

Boston Children's Hospital  
Política de Crédito e Cobrança

Índice

- I. Declaração de Política Geral
- II. Definições
- III. Classificação de Serviços
- IV. Ajuda na Obtenção de Assistência Financeira
  - A. Aviso Público de Disponibilidade de Assistência Financeira
  - B. Aviso Individual de Disponibilidade de Assistência Financeira
- V. Suspensão/Recusa de Serviços
- VI. Procedimentos para a Coleta de Informações Financeiras do Paciente/Fiador
  - A. Aquisição de Informações
  - B. Pontos de Coleta de Dados
  - C. Verificação das Informações Fornecidas pelo Paciente
  - D. Divulgação de Informações/Cessão de Benefícios
  - E. Confirmação de Responsabilidade Financeira para Serviços Não Cobertos
- VII. Pagamento
  - A. Depósitos
  - B. Descontos
  - C. Planos de Pagamento
  - D. Autoridade de Aprovação de Ajuste de Contas
- VIII. Práticas de Cobrança, Faturamento e Determinação de Dívida Incobrável
  - A. Determinações de Serviços Elegíveis
  - B. Pacientes/Fiadores Isentos de Ações de Cobrança
  - C. Faturamento Inicial
  - D. Acompanhamento de Cobrança
  - E. Correspondência Devolvida
  - F. Falências
  - G. Determinação de Dívida Incobrável
  - H. Faturamento de Dívida Incobrável Emergencial para a *Health Safety Net*
  - I. Critérios de Autorização de Dívida Incobrável
  - J. Esforços Extraordinários de Cobrança e Execução Legal
  - K. Documentação
  - L. Acidentes com Veículos Motorizados
- IX. Responsabilidades e Direitos do Paciente

Anexos:

Comprovações Necessárias, Rotuladas Separadamente

## I. Declaração de Política Geral

Em sua longa tradição de prestação de serviços às crianças de Boston, Nova Inglaterra, o Boston Children's Hospital (o "Hospital") sempre se comprometeu a ser um recurso para crianças que requerem cuidados, independentemente de sua capacidade de pagar. Todos os anos, graças ao apoio que o Hospital recebe da comunidade e das medidas atenciosas do Conselho de Tutela, o Hospital e seus médicos concedem milhões de dólares na forma de Atendimento Beneficente a crianças e famílias.

O Hospital está fortemente comprometido a assegurar que as crianças tenham cobertura de seguro sempre que possível. Os conselheiros financeiros do Hospital estão disponíveis para responder às dúvidas das famílias sobre cobertura pública disponível para crianças não seguradas e para auxiliar as famílias no preenchimento dos formulários necessários.

O Hospital avalia as necessidades clínicas de cada paciente e o status financeiro das famílias, buscando ser o mais generoso e sensível possível com todas as crianças que solicitam atendimento. Para sustentar a capacidade do Hospital de suprir necessidades genuínas, são aplicadas práticas de cobrança e faturamento compreensivas, embora consistentes, aos pacientes e suas famílias. As políticas e os procedimentos estabelecidos neste documento são adotados como um esforço para garantir que práticas e procedimentos de cobrança e faturamento sejam razoáveis e aplicados de maneira consistente. Esta Política de Crédito e Cobrança aplica-se a todas as instalações do Boston Children's Hospital que operam sob licença do Hospital.

O Hospital também faz todo o possível para ser flexível e sensível às circunstâncias de cada indivíduo. Por sua vez, espera-se que as famílias honrem suas obrigações financeiras, para que o Hospital continue podendo prestar atendimento àquelas crianças cujas circunstâncias de vida são menos afortunadas.

Por fim, o Hospital não fará nenhuma discriminação de raça, cor, nacionalidade, cidadania, condição de estrangeiro, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência em suas políticas ou na aplicação de políticas relativas à aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos de pré-internação ou de pré-tratamento, planos de pagamento, internações suspensas ou rejeitadas, status de Paciente de Baixa Renda, conforme determinado pelo Escritório do *Medicaid*, determinação de que um paciente é de baixa renda ou em suas práticas de faturamento e cobrança.

Esta Política de Crédito e Cobrança foi desenvolvida para garantir a conformidade com (1) a norma 101 CMR 613.00 relativa aos Serviços Elegíveis da *Health Safety Net*; (2) os requisitos de Dívida Impagável do *Medicare* dos Centros de Serviço do *Medicare* e do *Medicaid* (42 CFR 413.89); e (3) o Manual de Reembolso para Provedores do *Medicare* (Parte I, Capítulo 3).

## II. Definições

**Atendimento Beneficente:** os custos do Hospital ou Centro Comunitário de Saúde para serviços clinicamente necessários prestados a pacientes de baixa renda que não são elegíveis para pagamento por meio do *Health Safety Net Trust Fund* ou outra fonte de pagamento pública ou privada. O Hospital também mantém programas de Atendimento Beneficente específicos, conforme estabelecido nas políticas mantidas pelo Diretor Financeiro.

**Serviços Elegíveis:** encargos do Hospital ou Centro Comunitário de Saúde elegíveis para pagamento por meio do *Health Safety Net Trust Fund*, de acordo com as normas promulgadas pelo Estado de Massachusetts.

**Condição Clínica Emergencial:** uma condição clínica, seja física ou mental, que se manifesta por meio de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor severa. Nessa situação, uma pessoa leiga prudente, com algum conhecimento de saúde e medicina, acreditaria que a ausência de atendimento médico imediato poderia resultar em risco grave à saúde da pessoa em questão ou de outra pessoa, em comprometimento grave de funções corporais ou em disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou, no caso de uma mulher grávida, conforme definido na seção 1867 (e)(1)(B) da Lei de Segurança Social, 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

**Serviços de Emergência:** serviços clinicamente necessários prestados a um indivíduo com uma Condição Clínica Emergencial.

**Paciente de Baixa Renda:** um indivíduo que satisfaça os critérios de determinação de Paciente de Baixa Renda, conforme estabelecido nas normas da *Health Safety Net* promulgadas pelo Estado de Massachusetts. Para que seja considerado um Paciente de Baixa Renda, um indivíduo deve residir no estado e declarar uma renda familiar igual ou inferior a 400% do Nível Federal de Pobreza (FPL, na sigla em inglês). Além disso, o indivíduo não pode estar inscrito nos programas *MassHealth Standard* ou *MassHealth Family Assistance/Direct Coverage*; ter sido considerado elegível para o *MassHealth* e não ter feito a inscrição; ou ter perdido a inscrição do *Commonwealth Care* devido à falta de pagamento de prêmios.

**Medical Hardship:** uma categoria de elegibilidade para cobertura de determinados encargos pelo *Health Safety Net Trust Fund*, para pacientes/famílias cujas despesas médicas autorizadas reduziram tanto a renda familiar, que o paciente/família não pode pagar pelos Serviços Elegíveis (conforme definido nas normas). Termos e condições da elegibilidade para o programa Medical Hardship e dos pagamentos do *Health Safety Net Trust Fund* por serviços prestados a pacientes elegíveis para a *Medical Hardship* estão especificados nas normas promulgadas pelo Estado de Massachusetts.

Atendimento Urgente: serviços clinicamente necessários prestados em um hospital ou centro comunitário de saúde após o início súbito de uma condição clínica, física ou mental, que se manifeste por meio de sintomas agudos de severidade suficiente (incluindo dor grave). Nessa situação, uma pessoa leiga prudente acreditaria que a ausência de atendimento médico, dentro de 24 horas, poderia ter como resultado: colocar a saúde do paciente em perigo; comprometer funções corporais ou causar disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de atendimento de urgência são fornecidos para condições não fatais e que não representam um elevado risco de danos graves à saúde de um indivíduo. Os serviços de atendimento de urgência não incluem cuidado primário ou opcional.

### **III. Classificação de Serviços**

As pessoas podem apresentar-se ou ser trazidas para tratamento não agendado no Departamento de Emergência do Hospital ou em outros locais de atendimento clínico do Hospital. Todo paciente que se apresentar para receber serviços de emergência será avaliado, independentemente da cobertura de seu seguro ou de sua capacidade de pagar, de acordo com a Lei de Trabalho e Tratamento de Emergência (EMTALA, na sigla em inglês). Após fornecer atendimento a um paciente no Departamento de Emergência, o médico responsável do Departamento de Emergência classifica os serviços como Serviços de Emergência ou Atendimento Urgente (de acordo com as definições apresentadas anteriormente), ou como Não Urgente.

Serviços Opcionais ou Serviços Agendados são classificados como Não Urgentes e, portanto, não são considerados Serviços de Emergência nem Atendimento Urgente, independentemente do local em que são prestados. Essas classificações são usadas pelo Hospital para fins de determinação de cobertura de dívidas incobráveis de atendimento urgente e de emergência segundo o *Health Safety Net Fund*.

O Hospital proíbe quaisquer ações que possam dissuadir os indivíduos de procurarem atendimento médico de emergência, como exigir que os pacientes do departamento de emergência paguem antes de receber tratamento para condições médicas emergenciais ou permitir atividades de cobrança de dívidas que interfiram na prestação, sem discriminação, de atendimento médico de emergência.

### **IV. Ajuda na Obtenção de Assistência Financeira**

O Hospital fornecerá aos pacientes, fiadores ou outros responsáveis identificados informações e assistência sobre a inscrição em programas públicos e outros programas de assistência financeira, incluindo o *MassHealth*, *Commonwealth Care*, status de Paciente de Baixa Renda, de acordo com as normas da *Health Safety Net*, além de outros programas financiados pelo governo, bem como os programas de atendimento beneficente e de desconto do Hospital para pacientes não segurados.

O Hospital fará todo o possível para fornecer serviços de tradução para pacientes, fiadores ou outras pessoas responsáveis com baixo nível de fluência em língua inglesa.

O Hospital auxiliará pacientes/fiadores no preenchimento dos formulários para programas públicos. Os pacientes ou fiadores precisam fornecer a documentação necessária para esses formulários. O Hospital não desempenha nenhum papel na determinação da elegibilidade do programa, que é feita pelo Estado. Cabe ao paciente ou do fiador informar ao Hospital todas as decisões de cobertura feitas pelo Estado sobre qualquer alteração na elegibilidade do paciente para esses programas.

**A. Aviso Público de Disponibilidade de Assistência Financeira.** O Hospital publicará avisos notificando os pacientes sobre a disponibilidade de assistência financeira, outros programas de assistência pública e o local do Hospital em que os pacientes e famílias podem solicitar essa assistência. Esses avisos serão colocados nas áreas de entrada/registro de internação, atendimento ambulatorial e emergência, bem como nas unidades de atendimento geralmente usadas pelos pacientes. Os avisos publicados medem 21,6 por 28 cm, são impressos em fonte tamanho 22, em inglês e espanhol.

**B. Aviso Individual de Disponibilidade de Assistência Financeira.** O Hospital fornecerá uma notificação individual sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira, incluindo o Medical Hardship, bem como o auxílio para inscrição nesses programas, a todo paciente cujas despesas estimadas (excluindo itens ou serviços de conveniência pessoal) possam não ser pagas integralmente pela cobertura de terceiros. O Hospital também incluirá um aviso sobre a disponibilidade dos programas de assistência financeira, incluindo os Serviços Elegíveis para Paciente de Baixa Renda e outros programas de assistência pública, além da disponibilidade da assistência durante a inscrição nesses programas, em sua cobrança inicial e em todas as outras ações de cobrança por escrito.

## **V. Suspensão/Recusa de Serviços**

O Hospital não suspenderá nem recusará o tratamento de pacientes que se apresentarem para atendimento urgente ou emergencial, ou pacientes que recebam benefícios governamentais, como o *MassHealth*, *Commonwealth Care*, *Children's Medical Security Plan*, *Healthy Start*, *Health Safety Net* ou outros programas públicos, por motivos meramente financeiros.

O Hospital reserva-se o direito de suspender ou recusar a prestação de serviços não emergenciais e não urgentes a um paciente, incluindo situações nas quais o paciente/família se recusa a cumprir os requisitos de depósito ou não possui recursos para pagar pelos serviços de forma particular ou por meio de fontes de terceiros, recusando-se a inscrever-se nos programas públicos disponíveis, incluindo o *MassHealth* e o *Health Safety Net*, ou recusando-se a fornecer a documentação necessária para a inscrição.

Sempre que o Hospital optar por exercer seu direito de suspender ou recusar a prestação de serviços a um paciente e antes de exercer esse direito, o médico identificado como o médico do paciente será contatado para que avalie as implicações clínicas/médicas da suspensão ou recusa de serviços e ateste ou aprove a suspensão ou recusa de serviços a partir de uma perspectiva clínica/médica.

Caso os serviços sejam recusados a um paciente, será arquivada a documentação referente ao motivo da recusa de serviços; a avaliação do médico do paciente sobre as implicações clínicas/médicas da suspensão ou recusa de serviços e a aprovação a partir de uma perspectiva clínica/médica; além do atestado ou aprovação do médico sobre a suspensão ou recusa de serviços.

## **VI. Procedimentos para a Coleta de Informações Financeiras do Paciente/Fiador**

**A. Aquisição de Informações:** antes do fornecimento de quaisquer serviços de saúde (exceto para casos de serviço de atendimento de nível urgente ou emergencial), espera-se que o paciente/fiador forneça informações corretas e precisas sobre o status de seu seguro, informações demográficas, mudanças de renda familiar ou de status do seguro, e informações sobre quaisquer franquias ou coparticipações devidas com base no seguro existente ou obrigações de pagamento do programa financeiro. As informações detalhadas devem incluir:

1. Nome completo, endereço, telefone, data de nascimento, número do seguro social (se disponível), opções de cobertura do seguro de saúde atual, informações sobre cidadania e residência, e recursos financeiros aplicáveis do paciente/fiador que possam ser usados para pagar a conta;
2. Nome completo do fiador do paciente, endereço, telefone, data de nascimento, número do seguro social (se disponível), opções de cobertura do seguro saúde atual e recursos financeiros aplicáveis do fiador que possam ser usados para pagar a conta do paciente; e
3. Outros recursos que possam ser usados para pagar a conta, incluindo outros programas de seguro, apólices de seguros de imóveis ou veículos, se o tratamento for decorrente de um acidente, programas de indenização do trabalhador, apólices de seguro de estudantes, entre outros.

Em última instância, é obrigação do paciente/fiador acompanhar e pagar corretamente a conta do hospital, incluindo qualquer coparticipação, cosseguro e franquias existentes. O paciente/fiador também é obrigado a informar sua seguradora de saúde atual (se for o caso) ou a agência que determinou o status de elegibilidade do paciente em um programa de seguro de saúde pública sobre quaisquer mudanças de renda familiar ou de status do seguro.

É obrigatório que os pacientes/fiadores notifiquem o programa público estadual (por exemplo, o Escritório do *Medicaid* e a *Health Safety Net*) sobre as informações relacionadas a qualquer processo ou sinistro que cobrirá os custos dos serviços fornecidos pelo Hospital. O paciente também é obrigado a ceder o direito a uma liquidação de terceiros que cobrirá os custos dos serviços pagos pelo Escritório do *Medicaid* ou pela *Health Safety Net*.

Se as informações não forem fornecidas no momento agendado para uma internação ou consulta ambulatorial, serão feitas tentativas sucessivas de coletar as informações necessárias no atendimento pós-alta/pós-serviço.

**B. Pontos de Coleta de Dados:** os itens a seguir identificam os momentos em que uma tentativa de coleta de informações será feita e por quem:

1. **Ao agendar uma Internação ou Consulta Ambulatorial:** o consultório médico ou membro da equipe do hospital que está agendando o serviço solicitará as informações financeiras.
2. **Durante a Verificação das Informações do Paciente:** a equipe de Serviços Financeiros para Pacientes, do consultório médico ou do hospital que verifica as informações do paciente antes do serviço solicitará as informações financeiras.
3. **Dia da Internação/Momento do Atendimento:** Coordenadores de Atendimento ao Paciente ou Serviços Financeiros para Pacientes, conforme for o caso. Quando qualquer aspecto das informações financeiras do paciente/fiador for questionado, o paciente/fiador poderá ser encaminhado aos Serviços Financeiros para Pacientes para esclarecer as informações. Esse processo aplica-se aos serviços agendados e de emergência (assim que razoavelmente possível após o atendimento ou internação, de acordo com a lei EMTALA).
4. **Durante a Internação:** Coordenadores de Atendimento ao Paciente ou equipe dos Serviços Financeiros para Pacientes, conforme aplicável.
5. **No Momento da Alta:** Equipe de Serviços Financeiros para Pacientes.
6. **Pós-alta/Pós-atendimento:** Equipe de Serviços Financeiros para Pacientes ou agentes de gestão financeira do Hospital.
7. **Serviços de Emergência:** a equipe de registro do departamento entrevistará, coletará e verificará todas as informações financeiras e do paciente necessárias, desde que permitido pelas normas estipuladas na lei EMTALA. As informações não obtidas no momento da internação serão coletadas por meio de contatos e entrevistas com os pacientes e/ou fiadores durante toda a internação do paciente ou no momento da alta, se todas as outras tentativas não forem bem-sucedidas. Se autorizado pelo paciente ou fiador, serão realizados contatos com outras pessoas para obter informações, a fim de avaliar sua capacidade de pagar pelos serviços fornecidos.
8. **Validação da Elegibilidade para o *MassHealth*:** para serviços fornecidos a pacientes não segurados, a equipe de Serviços Financeiros para Pacientes consultará o sistema do *MassHealth EVS* e/ou *Virtual Gateway* mantidos pela Agência Executiva de Serviços de Saúde e Humanos de Massachusetts, a fim de verificar se o paciente é elegível ou se já enviou uma inscrição ao *MassHealth*, *Commonwealth Care* ou outros programas.

C. Verificação das Informações **Financeiras** do Paciente por parte do Hospital: **a equipe de Serviços Financeiros para Pacientes, a equipe administrativa do departamento clínico ou os coordenadores de Atendimento ao Paciente farão esforços razoáveis e diligentes para verificar as informações financeiras fornecidas pelo paciente** o mais rapidamente possível, depois de fornecidas e até o momento da alta ou prestação de um serviço ambulatorial. Se as informações não puderem ser verificadas antes disso, o Departamento de Serviços Financeiros para Pacientes ou seus agentes poderão tentar verificar as informações durante o processo de cobrança e faturamento.

Devido à idade da maioria dos pacientes do Hospital, é comum que os pais ou responsáveis forneçam as informações financeiras e sobre o seguro do paciente. Se alguma informação adicional for necessária enquanto o paciente estiver internado no Hospital, os membros da equipe de Serviços Financeiros para Pacientes ou os Coordenadores de Atendimento ao Paciente entrarão em contato com o enfermeiro de atenção básica responsável pelo paciente ou com a pessoa designada para obter uma permissão para entrar em contato com o paciente ou sua família.

Os esforços razoáveis e diligentes do Hospital incluirão, mas não estarão limitados a solicitar informações sobre o status do seguro do paciente, verificar qualquer banco de dados de seguro público ou privado disponível, seguir as regras de faturamento de um terceiro pagador conhecido e recorrer de um pedido negado quando o serviço for pagável de maneira total ou parcial por uma seguradora.

O Hospital também realizará esforços razoáveis e diligentes para investigar se um recurso de terceiros pode ser responsabilizado pelos serviços fornecidos pelo Hospital, incluindo, mas não limitado a: (1) uma apólice de seguro de responsabilidade do veículo ou imóvel, (2) apólices de proteção contra acidentes ou lesões corporais gerais, (3) programas de indenização do trabalhador e (4) apólices de seguro de estudantes, entre outros. O Hospital notificará os pacientes sobre sua responsabilidade de informar o programa público apropriado sobre qualquer mudança de renda ou de status do seguro. Observadas as normas estaduais aplicáveis ou o contrato de seguro, para todo pedido em que os esforços razoáveis e diligentes do Hospital resultarem em uma recuperação em relação ao pedido de atendimento médico cobrado de um programa público ou de uma seguradora privada, o Hospital deverá reportar a recuperação e compensá-la em relação ao pedido pago pela seguradora privada ou programa público.

Se o Hospital tiver conhecimento prévio e for legalmente capaz, tentará garantir a cessão do direito do paciente à cobertura de terceiros para os serviços prestados em decorrência de um acidente.

**D. Divulgação de Informações/Cessão de Benefícios:** pode ser solicitado ao paciente/fiador que assine uma cessão de benefícios de seguro ou outras fontes de pagamento de terceiros (por exemplo, pagamentos resultantes de ações de responsabilidade civil) diretamente ao Hospital pelos serviços prestados e uma autorização para divulgar informações, conforme necessário para realizar a cessão desses benefícios. A autorização também deve indicar que o paciente/fiador pode ser financeiramente responsável pelas cobranças não cobertas pela cessão.

**E. Confirmação de Responsabilidade Financeira para Serviços Não Cobertos:** quando uma autorização exigida pela seguradora do paciente não puder ser obtida antes da realização do atendimento, será solicitado ao paciente/fiador que assine uma declaração reconhecendo que foi notificado sobre a ausência da autorização exigida e informando ao paciente/fiador sobre sua responsabilidade financeira em potencial pelos serviços que, em última instância, forem determinados como serviços não cobertos.



## VII. Pagamento

De modo geral, espera-se que o pagamento integral seja feito após o recebimento de uma fatura do Hospital.

### A. Depósitos

**1. Serviços de Emergência:** o Hospital não exigirá do paciente ou fiador um depósito de caução antes do tratamento como condição para receber atendimento de emergência, independentemente da capacidade do paciente ou fiador de pagar.

**2. Serviços Não Emergenciais:** o Hospital pode exigir um depósito pré-internação para serviços hospitalares ou ambulatoriais não emergenciais prestados a um paciente (ou do fiador do paciente) que não possui cobertura de seguro suficiente para o serviço a ser prestado, que não esteja isento de ações de cobrança e que não tenha firmado um Plano de Pagamento com o Hospital.

**3. Provisões Especiais para Pacientes Elegíveis para a *Health Safety Net*:** não será solicitado a nenhum paciente considerado como Paciente de Baixa Renda que faça um depósito. Pode ser solicitado a um paciente/fiador considerado como Paciente de Baixa Renda com um requisito de franquia que realize um depósito de até 20% do valor de sua franquia, até o montante de US\$ 500. Pode ser solicitado a um paciente/fiador elegível para o Medical Hardship que faça um depósito de até 20% de sua contribuição do Medical Hardship, até o montante de US\$ 1.000. Todos os saldos restantes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas na 101 CMR 613.08

**B. Descontos:** descontos em contas de pacientes não são elegíveis e não serão enviados à *Health Safety Net*. O Hospital oferece descontos de até 40% para pessoas não seguradas, dependendo da pontualidade do pagamento. Os descontos não estão disponíveis para coparticipação e franquias. As Políticas de Desconto do Hospital são mantidas pelo Diretor Financeiro.

**C. Planos de Pagamento:** no caso de um paciente/fiador não conseguir pagar sua fatura do Hospital após o recebimento e for considerado como não elegível para a *Health Safety Net* ou outros programas públicos aplicáveis, o Hospital poderá oferecer ao paciente/fiador um acordo de pagamento com um prazo estendido.

O Hospital oferecerá aos pacientes com um saldo devedor de US\$ 1.000 ou menos, após um depósito inicial, um plano de pagamentos de pelo menos um ano, sem juros, com parcelas mensais mínimas de até US\$ 25. Aos pacientes com um saldo superior a US\$ 1.000, após um depósito inicial, será oferecido um plano de pagamento sem juros de pelo menos dois anos. Em circunstâncias extraordinárias, solicitações de planos de pagamento de mais de dois anos serão consideradas caso a caso. O Hospital não pode exigir nenhum plano de pagamento para pacientes completamente isentos da ação de cobrança de acordo com esta Política de Crédito e Cobrança.

O Hospital e seus satélites licenciados, incluindo o Martha Eliot Health Center, não oferecem planos de pagamento de franquia para pacientes elegíveis para a *Health Safety Net* – Parcial.

**D. Autoridade de Aprovação de Ajuste de Contas:** os ajustes administrativos de contas e reembolsos aos pacientes/fiadores ou outros pagadores, nos valores indicados abaixo, podem ser autorizados por:

1. Até US\$ 1.000: Supervisor, Serviços Financeiros para Pacientes
2. Até US\$ 10.000: Gerente, Serviços Financeiros para Pacientes
3. Até US\$ 50.000: Diretor, Serviços Financeiros para Pacientes
4. US\$ 50.000 ou mais: Diretor Financeiro

### **VIII. Práticas de Cobrança, Faturamento e Determinação de Dívida Incobrável**

O Hospital aplica esforços contínuos de cobrança e faturamento a todas as contas de pacientes não segurados semelhantes aos esforços aplicados às contas de qualquer outra classificação de paciente.

**A. Determinações de Serviços Elegíveis.** o Hospital segue as normas e diretrizes promulgadas pelo Estado de Massachusetts na administração da elegibilidade dos pedidos da *Health Safety Net* e de outros programas de assistência pública.

O Hospital mantém a conformidade com as normas de faturamento aplicáveis, incluindo os regulamentos do Departamento de Saúde Pública (105 CMR 130.332) para o não pagamento de serviços específicos ou readmissões que o Hospital determina que foram resultado de um Evento Notificável Grave (SRE, na sigla em inglês). Os SREs que não ocorrem dentro do Hospital estão excluídos dessa determinação de não pagamento. O Hospital também não cobra o pagamento de Pacientes de Baixa Renda determinados como elegíveis para o programa *Health Safety Net* cujos pedidos tiverem sido negados inicialmente por um programa de seguro devido a um erro administrativo de faturamento do Hospital. Além disso, o Hospital retém todas as informações, de acordo com as leis federais e estaduais de privacidade, segurança e roubo de identidade.

**B. Pacientes/Fiadores Isentos de Ações de Cobrança:** o Hospital não cobra nem se envolve em ações de cobrança de qualquer paciente que comprovar que está nas seguintes situações:

1. Inscrito no *MassHealth*, recebendo benefícios no âmbito do programa *Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children*, ou que é um membro do programa *Healthy Start* (no entanto, o Hospital pode cobrar desses pacientes coparticipações e franquias exigidas por esses programas de assistência). O Hospital pode iniciar o faturamento de um paciente que alegar fazer parte de algum desses programas, mas não fornecer provas dessa participação. Mediante o recebimento dessas provas (incluindo recebimento ou verificação de um formulário assinado), o Hospital encerrará as atividades de cobrança.
2. Um membro do Plano de Segurança Médica Infantil (CMSPI, na sigla em inglês) cuja renda familiar for igual ou inferior a 400% das Diretrizes

Federais de Receita de Pobreza. O Hospital pode iniciar o faturamento de um paciente que alegar fazer parte do CMSP, mas não fornecer provas dessa participação. Mediante o recebimento dessas provas (incluindo recebimento ou verificação de um formulário assinado), o Hospital encerrará as atividades de cobrança.

3. Um Paciente de Baixa Renda está isento das ações de cobrança por quaisquer Serviços Elegíveis recebidos durante o período no qual for considerado como um Paciente de Baixa Renda (exceto para coparticipações e franquias relacionadas a esses Serviços Elegíveis). O Hospital pode continuar cobrando os Pacientes de Baixa Renda pelos Serviços Elegíveis prestados antes de sua determinação como Pacientes de Baixa Renda, mas somente após o status de Paciente de Baixa Renda ter expirado ou ter sido encerrado.

4. Um Paciente de Baixa Renda com renda familiar entre 201-400% do FPL está isento das ações de cobrança da parte da conta que exceder a franquia e pode ser cobrado por valores de coparticipação e franquias, de acordo com as normas estaduais.

5. Um paciente ou família elegível para a *Medical Hardship*, em relação ao valor de qualquer fatura que exceda a contribuição da *Medical Hardship* (calculada de acordo com as normas aplicáveis). Se uma solicitação que já tiver sido enviada como Dívida Incobrável de Emergência se tornar elegível para o pagamento da *Medical Hardship* pela *Health Safety Net*, o Hospital encerrará a atividade de cobrança do paciente por esses serviços.

Pacientes de Baixa Renda não estão isentos das ações de cobrança por serviços diferentes dos Serviços Elegíveis fornecidos no momento da solicitação do paciente ou fiador e pelos quais o paciente ou fiador tiver concordado em ser responsável. O Hospital deverá obter o consentimento por escrito do paciente ou fiador sobre a cobrança desses serviços.

**C. Faturamento Inicial:** exceto para pacientes isentos de ações de cobrança, conforme especificado acima, o Hospital fornecerá uma fatura inicial ao paciente/fiador ou a um terceiro especificado. A parte da conta pela qual o paciente/fiador for responsável e pela qual o paciente/fiador será cobrado exclui o valor coberto pela *Health Safety Net* e a parte que exceder a contribuição da *Medical Hardship*, conforme for o caso.

**D. Acompanhamento de Cobrança:** o Hospital utiliza agências externas para realizar atividades de cobrança de contas de pagamento pelo próprio paciente e exige que essas agências sigam os padrões especificados nas políticas dos Serviços Financeiros para Pacientes do Hospital no que diz respeito às práticas de cobrança vigentes de tempos em tempos, que devem estar de acordo com esta Política de Crédito e Cobrança. Todas as contas a serem pagas pelo próprio paciente estarão sujeitas à atividade de cobrança contínua e receberão, no mínimo, três ações de cobrança. As ações de cobrança realizadas pelo Hospital ou seu agente designado podem incluir, mas não estão restritas a:

1. Faturamento Inicial

2. Demonstrativo (enviado a cada 30 dias após a determinação da responsabilidade de pagamento pelo próprio paciente)
3. Carta de acompanhamento (enviada por correio como serviço prioritário ou carta registrada)
4. Ligações
5. Reuniões com o fiador ou outro responsável

**E. Correspondência Devolvida:** as contas relacionadas a correspondências devolvidas serão investigadas de modo a localizar o paciente e/ou fiador. Os esforços para obter um endereço atual devem incluir, no mínimo:

1. A revisão de todos os registros internos e consultas para determinar se um endereço mais atual foi documentado;
2. Contatos com quaisquer parentes ou amigos dos quais se tem informação; ou
3. A revisão da lista de telefones atual.

O Hospital poderá envolver agências externas para realizar atividades de rastreamento de devedores. A documentação relacionada aos esforços para localizar a parte responsável pela obrigação será arquivada.

**F. Falências:** após o recebimento da notificação legal sobre a falência do paciente/fiador, toda a atividade de cobrança será encerrada e a conta será ajustada. Casos de falência não serão elegíveis e não serão enviados à *Health Safety Net*.

**G. Determinação de Dívida Incobrável:** caso esforços razoáveis para a realização do pagamento das cobranças em uma conta não surtam efeito, o saldo da conta pode ser classificado como dívida incobrável, de acordo com esta Política de Crédito e Cobrança e quaisquer outras políticas aplicáveis do departamento financeiro (desde que estejam de acordo com esta Política de Crédito e Cobrança).

Condições para Determinação Imediata de Dívida Incobrável: quando informações forem obtidas para classificar uma conta como dívida incobrável, a qualquer momento, durante o processo de cobrança de acompanhamento, a conta poderá ser imediatamente considerada como dívida incobrável sem nenhuma ação de cobrança adicional. Estão incluídos nesta categoria:

1. Tentativa sem êxito de identificar a causa da falha na entrega da carta que foi devolvida como não entregue. Contas não entregues ou com “endereço incorreto” são categorizadas para acompanhamento pelo pessoal do correio na equipe de Serviços Financeiros para Pacientes, sendo feita uma pesquisa do endereço/contato correto antes de classificar a conta como dívida incobrável. Atividades de acompanhamento são documentadas.
2. Tentativa sem êxito de identificar um número de telefone verdadeiro após o telefone do paciente/fiador ter sido desligado.
3. Notificação verbal ou por escrito relacionada à indisponibilidade ou recusa do paciente/fiador de pagar.

4. Recebimento de notificação oficial de uma seguradora dizendo que os benefícios foram pagos ao contribuinte e pelo menos uma tentativa de contato sem êxito com o paciente/fiador foi realizada após essa notificação da seguradora.

**H. Faturamento de Dívida Incobrável de Serviços de Emergência para a *Health Safety Net*:** além de seguir as práticas de cobrança descritas acima, o Hospital enviará uma carta registrada a todo paciente (exceto aos pacientes cujos avisos tiverem sido retornados como “não entregues” ou “endereço incorreto”) com um saldo devedor pendente de mais de US\$ 1.000 em serviços de emergência e relacionados antes de faturar o saldo para a *Health Safety Net*. O saldo da conta será cobrado da *Health Safety Net* somente após uma inadimplência de mais de 120 dias a partir da data da notificação de faturamento inicial, sendo que os esforços de cobrança razoáveis realizados durante esse período serão documentados no registro financeiro do paciente. Para serviços fornecidos a pacientes não segurados, a equipe de Serviços Financeiros para Pacientes verificará no sistema do *MassHealth EVS* e/ou *Virtual Gateway* se o paciente não é elegível ou não enviou uma inscrição para o *MassHealth* e se esse paciente não é um Paciente de Baixa Renda.

**I. Critérios de Autorização de Dívida Incobrável:** a autorização para classificar qualquer conta como dívida incobrável varia de acordo com o valor das cobranças da conta, da seguinte maneira:

1. Até US\$ 5.000: Supervisor, Atendimento ao Cliente/Pagamento pelo Próprio Paciente
2. Até US\$ 10.000: Gerente, Atendimento ao Cliente/Pagamento pelo Próprio Paciente
3. Até US\$ 50.000: Diretor, Serviços Financeiros para Pacientes
4. US\$ 50.000 ou mais: Diretor Financeiro

**J. Esforços de Cobrança Extraordinários e Execução Legal:** de modo geral, o Hospital não realiza “ações extraordinárias de cobrança”. As ações extraordinárias de cobrança incluem a venda das dívidas a outro provedor; relatório de informações adversas sobre um indivíduo para uma agência de relatórios de crédito de consumidor ou agência de crédito; adiamento de negação ou exigência de um pagamento antes de fornecer atendimento médico necessário devido à falta de pagamento de uma ou mais contas de um indivíduo por atendimento fornecido anteriormente, de acordo com a Política de Assistência Financeira do Hospital; alienar ou executar hipoteca da residência pessoal de um indivíduo ou da propriedade de veículo; bloquear salários; e/ou entrar com uma ação civil. Todas as decisões para realizar qualquer ação extraordinária de cobrança exigirão uma votação do Conselho de Tutela. O Hospital e seus agentes serão obrigados a demonstrar ao Conselho de Tutela que esforços razoáveis foram realizados para determinar a elegibilidade do paciente para receber assistência conforme a Política de Assistência Financeira antes da recomendação de ações extraordinárias de cobrança. Ações Extraordinárias de Cobrança não devem ser iniciadas até pelo menos 120 dias a partir da data em que o Hospital fornecer o primeiro demonstrativo pós-alta de faturamento pelo atendimento e devem exigir a

demonstração de notificação por escrito entregue ao paciente sobre a disponibilidade de assistência financeira em um prazo de 30 dias antes da execução.

A notificação por escrito também deve indicar a atividade de cobrança extraordinária que o Hospital pretende iniciar, além da data de início da atividade. No caso de ações extraordinárias de cobrança executadas, o Hospital deve suspender todas as ações caso um Formulário de Assistência Financeira seja recebido, a fim de permitir um período de revisão não superior a 30 dias.

Antes de buscar a execução legal, o Hospital e seus agentes devem realizar esforços razoáveis para determinar a elegibilidade de um paciente para receber assistência conforme a Política de Assistência Financeira. O esforço razoável deve incluir uma notificação por escrito sobre a disponibilidade de assistência financeira com um prazo após o qual essa execução legal poderá ser iniciada. O prazo fixado não deve ser menor que 30 dias a partir da notificação. A execução legal não será iniciada até pelo menos 120 dias a partir da data em que o Hospital fornecer o primeiro demonstrativo de faturamento pós-alta pelo atendimento.

**K. Documentação:** o Hospital documentará as atividades envolvidas na classificação e comunicação de uma conta como dívida incobrável. Como o Hospital mantém um sistema “sem papel” para lidar com as contas hospitalares e ambulatoriais, a documentação das atividades referentes a esses serviços pode ser mantida no sistema de informática do Hospital em notas bem explicadas em vez de papel.

**L. Acidentes com Veículos Motorizados:** o Hospital enviará um pedido de Serviços Elegíveis fornecidos a um Paciente de Baixa Renda ferido em um acidente com veículo motorizado somente nestas condições: (1) houve uma investigação para determinar se o paciente, motorista e/ou proprietário do outro veículo possui apólice de seguro de automóvel; (2) foram realizados todos os esforços para obter do paciente as informações sobre a terceira parte pagadora; (3) foram arquivadas as evidências desses esforços, incluindo documentação sobre ligações e cartas enviadas ao paciente; e (2) se for o caso, um pedido de pagamento à seguradora da apólice do automóvel foi devidamente enviado. Em relação a acidentes com veículos motorizados e todas as outras recuperações de sinistros previamente faturados para a *Health Safety Net*, o Hospital relatará qualquer recuperação aos Escritório da *Health Safety Net*. A recuperação será compensada em relação à solicitação de Serviços Elegíveis.

## IX. Responsabilidades e Direitos do Paciente

- A. O Hospital deve orientar os pacientes sobre seu direito de/a:
  - 1. Inscrever-se no *MassHealth*, *Commonwealth Care* ou *Medical Hardship* e obter status de Paciente de Baixa Renda; e
  - 2. Um plano de pagamento, conforme descrito nesta Política de Crédito e Cobrança e normas aplicáveis, se o paciente for considerado como Paciente de Baixa Renda ou se qualificar para a *Medical Hardship*.

- B. Um paciente que recebe Serviços Elegíveis deve:
1. Fornecer toda a documentação obrigatória;
  2. Informar o *MassHealth* sobre quaisquer mudanças de Renda Familiar ou de status de seguro, incluindo, mas não se limitando a rendimentos, herança, prêmios e distribuições de fundos, disponibilidade de seguro de saúde e responsabilidade de terceiros. O paciente também pode enviar esse aviso ao Hospital;
  3. Acompanhar a Franquia do paciente e fornecer a documentação ao Hospital avisando que a franquia foi atingida quando mais de um membro da família for considerado como um Paciente de Baixa Renda ou se o paciente ou membros da família receberem um Serviço Elegível de mais de um fornecedor; e
  4. Informar a Divisão de Políticas e Finanças de Atendimento Médico ou o *MassHealth* se o paciente estiver envolvido em um acidente ou sofrer de alguma doença, lesão ou outra perda que tenha gerado ou possa gerar uma ação judicial ou um sinistro. O paciente deve:
    - a. Registrar um pedido de indenização;
    - b. Concordar em cumprir todos os requisitos do M.G.L. ch. 118G, incluindo, mas não se limitando a:
      - (1) ceder à Divisão o direito de recuperar um valor igual ao pagamento da *Health Safety Net* feito pelos procedimentos de um sinistro ou outro processo contra terceiros;
      - (2) fornecer informações sobre o sinistro ou qualquer outro processo e cooperar plenamente com a Divisão ou seu subcontratado, a menos que a Divisão determine que a cooperação não seria o melhor ou causaria sérios danos ou problemas emocionais ao paciente;
      - (3) notificar a Divisão ou o *MassHealth* por escrito dentro de um período de 10 dias sobre o registro de qualquer sinistro, ação civil ou outro procedimento; e
      - (4) reembolsar a *Health Safety Net* pelo dinheiro recebido de terceiros por todos os serviços elegíveis da *Health Safety Net* fornecidos no dia ou após a data do acidente ou de outro incidente, após ser considerado um Paciente de Baixa Renda para fins de pagamento da *Health Safety Net*. Somente o pagamento da *Health Safety Net* feito como resultado do acidente ou de outro incidente será reembolsado.
    - c. A Divisão recupera quantias diretamente de um paciente somente na medida em que o paciente tiver recebido o pagamento de terceiros pelo atendimento médico pago pela *Health Safety Net* ou conforme especificado no 101 CMR 613.06(5)