementos do respectivo agregado recebam Serviços Elegíveis prestados por mais de um Fornecedor.
7. Os serviços administrativos da Health Safety Net notificam tanto o Fornecedor como o candidato quanto à determinação da Carência de cuidados médicos (Medical Hardship).

SECCÃO 3: CLASSIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE EMERGÊNCIA

A. Determinação de cuidados de emergência

1. A urgência de tratamento associada aos sintomas clínicos manifestados por cada paciente será determinada por um profissional médico responsável pela triagem. A classificação da condição médica dos pacientes tem como finalidade única a gestão clínica (ou triagem), e as classificações atribuídas destinam-se a indicar a ordem pela qual os médicos devem observar os pacientes, com base nos sintomas clínicos que manifestam. As classificações não reflectem uma avaliação médica da condição médica do paciente reflectida num diagnóstico final. As classificações são feitas de acordo com o que se encontra definido nas políticas e procedimentos de triagem do departamento de emergência do SHG.
2. De acordo com o artigo 42 da lei federal relativa ao trabalho activo e ao tratamento médico de emergência (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) dos E.U.A., o SHG classifica como cuidado de emergência qualquer pessoa que entre no hospital solicitando tratamento de emergência ou que entre no departamento de urgência solicitando tratamento médico. Muito frequentemente surgem nas salas de serviços de urgência do SHG pessoas que não estão agendadas. As pessoas que não estão agendadas e que solicitam serviços de urgência apresentando-se em outras unidades, clínicas ou áreas auxiliares para pacientes em regime de internamento, podem também ser submetidas a um exame médico de urgência em conformidade com o EMTALA. Será proporcionado ao paciente o exame e tratamento relativos às condições médicas ou quaisquer outros serviços, nas proporções consideradas necessárias de acordo com o EMTALA, sendo considerados cuidados de emergência (para efeitos de cuidados não compensados).

B. Lista de associados que são fornecedores de cuidados de emergência e de outros cuidados médicos necessários (Medically Necessary Care Provider Affiliation List)

1. O SHG definiu uma lista de associados que são fornecedores de cuidados de emergência e de outros cuidados médicos necessários. A lista indica quais os fornecedores associados com os quais existem acordos e quais os que não são elegíveis por determinado programa de apoio (FAP). Esta lista é actualizada a cada quatro meses e encontra-se acessível através do site do grupo Southcoast Health <http://www.southcoast.org>.

Glossário:

Programas de apoio financeiro

Um programa de apoio financeiro (Financial Assistance Program, ou FAP) é um programa com a finalidade de apoiar pacientes com incapacidade económica, que de outro modo não têm capacidade para pagar os serviços de cuidados de saúde de que necessitem. O apoio deve ter em conta a capacidade de contribuição de cada indivíduo face aos custos dos cuidados de que necessita. Também devem ser tidos em conta os casos de pacientes que esgotaram os benefícios dos respectivos seguros e/ou excederam os critérios de elegibilidade mas são confrontados com custos médicos extraordinários. Um programa de apoio não é um substituto para um seguro promovido pelo empregador, por entidades públicas de apoio financeiro ou para um plano de seguro adquirido individualmente.

Residente

Uma pessoa que mora em Massachusetts e tem intenção de aí permanecer durante um período indefinido. Um residente não é obrigado a manter um endereço fixo. A inscrição numa instituição de ensino superior de Massachusetts ou o internamento numa instituição médica de Massachusetts que não constitua um local de prestação de cuidados de enfermagem, não é suficiente para ser considerado residente..

Terceiro

Qualquer indivíduo, entidade ou programa que é ou pode ser responsável pelo pagamento de todo ou parte dos custos dos serviços médicos.

COMPROVATIVOS

- A.** Notificação de Pacientes com Insuficiência Económica
 - 1.** Inglês
 - 2.** Espanhol
 - 3.** Português
- B.** Carta para aprovação de estatuto de Incapacidade Económica Parcial
- C.** Exemplo de sinalização