

# ***Southcoast Hospitals Group***

***Charlton Memorial Hospital  
St. Luke's Hospital Tobey  
Hospital***

## ***Política de crédito e cobrança* *(Credit and Collection Policy)***

***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 CRÉDITO E COBRANÇA**

**Data da efectivação:**

**1 de OUTUBRO de 2016**

### **POLÍTICA GERAL**

A missão do grupo Southcoast é zelar pela saúde dos indivíduos e comunidades que servimos, melhorá-la e promover o bem estar. 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). Um Fornecedor não pode fazer 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 manter a elevada qualidade dos serviços e a continuação da sua prestação. O hospital irá dar apoio e aconselhar os pacientes 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 (critérios regulamentares relativos à política de crédito e cobrança dos hospitais que prestam cuidados em situações agudas) emitida pelo Executive Office of Health and Human Services Policy 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.º 111-148).

As nossas políticas de crédito e cobrança estão de acordo com a 101 CMR 613.08(1)(c)1 e com as listas de fornecedores associados (se aplicável), como descrito em 101 CMR 613.08(1)(d), encontrando-se disponíveis no site do Southcoast Health.

## Índice

### **SECCÃO 1: INFORMAÇÃO SOBRE COBERTURA E RECURSOS DOS PACIENTES**

- A. Recolha de informação
- B. Submissão de reclamações ao segurador

### **SECCÃO 2: MODALIDADES DE PAGAMENTO**

- A. Expectativas relativas ao pagamento
- B. Depósitos
- C. Descontos
- D. Planos de pagamento

### **SECCÃO 3: DETERMINAÇÃO DE DÉBITO INCOBRÁVEL (BAD DEBT)**

- A. Política de facturação a terceiros
- B. Determinação de pagamento pelo indivíduo (Self Pay)
- C. Processo de facturação e cobrança
- D. Iniciativas extraordinárias de cobrança (Extraordinary Collection Actions, ECA)
- E. Aprovação como débito incobrável (Bad Debt)
- F. Excepções

### **SECCÃO 4: EVENTOS REPORTADOS COMO GRAVES (SERIOUS REPORTABLE EVENTS, (SRE)**

### **SECCÃO 5: DOCUMENTAÇÃO:**

- A. Manutenção de registos

## **SECCÃO 1: INFORMAÇÃO SOBRE COBERTURA E RECURSOS DOS PACIENTES**

### **A. Recolha de informação**

1. O paciente tem a responsabilidade de fornecer ao Southcoast Hospitals Group (SHG) informação correcta relativamente a seguros de saúde, morada e recursos financeiros, a qual é necessária para a determinação da sua elegibilidade quanto a coberturas dos seguros privados ou por programas públicos de apoio.
2. No momento em que é agendado um serviço que será prestado a um paciente, ou no momento do registo do paciente, a área de Acesso ao Paciente irá obter e verificar a informação financeira necessária para determinar a responsabilidade do paciente ou fiador relativa ao pagamento da factura hospitalar. As políticas de recolha e verificação da informação relativa ao paciente encontram-se disponíveis no manual de procedimentos de avaliação de pacientes (Patient Access Procedure Manual). Estas políticas abordam todas as áreas de registo, incluindo serviços de urgência para pacientes internados e para pacientes em ambulatório.
3. O Southcoast irá proporcionar cuidados médicos a todos aqueles que solicitem os seus serviços nestas instalações, de acordo com a 613.08(1)(a). Um Fornecedor não pode fazer 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.
4. Se o paciente ou fiador não puder fornecer a informação necessária, e caso o paciente consinta, o SHG irá desenvolver os esforços razoáveis no sentido de contactar familiares ou amigos para obter informação adicional enquanto o paciente estiver no hospital e/ou no momento em que o paciente tiver alta.
5. Toda a informação será tratada de forma confidencial, de acordo com a lei federal e estatal aplicável à privacidade.
6. Um paciente anteriormente considerado elegível pelo HSN, ao interagir com o pessoal dos registos do SHG, será aconselhado quanto às suas responsabilidades descritas em 101 CMR 613.08(2)(b):
  - A. apresentar uma reclamação ao seguro solicitando uma compensação, se disponível;
  - B. conceder à MassHealth Agency ou ao seu agente o direito de recuperar um montante igual ao dos benefícios da Health Safety Net obtido como resultado de qualquer reclamação ou outro procedimento contra terceiros;
  - C. fornecer informação sobre a reclamação ou qualquer outro procedimento e cooperar totalmente com a MassHealth Agency, a menos que a MassHealth

Agency determine que essa cooperação não seria no melhor interesse do Paciente com Incapacidade Económica (Low Income Patient), ou resultaria em prejuízo grave ou dano emocional do mesmo;

- D. notificar os serviços administrativos da Health Safety Net ou da MassHealth por escrito no prazo de dez dias após apresentar uma reclamação, acção civil ou outro procedimento;
- E. reembolsar os serviços administrativos da Health Safety Net pelo dinheiro recebido de terceiros relativamente a todos os serviços prestados pela Health Safety Net na data do (ou posteriormente) acidente ou incidente. Se o Paciente com Incapacidade Económica (Low Income Patient) se tiver visto envolvido num acidente ou outro incidente depois de se tornar elegível relativamente à Health Safety Net, o reembolso estará limitado aos serviços fornecidos pela Health Safety Net em resultado do acidente ou incidente.

#### **B. Submissão de reclamações ao segurador**

1. O SHG irá cumprir os requisitos de autorização e facturação do segurador e irá honrar todos os compromissos contratuais assumidos perante terceiros.
2. O SHG irá recorrer de reclamações recusadas quando estas forem relativas a um serviço que o segurador pode pagar total ou parcialmente.
3. Se um segurador recusar efectuar um pagamento como resultado de um erro administrativo ou de cobrança do SHG, o SHG não irá instar o paciente, o HSN ou terceiros a proceder ao pagamento.
4. O SHG irá devolver qualquer pagamento recebido pelos serviços administrativos após receber o pagamento de um terceiro que seja responsável pelo pagamento.

### **SECCÃO 2: MODALIDADES DE PAGAMENTO**

#### **A. Expectativas relativas ao pagamento**

1. Espera-se que os pacientes (ou as entidades responsáveis pelos mesmos) assumam a total responsabilidade pelos serviços prestados, pagando os mesmos no período de trinta (30) dias após recepção da primeira factura, ou de acordo com as prestações de um plano de pagamento que tenha sido definido por mútuo acordo.

#### **B. Depósitos**

1. O SHG pode reservar-se o direito de exigir um depósito relativamente a quaisquer serviços que poderão resultar numa responsabilidade de pagamento individual (Self Pay). Os pacientes que manifestarem incapacidade de assegurar os depósitos exigidos ou que tenham saldos anteriores que indicam incapacidade de assegurar os depósitos exigidos, serão referenciados ao departamento de serviços financeiros para pacientes (Patient

Financial Services) para, assim que for possível ou durante o processo de cobrança, ser iniciada uma candidatura única através da ferramenta *online* Common Intake.

2. O SHG não irá exigir depósitos prévios à admissão e/ou à prestação do tratamento a pacientes que solicitem cuidados de emergência (Emergency Care) ou que sejam considerados pacientes com Incapacidade Económica (Low Income).
3. O SHG pode solicitar um depósito a indivíduos com o estatuto de Paciente com Incapacidade Económica. Esses depósitos estão limitados a 20% do valor dedutível, até \$500. Todos os saldos restantes estão sujeitos às condições do plano de pagamento definidas em 101 CMR 613.08(1)(f).
4. O SHG pode solicitar um depósito a pacientes elegíveis relativamente a Carência de cuidados médicos (Medical Hardship). Esses depósitos estão limitados a 20% da contribuição relativa a Carência de cuidados médicos (Medical Hardship), até \$1.000. Todos os saldos restantes estão sujeitos às condições do plano de pagamento definidas em 101 CMR 613.08(1)(f).
5. O SHG pode efectuar cobranças a Pacientes com Incapacidade Económica relativas a outros serviços, além dos serviços de saúde reembolsáveis (Reimbursable Health Services), fornecidos a pedido do Paciente e relativamente aos quais o Paciente tenha acordado ser responsável, com excepção para os serviços descritos em 101 CMR 613.08(3)(e)1 e 2. O SHG tem que obter o consentimento escrito do paciente para cobrar serviços.

#### C. Descontos

1. Um paciente que se qualifica é um paciente não elegível para outros apoios financeiros, que não está coberto por seguro relativamente a serviços hospitalares medicamente necessários.
2. Saldos elegíveis são os montantes relativamente aos quais um paciente que se qualifica tem que assumir a responsabilidade financeira total por não ter seguro. Estas obrigações não incluem co-seguros, deduções ou saldos devidos após intervenção do seguro, ou por serviços prestados fora da rede.
3. Relativamente aos pacientes sem seguro, será aplicado um desconto de 30% sobre os encargos totais das respectivas contas no momento da facturação inicial. **(Comprovativo D)**.
4. Podem ser aplicados descontos adicionais com base no saldo, pontualidade no pagamento e necessidade económica. Estes descontos serão atribuídos mediante avaliação individual.
5. O SHG procurará aconselhar relativamente a programas de descontos, bem como relativamente a benefícios para Incapacidade económica (Low Income ) e do MassHealth, os pacientes que se qualifiquem para tal.

#### D. Planos de pagamento

1. O SHG não irá exigir qualquer plano de pagamentos aos pacientes que se encontrem totalmente isentos relativamente a iniciativas de cobrança. (**Comprovativo C**)
2. As contas que não se encontrem totalmente isentas relativamente a iniciativas de cobrança serão consideradas elegíveis para um plano de pagamento quando não existe possibilidade de reembolso total por terceiros e uma candidatura completa relativa a Incapacidade Económica (Low Income) ou a Carência de cuidados médicos (Medical Hardship Family) indica rendimentos brutos que ultrapassam em 150% as linhas orientadoras do estado relativamente a rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines).
3. Aos pacientes com saldo de \$1.000 ou inferior, após o depósito inicial, será proposto um plano de pagamentos de um ano (no mínimo) sem juros, com um pagamento mínimo mensal de \$25 ou inferior.
4. Aos pacientes com saldo superior a \$1.000 após o depósito inicial será proposto um plano de pagamentos de dois anos (no mínimo) sem juros.
5. Após ter sido definido um plano de pagamento, não será necessária a intervenção do pessoal de cobranças se os pagamentos definidos forem efectuados na devida altura. No entanto, os planos de pagamento que entrarem em incumprimento ficarão sujeitos ao processo de cobrança do SHG.

### **SECÇÃO 3: DETERMINAÇÃO DE DÉBITO INCOBRÁVEL (BAD DEBT)**

#### **A. Política de facturação a terceiros**

1. Quando aplicável, o SHG irá facturar terceiros antes de tomar iniciativas para exigir o pagamento pelo indivíduo (Self Pay).
2. O SHG irá desenvolver esforços razoáveis no sentido de recolher e verificar informação (Secção 1) obtida de terceiros.
3. O SHG irá honrar todos os compromissos contratuais assumidos perante terceiros.
4. A facturação a terceiros irá ser efectuada após um período de suspensão razoável a partir da data da alta.

#### **B. Determinação de pagamento pelo indivíduo (Self Pay)**

1. O SHG irá considerar que uma conta tem que ser paga pelo indivíduo (Self Pay) se a mesma corresponder aos seguintes critérios:
  - a. Não ser elegível como apoio relativo a Incapacidade económica (Low Income), MassHealth ou outros programas de apoio do governo; e
  - b. Não estar coberta por seguro ou ultrapassar o valor coberto pelo seguro; ou

- c. Não respeitar o plano de pagamentos definido.
- d. Se a informação necessária para facturar a terceiros não estiver toda disponível, ou o paciente/fiador não cooperar no fornecimento dessa informação, o paciente será considerado individualmente responsável pelo pagamento (Self Pay).

### C. Processo de facturação e cobrança

1. Todas as facturas são devidas e pagáveis quando uma factura inicial é apresentada ao paciente.
2. Iniciam-se contactos telefónicos ao longo dos primeiros trinta (30) dias para contas que implicam responsabilidade individual pelo pagamento (Self Pay) e para as contas com saldo mais elevado, solicitando o pagamento total.
3. No intervalo mínimo de 120 dias, seguem-se novas iniciativas de acompanhamento da situação pelo credor, na forma de contacto telefónico (sempre que possível), envio de declarações e/ou cartas. **(Comprobativos A e B)**
4. São desenvolvidos todos os esforços no sentido de apoiar o devedor na resolução de questões de cobrança ou discrepâncias relativamente a seguros.
5. Se o paciente estiver interessado em candidatar-se a apoios financeiros (Patient Financial Services) será referenciado aos serviços financeiros para pacientes (Patient Financial Services).
6. Além dos esforços desenvolvidos pelo cobrador, o devedor recebe pelo menos três declarações com intervalos de 30 dias, até a conta estar totalmente paga ou ser declarada débito incobrável (Bad Debt).
7. Para saldos de \$1.000 (ou mais elevados) que implicam responsabilidade individual pelo pagamento (Self Pay) de serviços de urgência que não estão cobertos por seguro, será enviada uma notificação final por correio registado.
8. Os processos deverão incluir documentação comprovativa dos esforços desenvolvidos como alternativa para a localização da parte responsável pela obrigação ou a morada correcta após devolução de facturas pelos serviços de correio locais, com a indicação: "Endereço incorrecto", ou "Não entregue".
9. Se, após as etapas de 1 a 8, uma conta for considerada incobrável, é reportada ao gestor de contas de pacientes (Manager of Patient Accounts) ou à pessoa designada para a declarar como sendo um débito incobrável (Bad Debt).
10. Os documentos relativos às iniciativas contínuas de cobrança serão conservados, em papel ou em versão electrónica, primeiramente no sistema de facturação e cobranças (Billing & Collections System).
11. O grupo Southcoast não irá promover iniciativas legais de cobrança contra a residência ou veículo motorizado de um paciente a quem, de acordo com a 101 CMR 613.04, foi reconhecida Incapacidade Económica (Low Income Patient), sem aprovação expressa do



Board of Trustees do Southcoast. Todas as aprovações decididas pelo Board of Trustees têm por base uma análise caso a caso.

#### **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 apoios financeiros 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 terá 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 a (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.

#### **E. Aprovação como débito incobrável (Bad Debt)**

1. O gestor de contas de pacientes (Manager of Patient Accounts) ou a pessoa designada analisa a conta do indivíduo para se certificar de que foram efectuados todos os esforços no sentido da cobrança, de que decorreu o intervalo mínimo de 120 dias, e de que todas as políticas e procedimentos foram seguidos e respeitados.
2. O SHG irá proceder a uma verificação final no sistema da MassHealth para se certificar de que um paciente não é considerado paciente com Incapacidade Económica (Low Income Patient) segundo a definição da Medicaid e de que não submeteu uma candidatura solicitando cobertura para os serviços através de um programa público, antes de submeter aos serviços administrativos da Health Safety Net reclamações relativas à cobertura de débitos incobráveis (Bad Debt) relativos a serviços de cuidados urgentes ou considerados emergências.
3. Após as etapas 1 e 2, o gestor de contas de pacientes (Manager of Patient Accounts) ou a pessoa designada e/ou o director de contas de pacientes (Director of Patient Accounts) irá aprovar a exclusão do débito incobrável (Bad Debt).

## **E. Exceções**

### **1. Pacientes caducados (Expired Patients)**

- a. No caso de uma conta de um paciente caducado (Expired Patient) sem estado identificado ao longo do processo de cobrança, após decorrerem cento e vinte (120) dias, o saldo pode ser declarado débito incobrável (Bad Debt) segundo as práticas definidas como padrão para a cobrança.

### **2. Definição pela agência de apoio ainda pendente**

- a. O ciclo de cobrança ao paciente irá ter início relativamente a contas que aguardam definição pela agência. O Hospital não irá excluir uma conta, declarando que a mesma é um débito incobrável (Bad Debt) até ser informado, oralmente ou por escrito, de que foi recusada elegibilidade a um paciente que tinha preenchido uma candidatura solicitando apoio médico.

### **3. Pacientes detidos**

- a. Pacientes que se verifique estarem detidos durante o processo de cobrança serão declarados débitos incobráveis (Bad Debt) ao fim de cento e vinte (120) dias de esforços exaustivos de cobrança de qualquer entidade terceira seguradora, após as iniciativas padrão de cobrança.

## **SECCÃO 4: Eventos a reportar como graves (Serious Reportable Events, SRE)**

- A. De acordo com a 105 CMR 130.332, quando um evento foi considerado pelo departamento de gestão de riscos (Risk Management Department) do SHG como sendo um evento a reportar como grave (Serious Reportable Events, SREs), o SHG não irá cobrar, facturar nem solicitar pagamento ao HSN, ao paciente ou a qualquer outra entidade pagadora. Isso inclui a ocorrência do SRE, a correcção ou iniciativas de remediar o evento, ou subsequentes complicações decorrentes do evento.
- B. As readmissões no mesmo hospital ou cuidados de seguimento da situação pelo mesmo Fornecedor ou por um Fornecedor que pretende à mesma organização parceira, não são facturáveis se os serviços estiverem associados ao SRE como descrito em 101 CMR 613.03(1)(d)2. As readmissões ou cuidados de seguimento da situação em instalações do SHG para uma SRE que ocorreu no SHG não são facturáveis.
- C. O SHG apenas pode submeter uma reclamação relativa aos serviços que prestar na sequência de um SRE que não ocorreu nas suas instalações, caso as instalações onde for providenciado o tratamento e as instalações responsáveis pelo SRE não pertençam ao mesmo proprietário nem tenham um parceiro corporativo comum.
- D. Uma reclamação relativa a serviços relacionados com um SRE que não ocorreu nas instalações do SHG pode ser submetida ao HSN.

## **SECCÃO 5: Documentação**

### **A. Manutenção de registos**

1. O SHG irá manter registos que documentem reclamações relativas a Serviços elegíveis para Pacientes com incapacidade económica (Eligible Services for Low Income Patients), serviços urgentes considerados débitos incobráveis (Bad Debt) e serviços por Carência de cuidados médicos (Medical Hardship).

## **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. Declaração do paciente
- B. Carta ao paciente com o último aviso
- C. Carta com plano de pagamentos

## **D. Carta de desconto**