N.º da política:	08.26.001
Revisada em:	04/2020
Revisada em:	11/2020
Anexo:	06/2022
Seção:	Finança

Assistência Financeira ao Paciente

Propósito:

O Boston Medical Center, (o "Hospital" ou "BMC"), desenvolveu esta política para identificar e auxiliar na qualificação de pessoas de baixa renda, sem seguro e subseguradas com matrícula nos planos de seguro de saúde ou programas de assistência financeira para cobrir despesas de cuidados à saúde e assegurar acesso pontual e apropriado ao tratamento clinicamente necessário. O Boston University Medical Group, (BUMG), como um parceiro colaborador do BMC, concorda em aderir às diretrizes estabelecidas na Política de Assistência Financeira do Hospital.

Declaração da Política:

É a política do BMC, na parceria com seus Centros de Saúde Comunitários, fornecer tratamento clinicamente necessário a todos os pacientes, independentemente de sua habilidade de pagar e para oferecer assistência financeira para aqueles que não têm seguro ou são subsegurados e não podem pagar. Todos os pacientes que se apresentam ao BMC e requerem serviços emergenciais/urgentes, ou outro tratamento clinicamente necessário, deverão ser tratados não importando a raça, cor, religião, credo, sexo, origem nacional, idade, deficiência, identidade ou expressão de gênero ou habilidade de pagar.

O BMC oferece assistência financeira a pacientes de baixa renda, sem seguro ou subsegurados, que demonstrem um inabilidade de pagar todos, ou uma parte dos encargos normalmente devidos. Os pacientes com nenhuma habilidade financeira para pagar passarão por triagem para elegibilidade sob o Medicaid ou outros programas estaduais, Planos de Saúde Qualificados ou serão avaliados contra as diretrizes pré-estabelecidas para determinar a elegibilidade por assistência sob o Programa de Assistência Beneficente do Hospital, (CCP). O Programa de Assistência Beneficente destaca todas as circunstâncias sob as quais os pacientes podem se qualificar para tratamento gratuito ou com desconto. O nível de desconto é determinado pela renda do agregado familiar, ativos, tamanho da família e necessidades médicas do indivíduo, conforme especificado nas diretrizes de elegibilidade do CCP.

As informações sobre a oferta de programas de assistência financeira do Hospital são disponibilizadas a pacientes no momento do registro para serviços e quando recebendo uma cobrança. Todos os pacientes podem ser considerados para assistência financeira a qualquer momento, durante o ciclo de faturamento e cobrança. Um paciente determinado como elegível para o Programa de Assistência Beneficente do BMC nunca será cobrado mais do que as Quantias

geralmente cobradas para a entrega de serviços clinicamente necessários, nem o Hospital buscará qualificar um paciente gratuitamente ou tratamento reduzido sob o Programa de Assistência Beneficente para o propósito de geração de negócios a pagar sob um programa federal de cuidados da saúde ou para influenciar a seleção de um beneficiário de um provedor particular, profissional ou fornecedor.
O Comitê Financeiro do Conselho Fiduciário do Boston Medical Center revisou e aprovou esta política. As informações sobre a Política de Assistência Financeira e programa de assistência financeira, incluindo o Resumo em Linguagem Simples, (Anexo A), o Formulário de Candidatura do Programa Beneficente do BMC, ou cópias desta política e os documentos do Programa de Assistência Beneficente podem ser obtidas:

- Em qualquer área de registro de paciente dentro do BMC ou BUMG
- Ligando para o Departamento de Aconselhamento Financeiro em (617) 414-5155 ou visitando seus locais de escritório, de segunda a sexta-feira, das 8:00hs às 17:00hs, localizados em:
    - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118
    - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, (Ground Floor), Boston, MA. 02118
- Visitando o site do Hospital em https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance para revisão ou download
- Enviando uma solicitação por escrito para cópias por correio para:
    - Boston Medical Center
      Atenção: Escritório de Aconselhamento Financeiro
      Shapiro Center
      725 Albany Street, Suite 3C
      Boston, MA 02118

Candidatura:

A Política de Assistência Financeira se aplica ao Boston Medical Center, Boston University Medical Group e os seguintes Centros de Saúde Comunitários afiliados que operam sob a licença do Hospital:

- Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02118
- East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128
- South Boston Community Health Center, 409 West Boundary Street, South Boston, MA 02127
- DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122

Exceções:

Ainda que o BMC esteja comprometido em ajudar pacientes com renda e recursos limitados a se candidatar para programas disponíveis para cobrir o custo de tratamento, o Programa de Assistência Beneficente está limitado em cobrir os Serviços Emergenciais, Serviços Urgentes e outros Tratamentos clinicamente necessários. Geralmente, as despesas excluídas de descontos sob o CCP incluem:

- Os serviços fornecidos por médicos contratados que cobram privadamente ao invés de por meio dos grupos de médicos afiliados do Hospital. (Veja o Anexo E para a lista de Afiliados de Provedores do BMC).
- Reivindicações de veículo motorizado, reivindicações de responsabilidade de terceiros, taxas contratadas e outros serviços não clínicos, serviços necessários ou outros serviços onde outros descontos já foram aplicados na cobrança.

Definições:

Ações de Cobrança Extraordinárias (ECA) - Quaisquer ações adotadas pelo BMC (ou qualquer agente do BMC, incluindo uma agência de cobrança) contra um indivíduo relacionado à obtenção do pagamento de uma cobrança coberta sob esta política que exige um processo legal ou judicial, envolve a venda do débito de um indivíduo para uma outra parte, ou o relato de informações adversas sobre o indivíduo para agências de relato de crédito ao consumidor ou agências de crédito. O posicionamento de uma conta com um terceiro para cobrança não é uma ECA.

Assegurado - O status de um paciente com seguro ou cobertura de terceiro que paga todos ou uma parte dos Encargos brutos do paciente para serviços médicos. Esta categoria inclui os pacientes cobertos por um contribuinte governamental como o Medicare, Medicaid, Champus e benefícios de Veterano autorizados; assim como contribuintes privados como o Medicare Advantage, organizações de tratamento gerenciadas pelo Medicaid, tratamento comercial ou gerenciado, remuneração automática e de trabalhador.

Clinicamente Necessários - Serviços que são razoavelmente esperados a prevenir, diagnosticar, prevenir a piora de, aliviar, corrigir ou curar condições que põe em risco a vida, causar sofrimento ou dor, causar deformidade física ou avaria, ameaçar a causar ou agravar uma incapacidade, ou resultar em doença ou enfermidade. Os Serviços clinicamente necessários incluem serviços hospitalares e ambulatoriais conforme autorizados sob o Título XIX da Lei do Seguro Social. Todavia, uma classificação de Clinicamente necessária não infringe ou engloba a classificação de Serviços emergenciais ou as leis da EMTALA associadas com essa designação.

Conselheiro de Candidatura Certificado (CAC) - Um indivíduo (afiliado com uma organização designada) que é treinado e capaz de ajudar os consumidores, pequenas empresas e seus funcionários a rever opções de cobertura de saúde, de conformidade de ACA, oferecidas por meio do Mercado de Seguros de Saúde e auxiliar com a determinação de elegibilidade e a concluir formulários de matrícula.

Desconto de Pagamentos Não Comparticipados - Um desconto da porcentagem do pagamento não comparticipado do paciente, saldo de contas com base no status Sem seguro do paciente. O BMC oferece a pacientes sem seguro um Desconto de Pagamento não comparticipado no cálculo mais recente das AGBs.

EMTALA - Lei de Tratamento e Trabalho Médico Emergencial (EMTALA), uma lei promulgada pelo Congresso em 1986 para assegurar acesso público a serviços emergenciais independente da habilidade de pagar de um indivíduo. A Seção 1867 da Lei do Seguro Social impõe obrigações específicas em hospitais participantes do Medicare que oferece serviços emergenciais para fornecer um exame médico de triagem quando uma solicitação é feita para exame ou tratamento para um quadro médico emergencial, incluindo trabalho ativo, independentemente da habilidade de pagar de um indivíduo. Os hospitais são em seguida, obrigados a fornecer tratamento de estabilização para pacientes com EMCs. Se um hospital for incapaz de estabilizar um paciente dentro de sua capacidade, ou se o paciente solicitar, uma transferência apropriada deve ser implementada.

Encargos Brutos – É aplicado o preço total e estabelecido para tratamento médico que o BMCHS cobra consistentemente e uniformemente a todos os pacientes perante subsídios contratuais, descontos ou outras deduções.

Lei de Serviços de Saúde Acessíveis, (ACA) – A lei de reforma de cuidados da saúde compreensivos, promulgada em março de 2010 (às vezes conhecida como ACA ou Obamacare) que serve: para tornar cuidados da saúde acessíveis disponíveis para mais pessoas ao fornecer subsídios ("créditos de imposto premium") que abaixam os custos para agregados familiares com rendas entre 100% e 400% do limite de pobreza federal; para expandir programas do Medicaid estaduais para cobrir todos os adultos com renda de 138% do nível federal de pobreza; e para apoiar métodos de entrega de tratamento médico inovadores, designados para abaixar os custos de tratamento de saúde geralmente.

Outros Serviços - Serviços onde a necessidade clínica não foi demonstrada ao clínico revisor ou onde as qualificações do paciente para o serviço pode não cumprir com as definições do plano de seguro geral para atender os critérios de necessidade médica principais para o serviço. Os serviços também incluem procedimentos ou tratamentos onde muitos planos de seguro não os considera a ser Clinicamente necessários incluindo, mas não se limitando a: Cirurgia Cosmética, Fertilização In-Vitro (IVF) ou outra Terapia Reprodutiva Avançada (ART), Serviços de Bypass Gástrico (ausente da determinação de um pagador de necessidade médica) e Itens de conveniência de paciente como encargos relacionados a serviços noturnos acima e além daqueles necessários para tratamento médico ou serviços noturnos ao paciente (hospitalização hospitalar ou parcial) onde não há uma necessidade clínica claramente demonstrada.

Planos de Saúde Qualificados - Um plano de seguro, certificado pelo Mercado de Seguro de Saúde, que fornece benefícios de saúde, segue os limites estabelecidos em compartilhamento de custos (como dedutíveis, copagamentos e quantias máximas não cobertas) e cumpre com outros requisitos sob a Lei de Serviços de Saúde Acessíveis.

Programa de Assistência Beneficente - Um programa de assistência financeira oferecido pelo Boston Medical Center que oferece um desconto de porcentagem no saldo da conta do paciente com base na habilidade do paciente de pagar e uma determinação da elegibilidade do programa conforme especificado pela Política de Assistência Financeira do hospital.

Quantias Geralmente Cobradas (AGB) - A quantia pela qual as cobranças para pacientes Sem seguro e Subsegurados são mensurados. Os pacientes sem seguro não serão cobrados mais para Serviços emergenciais/urgentes, ou outro Tratamento clinicamente necessário do que as AGBs para pacientes com cobertura de seguro. Para calcular as AGBs, o BMC usa o método de reavaliação que utiliza dados a partir de pagamentos do Medicaid, com base no exercício fiscal de 12 meses, para determinar a porcentagem das AGBs a ser aplicada a cobranças. A porcentagem das AGBs utilizada pelo BMC e o método em que foi determinado está disponível, livre de cobrança, a partir do Aconselhamento Financeiro ao Paciente (PFC) e Departamento. As solicitações podem ser realizadas ao ligar para o PFC em 617-414-5155 ou enviando e-mail para DG-FinancialCounseling@bmc.org.

Rede de Segurança da Saúde (HSN) – A Rede de Segurança da Saúde é um programa de assistência financeira que paga por determinados serviços clinicamente necessários fornecidos para pacientes qualificados, de baixa renda nos Centros de Saúde Comunitários (CHCs) de

Massachusetts e hospitais de tratamento intensivo. A HSN também paga CHCs e hospitais de tratamento intensivo por despesas de Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso (quando despesas médicas qualificadas excedem uma porcentagem especificada da renda de uma família) e para alguns tipos de insolvência de hospital. A HSN foi criada para distribuir mais equitativamente o custo de prover tratamento não remunerado para moradores de baixa renda de Massachusetts por meio do oferecimento de tratamento gratuito ou com desconto nos hospitais intensivos no estado. A centralização da Rede de Segurança de Saúde de tratamento não remunerado é alcançada por meio de uma avaliação em cada hospital para cobrir o custo de tratamento para pacientes sem seguro e subsegurados com rendas abaixo de 300% do nível federal de pobreza. A política do hospital é que todos os pacientes que recebem assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital inclua os serviços da Rede de Segurança de Saúde como parte do tratamento não remunerado fornecido para pacientes de baixa renda.

Regras Federais da Pobreza (FPG) - Determinadas pelo governo dos Estados Unidos e publicadas anualmente no Registro Federal. As FPGs são baseadas no tamanho da renda de uma família e na renda da família e são usadas na determinação da elegibilidade de um paciente para assistência financeira sob programas estaduais do Medicaid e a Política de Assistência Financeira do BMC.

Sem seguro - O status de um paciente que não tem nenhum seguro de saúde em efeito para uma data específica de serviço ou onde sua cobertura não é efetiva para um serviço específico devido às limitações da rede, escape de benefício de seguro ou outros serviços não cobertos.

Serviços de Tratamento Primário - Serviços cuidados da saúde, habitualmente fornecidos por profissionais gerais, profissionais da família, internistas gerais, pediatras gerais e profissionais de enfermaria de assistência primária ou assistentes médicos. Serviços de tratamento primário não exigem os recursos especializados de um Hospital Intensivo, Departamento Emergencial e exclui Serviços Auxiliares e serviços de cuidados de maternidade.

Serviços de Tratamento Urgente - Serviços clinicamente necessários fornecidos após o início repentino de um quadro médico, independente se físico ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de severidade suficiente (incluindo dor severa) que um leigo prudente acreditaria que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente esperar a resultar em: colocar a saúde do paciente em risco, prejuízo para a função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os Serviços urgentes são fornecidos para quadros que não são ameaçadores à vida e não representam um alto risco de dano grave para a saúde de um indivíduo. Os Serviços de tratamento urgente não incluem Tratamento primário ou eletivo.

Serviços Eletivos - Serviços clinicamente necessários que não requerem assistência ou tratamento de um departamento de emergência ou hospital intensivo para estabilização médica, e, portanto, não atende a definição de serviços emergenciais/urgentes. O paciente tipicamente, mas não exclusivamente, agenda esses serviços antecipadamente.

Serviços Emergenciais - Serviços clinicamente necessários fornecidos após o início de um quadro médico, independentemente se físico ou mental, manifestando-se por meio de sintomas de severidade suficiente incluindo dor severa, que a ausência ou omissão de atenção médica imediata pode ser razoavelmente esperada em afetar negativamente a condição ou saúde da pessoa, resultando em risco grave, prejuízo ou disfunção de qualquer parte do corpo ou órgão corporal, em

relação a uma mulher grávida, conforme definido posteriormente na seção 1867(e) (1) (B) da Lei do Seguro Social, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Os Serviços emergenciais incluem um exame médico de triagem e tratamento para quadros médicos emergenciais, ou qualquer outro serviço prestado na medida que exigido de acordo com o **EMTALA** (42 USC 1395(dd) se qualifica como Tratamento Emergencial. Os Serviços emergenciais também incluem: serviços determinados como uma emergência por um profissional médico licenciado; tratamento médico hospitalar que está associado com o tratamento emergencial ambulatorial; e transferências hospitalares a partir de um outro hospital de tratamento intensivo para o BMC para a provisão do tratamento hospitalar que de outra forma não está disponível no hospital de transferência.

Subsegurado - O status do paciente que tem alguma forma de seguro de saúde que não fornece proteção financeira adequada, resultante na inabilidade do paciente de arcar com despesas não cobertas e de cuidados da saúde como copagamentos, cosseguro e dedutíveis determinados pelo provedor de seguro e devidos do paciente para os serviços clínicos de entrega.

Procedimentos

I. Cobertura para Serviços de Cuidados da Saúde

O BMC fornece assistência a todos os pacientes requerendo Serviços Emergenciais/Urgentes, outros serviços Clinicamente necessários e mulheres grávidas no trabalho ativo independente de sua habilidade de pagar. De acordo com os requisitos da Lei de Tratamento Médico Emergencial e Trabalho Ativo (EMITALA) federal, o Hospital conduzirá um exame de triagem médica para todos os pacientes que se apresentem em uma localização do BMC buscando Serviços Emergenciais para determinar se um quadro médico emergencial existe. O profissional médico de tratamento determinará se os serviços emergenciais ou não-emergenciais são necessários ao avaliar o nível de assistência e tratamento necessário para cada paciente com base em seus sintomas clínicos presentes e seguindo padrões de prática aplicáveis.

A. A elegibilidade para tratamento gratuito ou reduzido sob o Programa de Assistência Beneficente do BMC se aplica para serviços de tratamento emergencial/urgente e primário. As determinações de elegibilidade são geralmente feitas após a entrega de serviço e baseadas no status financeiro do paciente conforme determinado pelas Regras Gerais da Pobreza (FPG) e o tipo e classificação do tratamento médico fornecido ao paciente. (Veja o Anexo C para a tabela da FPG). Em nenhum caso uma determinação de elegibilidade da FAP do paciente interfere com o acesso a um tratamento emergencial e o hospital fornecerá tratamento emergencial independente da elegibilidade da FAP.

B. Serviços de tratamento primário incluem tratamento médico necessário para a manutenção de saúde e a prevenção de doença. Esses serviços são geralmente agendados antecipadamente ou podem ser agendados no mesmo dia pelo paciente ou provedor de cuidados da saúde.

   a. A Assistência Primária é habitualmente fornecida pelos profissionais gerais, profissionais de família, internistas gerais, pediatras gerais e profissionais de enfermaria de assistência ou assistentes médicos e não exigem recursos especializados de um departamento emergencial de Hospital Intensivo e pode excluir Serviços Auxiliares e serviços de cuidados de maternidade.

C. A elegibilidade do Programa de Tratamento Beneficente do BMC se aplica consistentemente a todos os Serviços Emergenciais/Urgentes, Serviços de Assistência Primária e outros Tratamentos clinicamente necessários fornecidos pelo Hospital.

II. Assistência financeira e Elegibilidade de programa

A. O BMC oferece assistência financeira por meio de Desconto de Pagamentos Não Comparticipados para todos os pacientes Sem seguro independente de sua habilidade de pagar. Todavia, se um paciente sem seguro não pode pagar o saldo remanescente após o Desconto de Pagamento Não Comparticipado for aplicado, o paciente pode solicitar e se candidatar para o Programa de Assistência Beneficente do BMC.

   a. Se um paciente Sem seguro receber um Desconto de Pagamento Não Comparticipado e subsequentemente fornecer informações de cobertura de seguro para a data de serviço do encontro, então o Desconto de Pagamento Não Comparticipado será revertido e o BMC cobrará o terceiro.

   b. Se um paciente Sem seguro receber um Desconto de Pagamento Não Comparticipado e subsequentemente se qualificar para assistência financeira sob o Programa de Assistência Beneficente, então o Desconto de Pagamento Não Comparticipado será revertido e o desconto do Programa de Assistência Beneficente será aplicado para classificar adequadamente o ajuste da conta.

   c. Os serviços geralmente excluídos do Desconto de paciente de Pagamento Não Comparticipado:

      i. Os serviços fornecidos por médicos prestadores independentes e que cobram privadamente pelo tratamento entregue ao invés de por meio dos grupos de médicos afiliados com o BMC.

      ii. Os saldos da conta após o processamento de seguro, incluindo copagamentos, cosseguro e dedutíveis de seguro.

      iii. Reivindicações de veículo motorizado, reivindicações de responsabilidade de terceiros, serviços de taxa fixa, taxas contratadas, outros serviços não-clinicamente necessários e/ou outros serviços onde outros descontos já foram aplicados a cobranças, são tipicamente, mas não explicitamente, excluídos do Desconto de Pagamento Não Comparticipado como Consideração Individual pode ser aplicada.

B. Pacientes Sem seguro ou Subsegurados que demonstram necessidade financeira por tratamento médico são avaliados por elegibilidade e cobertura com base em diretrizes consistentes, pré-estabelecidas determinadas por programas do Medicaid, Planos de Saúde Qualificados e Programa de Assistência Beneficente do BMC.

C. Os pacientes podem solicitar assistência financeira a qualquer hora durante o pré-registro, registro, permanência hospitalar, serviço ambulatorial ou por todo o curso do ciclo de cobrança e coletas ao solicitar e enviar uma candidatura completa para assistência financeira.

D. Uma Candidatura de Conselheiro Certificado (CAC), está disponível no Departamento de Aconselhamento Financeiro do Hospital a pacientes de triagem para a elegibilidade de programa e fornece assistência presencial e matrícula conforme necessário. Itens necessários para se candidatar para o Programa de Assistência Beneficente:
   a. Candidatura preenchida, assinada pelo paciente e o cônjuge do paciente, se casado(a), ou pelo fiador, (por ex.: pai/mãe ou responsável).
   b. Comprovante de residência
   c. Comprovante de identidade
   d. Comprovante de Renda de agregado familiar
      i. Renda obtida
      ii. Renda não obtida
      iii. Renda de aluguéis
   e. Declaração de apoio (se nenhuma renda for relatada)
   f. As informações sobre ativos, devem incluir:
      i. Extratos bancários

E. Todos os pacientes solicitando assistência financeira devem primeiro ser avaliados por elegibilidade sob programas de assistência pública ou específica de QHP para o estado de residência do paciente.
   a. Em Massachusetts, os programas incluem, mas não são limitados ao, MassHealth, o programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, o Programa de Segurança Médica Infantil, a Rede de Segurança de Saúde e Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso.
   b. Os pacientes que se qualificarem para uma opção de cobertura pública devem cumprir com o processo de candidatura para esse programa e receber uma resposta negativa antes de invocar benefícios adicionais sob o Programa de Assistência Beneficente.
   c. O processo de triagem e candidatura para o seguro de saúde pública é concluído pela Candidatura de Conselheiro Certificado, (CACs), no hospital. As candidaturas podem ser concluídas e enviadas em papel, via fax, ou on-line por meio do sistema de Troca de Seguros de Saúde Estadual (HIX).

F. Os CACs do Hospital também podem auxiliar pacientes a se candidatar para Elegibilidade Presumida para conceder a pacientes em circunstâncias especiais, acesso imediato a serviços cobertos por meio do MassHealth ou da Rede de Segurança de Saúde.
      i. O processo de elegibilidade presumida é concluído por um CAC, que na base da auto-certificação das informações financeiras do paciente, determinará que o paciente atende a definição do estado de Paciente de Baixa Renda, e, portanto, qualificará o paciente para cobertura sob o MassHealth ou a HSN.
      ii. Uma designação da Elegibilidade Presumida fornece um período limitado de cobertura elegível, com início na data que o CAC do hospital fizer a determinação até o final do mês seguinte. Durante um período de elegibilidade presumida, os pacientes são obrigados a preencher e enviar uma candidatura

completa com os documentos de verificação necessários para assegurar cobertura contínua.

G. Se um paciente é determinado como inelegível para um programa de assistência pública, QHP, HSN ou Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso, então o paciente será avaliado para a elegibilidade do programa sob o Programa de Assistência Beneficente do Hospital.
   a. Por meio da participação na Rede de Segurança de Saúde do Massachusetts, os pacientes de baixa renda sem seguro e subsegurados recebendo serviços no BMC podem ser elegíveis para assistência financeira, incluindo tratamento gratuito ou parcialmente gratuito para os serviços elegíveis da HSN. A política do hospital é que todos os pacientes que recebem assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital inclua os serviços da Rede de Segurança de Saúde como parte do tratamento não remunerado fornecido a pacientes de baixa renda.
      i. *Rede de Segurança de Saúde - Primária* - Moradores de Massachusetts Sem seguro com renda verificada entre 0 e 300% do Nível Federal de Pobreza podem ser determinados como elegíveis para Serviços Elegíveis da Rede de Segurança de Saúde.
         a. O período de elegibilidade e tipo de serviços cobertos sob a *HSN Primária*é limitado para pacientes elegíveis para matrícula no Programa de Pagamento de Assistência Premium de Massachussets operado pelo Health Connector.
         b. Os pacientes sujeitos aos requisitos do Programa de Seguro de Saúde de Estudante do Massachussets não são elegíveis para a *HSN Primária*.
      ii. *Rede de Segurança de Saúde - Secundária* - Os pacientes que são moradores de Massachusetts com seguro de saúde primário e renda entre 0 e 300% do Nível Federal de Pobreza podem ser determinados como elegíveis para Serviços Elegíveis da Rede de Segurança de Saúde.
         a. O período de elegibilidade e tipo de serviços para a *HSN Primária*é limitado para pacientes elegíveis para matrícula no Programa de Pagamento de Assistência Premium operado pelo Health Connector.
      iii. *Rede de Segurança de Saúde - Dedutíveis Parciais* - Os pacientes que se qualificam para a *HSN Primária* ou *HSN - Secundária* com renda entre 150,1% e 300% do Nível Federal de Pobreza podem estar sujeitos a um dedutível anual se todos os membros do Grupo de Família de Cobrança Premium tiver uma renda acima de 150,1% do Nível Federal de Pobreza. Não há dedutível para nenhum membro do Grupo de Família de Cobrança Premium se a renda estiver acima de 150,1% do Nível Federal de Pobreza. O dedutível anual é igual ao maior de:
         a. o Programa de Pagamento de Assistência Premium de menor custo operado pelo Health Connector premium, ajustado para o tamanho do Grupo de Família de Cobrança Premium proporcionalmente aos padrões de

renda de Nível Federal de Pobreza do MassHealth, a partir do início do ano-calendário; ou

b. 40% da diferença entre a renda do Agregado Familiar da Renda Bruta Ajustada Modificada do MassHealth ou da Renda Contabilística da Família da Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso, conforme descrito no 101 CMR 613.04(1), no Grupo de Família de Cobrança Premium e 200% do Nível Federal de Pobreza.

iv. *Rede de Segurança de Saúde - Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso* -Um morador de Massachusetts de qualquer renda pode se qualificar para a *Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso* por meio da Rede de Segurança de Saúde, caso alguma despesa médica tenha esgotado sua renda ou renda contabilística que ele ou ela se torne incapaz de pagar pelos serviços de saúde. Para se qualificar para *Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso*, as despesas médicas permissíveis do candidato devem exceder uma porcentagem especificada da renda do candidato como se segue:

a. Porcentagem do Nível de Renda da Renda Contabilística:

0 a 205%	Nível Federal de Pobreza 10%
205,1 a 305%	Nível Federal de Pobreza 15%
305,1 a 405%	Nível Federal de Pobreza 20%
405,1 a 605%	Nível Federal de Pobreza 30%
> 605,1%	Nível Federal de Pobreza 40%

b. A contribuição obrigatória do candidato é calculada como a porcentagem especificada da Renda Contabilística baseada no Nível Federal de Pobreza da Família da *Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso*, multiplicada pela Renda Contabilística real menos as cobranças inelegíveis para pagamento da Rede de Segurança de Saúde, em que o candidato permanecerá responsável.

b. Os indivíduos que atendem os requisitos de elegibilidade para se qualificarem para assistência financeira sob um programa da Rede de Segurança de Saúde destacados no II.E. da FAP podem ter cobrança existente por serviços prestados antes dos dez dias precedentes à data de candidatura para a cobertura da Rede de Segurança de Saúde. Sob os regulamentos da Rede de Segurança de Saúde, determinados serviços primários e eletivos serão inelegíveis para cobertura sob a Rede de Segurança de Saúde antes do período de dez dias e o indivíduo permanece responsável para essas quantias de fatura. No momento em que a elegibilidade da Rede de Segurança de Saúde for determinada, o BMC fornecerá cobertura de assistência beneficente de 100% dessas faturas para serviços prestados antes do período de dez dias e não envolverá cobrança adicional nessas faturas.

H. Os pacientes determinados como inelegíveis para um programa de assistência pública, QHP, HSN ou Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso serão avaliados para elegibilidade de programa sob o Programa de Assistência Beneficente do BMC. As informações coletadas serão utilizadas para determinar a elegibilidade para o Programa de Assistência Beneficente.
   a. Os pacientes sem seguro determinados como elegíveis para o Programa de Assistência Beneficente se qualificarão para um desconto, aplicado para encargos brutos que podem cobrir todas ou uma parte de suas cobranças médicas não pagas. Um paciente elegível do Programa de Assistência Beneficente nunca será cobrado mais do que as AGBs. A elegibilidade de pacientes e desconto aplicável são determinados usando a tabela no Anexo C.
   b. Os pacientes subsegurados determinados como elegíveis para o Programa de Assistência Beneficente se qualificam para um desconto aplicado nos saldos da conta após o processamento de seguro. A elegibilidade de pacientes e desconto aplicável são determinados usando a tabela no Anexo C.
   c. Elegibilidade para tratamento gratuito ou reduzido, em todos os casos considerados para assistência financeira, é determinado usando as Regras Federais da Pobreza publicadas mais recentemente (Veja o Anexo C).
      i. Os limites de ativos para elegibilidade não podem exceder $3.000 para candidato e $3.000 para o cônjuge do candidato, se aplicável.
      ii. As determinações de ativos nunca incluirão a residência primária ou o automóvel primário do paciente.
   d. O BMC utiliza o método de reavaliação para determinar as AGBs quando cobrando pacientes sem cobertura de seguro que não se qualificam para o Programa de Assistência Beneficente do BMCHS. O BMC revisa dados a partir das reivindicações passadas reais pagas pelo Medicaid para estabelecer uma porcentagem de encargos totais a serem descontados e aplicados anualmente como o Desconto de Pagamentos Não Comparticipados.
   e. O BMC não cobrará uma pessoa sem seguro mais do que a taxa das AGBs. Para 2022, o desconto de porcentagem calculado para as AGBs é 68%. Portanto, um paciente elegível de FAP não será cobrado mais do que 32% dos encargos brutos para serviços prestados. As informações sobre o cálculo das AGBs usado pelo BMCHS e o método em que foi determinado está disponível mediante a solicitação entrando em contato com o Atendimento ao Cliente em 888-489-0169.
   f. O BMC não cobra ou espera pagamento de encargos brutos/totais de um indivíduo que se qualifica sob a FAP, ou que não tem seguro, mas não se qualifica para assistência financeira.

K. Uma consideração individual pode ser concedida a pacientes que demonstrem situações financeiras únicas e descontos podem ser estendidos em uma base caso a caso, de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do hospital e além das outras medidas destacadas na FAP, para reconhecer casos únicos de dificuldade financeira.

III. Método para se candidatar para Assistência financeira

A. Os pacientes podem solicitar e se candidatar para assistência financeira:

a. Ao visitar as localizações de escritório de Aconselhamento Financeiro ao Paciente no Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, and Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, no andar térreo.

b. Ao ligar para o Departamento de Aconselhamento Financeiro em (617) 414-5155 para passar pela triagem por telefone ou para agendar uma consulta com o Conselheiro Financeiro, de segunda a sexta-feira, das 8:00hs às 17:00hs.

c. Ao enviar por correio uma solicitação por escrito para as informações de FAP, incluindo cópias do Formulário de Triagem de Assistência Financeira e a candidatura do Programa de Assistência Beneficente do BMC para ser preenchida e submetida por correio para processamento.

i. A candidatura do Programa de Assistência Beneficente de FAP e BMC está disponível em https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance e pode ser impressa, preenchida e retornada pessoalmente ou por correio para processamento.

ii. Se estiver se candidatando por correio, os pacientes devem enviar o Formulário de Triagem de Assistência Financeira, Candidatura e cópias de documentos solicitados para:

- Boston Medical Center
  Atenção: Aconselhamento Financeiro ao Paciente
  725 Albany Street, Suite 3C
  Boston, MA 02118

B. Determinação de Elegibilidade

a. O departamento de Aconselhamento Financeiro ao Paciente no BMC é responsável por fazer uma determinação de elegibilidade com base na documentação fornecida pelo paciente para o processo de candidatura. Os pacientes podem entrar em contato com o departamento de Assistência Financeira com perguntas sobre as determinações de elegibilidade ao ligar para (617) 414-5155.

b. Após uma candidatura preenchida ser recebida e processada, uma determinação de elegibilidade será feita e o candidato será notificado por escrito sobre a decisão.

c. Notificação de solicitação para informações adicionais ou resposta negativa:

i. A assistência financeira não será negada com base unicamente em uma candidatura incompleta inicialmente enviada pelo paciente. Os tipos mais comuns de documentação necessária para se candidatar estão referenciados na seção II.D desta política e destacados no documento de resumo do BMC anexado (Anexo B).

ii. Se documentação adicional for necessária para fazer uma determinação, em seguida o paciente será notificado por correio da USPS com uma solicitação para retornar os documentos de verificação dentro de 30 dias a partir da data de notificação.

iii. Se o paciente falhar em fornecer documentação adicional, então a candidatura para assistência financeira pode ser negada e o

paciente será cobrado de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do BMC.

a. Os pacientes não segurados considerados inelegíveis ou que receberam resposta negativa para programas de assistência financeira receberão o Desconto de Pagamento Não Comparticipado, conforme apropriado.
b. Os pacientes subsegurados considerados como inelegíveis ou que receberam resposta negativa para programas de assistência financeira serão responsáveis pelo saldo de conta remanescente após o processamento de seguro.
c. O BMC fará um esforço razoável para coletar saldos de conta devidos.
    i. O Paciente receberá um mínimo de quatro extratos no decorrer de um período de 120 dias antes da conta ser considerada para designação de insolvência.
    ii. Outros esforços de cobrança incluem ligações telefônicas, cartas de cobrança, avisos de contato individual, notificações de computador ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno para entrar em contato com a parte responsável pelo saldo.
    iii. O BMC contrata uma agência de cobrança externa para auxiliar na cobrança de determinadas contas, incluindo quantias responsáveis pelo paciente não resolvidas após a emissão de cobranças do Hospital ou avisos finais. Todavia, o BMC não se envolve em Ação de Cobrança Extraordinária, (ECA), para obter pagamento em saldos de conta devidos passados.
d. A Política de Crédito e Cobrança do BMC está disponível para revisão no site do hospital em https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance.

e. Notificação de aprovação
    i. Pacientes aprovados, não segurados ou subsegurados receberão um desconto conforme especificado no FAP, (Veja o Anexo C para resumo de critérios de elegibilidade e desconto aplicável).
    ii. O BMC entrará em contato com o paciente por correio da USPS para notificar sobre a aprovação para o programa de assistência financeira. Este aviso incluirá as etapas que um paciente pode adotar para obter informações sobre como a responsabilidade do paciente, se aplicável, foi determinada assim como as informações confirmando que o saldo devido não é maior do que as Quantias Geralmente Cobradas.
    iii. Se um paciente já tiver estabelecido um plano de pagamento ou realizou pagamentos em sua conta e for subsequentemente

aprovado pelo Programa Beneficente do BMC, quaisquer pagamentos sobre a quantia de copagamento do programa beneficente também será aplicada para outras contas em aberto ou reembolsados ao paciente se nenhum outro débito em aberto existir.

f. Obrigações do paciente
   i. Os pacientes devem participar no processo de triagem de assistência financeira e concordar em se candidatar para cobertura de seguro de saúde disponível, se considerado potencialmente elegível para um programa de assistência estadual, público ou Plano de Saúde Qualificado.
   ii. O BMC reserva o direito de solicitar verificação de uma candidatura negada para um programa de seguro de saúde disponível antes que o paciente possa ser considerado para assistência financeira sob o Programa Beneficente do BMC.
   iii. Os pacientes são obrigados a enviar uma candidatura de Programa Beneficente do BMC preenchida e assinada e a fornecer documentação para verificar renda, ativos e status de residência necessários para se matricular na cobertura de seguro de saúde ou para se candidatar para assistência sob o Programa de Assistência Beneficente do BMC. (Veja o Anexo D para Candidatura de Programa Beneficente).
   iv. Os pacientes devem divulgar completamente qualquer Remuneração de trabalhador, Veículo motorizado ou cobertura de Responsabilidade de terceiros e cooperar com solicitações para ter reivindicações processadas pelo contribuinte identificado.
   v. Os pacientes são obrigados a fornecer ao escritório de Aconselhamento Financeiro do Hospital atualizações pontuais sobre as alterações no endereço, emprego ou status de seguro conforme exibido pelos programas de assistência financeira.
   vi. Os pacientes devem concordar em pagar saldos de conta após o processamento do seguro, inelegíveis para descontos sob a FAP, como copagamentos, cosseguros e dedutíveis.

g. Obrigações do BMC
   i. O BMC fará todos os esforços razoáveis para coletar as informações de status e financeiras sobre o seguro do paciente necessárias para determinar a responsabilidade para pagamento de todos os serviços de cuidados de saúde hospitalares ou ambulatoriais durante o pré-registro do paciente, na data de serviço, quando o paciente for admitido no Hospital, mediante o recebimento de alta, ou por um tempo razoável após o recebimento de alta do hospital. Esforços razoáveis incluem:
      a. Solicitação do cartão de seguro do paciente
      b. Verificação da cobertura no sistema de elegibilidade do Hospital
      c. Verificação da cobertura por meio de acesso a bancos de dados de seguro públicos ou privados

d. Obtenção de informações de contribuinte de terceiros.

ii. O BMC tentará investigar qualquer contribuinte terceiro que possa ser responsável a pagar por serviços fornecidos, incluindo, mas não se limitando aos seguintes:

a. Política de responsabilidade de veículo motorizado ou proprietário de imóvel
b. Políticas de acidente geral
c. Programas de remuneração do trabalhador
d. Políticas de seguro do estudante

iii. Se o paciente ou o fiador/responsável não puder fornecer as informações necessárias e consentimento de paciente, então o BMC pode tentar entrar em contato com parentes, amigos, fiador/responsável e/ou outros terceiros apropriados para obter informações adicionais.

IV. Notificação da Disponibilidade de Assistência Financeira

A. O BMC utiliza as seguintes medidas para amplamente publicar sua Política de Assistência Financeira:

a. Informa o paciente sobre o Programa Beneficente do BMC e oferece cópia do Resumo em Linguagem Simples, (PLS), no momento do registro como parte do processo de admissões padrão.
b. A sinalização de pôsteres sobre a oferta de programas de assistência financeira, incluindo como e onde se candidatar, é proeminentemente divulgada em localizações de acesso ao paciente no BMC:

i. Nos departamentos e/ou áreas de espera onde os serviços hospitalares, ambulatoriais, clínicos e emergenciais são fornecidos.
ii. Escritórios de Aconselhamento Financeiro Hospitalar
iii. Em áreas de admissão central e registro de pacientes

c. Torna disponível cópias da política, formulário de triagem, candidatura e Resumo em Linguagem Simples:

i. Mediante solicitação do paciente, pessoalmente, por telefone ou por correio.
ii. No site do Hospital, para revisão ou download em https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance
iii. Em localizações de acesso ao paciente no BMC

d. Fornece um aviso geral da disponibilidade do programa de assistência financeira em declarações de cobrança ao paciente.

B. Todas as notificações divulgadas e materiais por escrito pertencentes à FAP, incluindo o formulário de triagem, candidatura, PLS e catálogos educacionais, são traduzidas para idiomas diferentes do inglês, se esse idioma for falado por 5% ou mais da população residindo na área de serviço do BMC. Atualmente, todos as sinalizações e materiais por escrito são traduzidas para os seguintes idiomas:

a. Inglês
b. Espanhol
c. Crioulo haitiano
d. Português
e. Vietnamita

V. Práticas de Faturamento e Cobrança do Hospital

A. O BMC tem um dever fiduciário de buscar reembolso, para a entrega de serviços a partir de indivíduos que podem pagar, a partir de seguradores terceiros que cobrem o custo de tratamento e de outros programas de assistência em que o paciente é elegível.

B. Conforme destacado na Política de Crédito e Cobrança, o BMC segue procedimentos de faturamento e cobrança razoáveis:

   a. Cada extrato de cobrança recebido por um paciente é uma tentativa de coletar um saldo devido. Cada extrato incluirá informações para informar o paciente ou o fiador sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira, incluindo como solicitar e se candidatar para obter assistência;

   b. O BMC irá documentar atividade de cobrança contínua que inclua um mínimo de quatro (4) extratos de paciente no decorrer de um período de 120 dias antes da conta ser considerada para designação de insolvência.

   c. Em uma notificação final, o paciente ou fiador será aconselhado de que a conta pode ser referida para uma agência de cobrança externa e informado sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira.

   d. O BMC irá documentar todos os esforços alternativos feitos para localizar uma parte responsável para o saldo de conta ou para obter um endereço correto sobre extratos de cobrança retornados pelo serviço postal conforme "endereço incorreto" ou "não entregáveis".

   e. O BMC irá documentar e manter dados sobre cobrança contínua ou ações de cobrança empreendidas para revisões de auditoria por uma agência federal e/ou estadual para o relato de custo do exercício fiscal em que a cobrança ou conta é relatada.

   f. O BMC não buscará ação de faturamento ou cobrança contínua nos saldos da conta de hospital menores que $25,00 pois há um custo proibitivo. Todavia, o BUMG continuará o esforço de faturamento e cobrança em saldos de conta maiores do que $5 para a prestação de serviços médicos.

C. Os pacientes determinados como inelegíveis para programas de assistência financeira, mas que podem demonstrar dificuldade financeira devido a circunstâncias não comuns ou não antecipadas são encorajados a levar sua situação para a atenção do Aconselhamento Financeiro ao Paciente para Consideração Individual. O BMC, de acordo com sua Política de Crédito e Cobrança, pode aplicar discrição e estender descontos além das outras medidas na Política de Assistência Financeira em uma base de caso por tratamento para reconhecer casos únicos de dificuldade financeira.

D. A Política de Crédito e Cobrança do BMC está disponível para revisão no site do hospital em https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance.

Responsabilidade:

Anexos/Exibições:

Anexo A – Resumo em Linguagem Simples do BMC
Anexo B – Resumo de Documentos de Verificação Aceitáveis da FAP
Anexo C – Diretrizes de Elegibilidade do Programa Beneficente e Desconto
Anexo D – Candidatura do Programa Beneficente do BMC
Anexo E – Lista do BMC de Afiliados de Provedores

Outras políticas relacionadas:
09.11.000 Tratamento e Transferência de Pacientes de Emergência
08.26.000 Crédito e Cobranças

Referências:

Seção:

N.º da política:
08.26.001

Cargo:
Assistência Financeira ao Paciente

Iniciado por:
Aconselhamento Financeiro ao Paciente

Departamentos Contribuidores:
Ciclo de Receita
- Aconselhamento Financeiro ao Paciente
- Serviços de Acesso ao Paciente
- Serviços Financeiros ao Paciente e Estratégia de Ciclo de Receita
- Integridade de Receita e Cobrança Profissional

Sistemas de Reembolso e Pagamento
Jurídico e Conformidade

Boston Medical Center

Política de Assistência Financeira do BMC: **Resumo em Linguagem Simples**

O Boston Medical Center, fornece tratamento clinicamente necessário a todos os pacientes, não importando a raça, cor, religião, sexo, origem nacional, idade, deficiência, identidade ou expressão de gênero ou a habilidade de pagar. O BMC oferece assistência financeira a pacientes de baixa renda, sem seguro ou subsegurados, que demonstrem necessidade e uma inabilidade de pagar por tratamento. O BMC trabalha com pacientes para determinar a elegibilidade por assistência financeira e os ajudar a se candidatar para cobertura sob o Medicaid ou outros programas estaduais, planos de saúde federalmente qualificados, ou o Programa de Assistência Beneficente do hospital. Os pacientes elegíveis pelo Programa de Assistência Beneficente não serão cobrados mais do que as quantias geralmente cobradas para aqueles com seguro para serviços emergenciais ou outros tratamentos clinicamente necessários.

As informações sobre a Política de Assistência Financeira e como se candidatar para assistência financeira está disponível a todos os pacientes em inglês, espanhol, crioulo haitiano, português e vietnamita. Os intérpretes estão disponíveis para auxiliar pacientes com candidaturas em outros idiomas por meio de serviços de intérprete do MassHealth em 1-800-841-2900, ou ligando para o Aconselhamento Financeiro ao Paciente em 617-414-5155 ou visitando as localizações de escritório no Shapiro Center ou Yawkey Center. A Política de Assistência Financeira do BMC está disponível gratuitamente mediante solicitação e on-line para download em https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program.

Quem é elegível?
Pacientes de baixa renda, não segurados e subsegurados que requerem tratamento clinicamente necessário e são incapazes de pagar por serviços podem se candidatar para programas de assistência financeira. A elegibilidade do programa baseia-se nas diretrizes que incluem renda de agregado familiar, tamanho de família, necessidades médicas e estado da residência do indivíduo. Como um paciente se qualifica para assistência financeira determinará o tipo de programa em que são elegíveis. Alguns pacientes se qualificarão para programas que não exigem pagamento por serviços, enquanto que para outros pacientes elegíveis é obrigatório fazer um pagamento parcial para tratamento. Sob o Programa de Assistência Beneficente, os pacientes com renda de ou abaixo de 150% das Regras Federais da Pobreza (FPG), se qualificam para tratamento gratuito com um desconto de 100% no total de encargos e pacientes com renda entre 150% e 300% da FPG para um desconto de 90% nos encargos. Os moradores de Massachusetts também podem se candidatar para assistência sob Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso. Um programa disponível por meio da Rede de Segurança da Saúde do estado. Independentemente do tamanho e renda do agregado familiar, uma pessoa pode se qualificar para Ajuda Financeira para Tratamento Médico Dispendioso se as despesas médicas permissíveis forem maiores do que uma porcentagem estabelecida da renda do agregado familiar. Pacientes determinados como inelegíveis para cobertura sob programas de assistência financeira estaduais ou federais serão avaliados por elegibilidade sob o Programa de Assistência Beneficente do hospital.

Como se candidatar:
Informações sobre a Política de Assistência Financeira do BMC, Programa de Assistência Beneficente e candidatura, estão disponíveis conforme a seguir:

- Entre em contato com o Aconselhamento Financeiro ao Paciente em (617) 414-5155 ou visite uma localização de escritório, de segunda à sexta-feira, das 8:00hs às 17:00hs, em:
  - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118; ou
  - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, (Ground Floor), Boston, MA. 02118
- Visite o site do Hospital em https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program
- Faça uma solicitação por escrito para as informações do programa e instruções para candidatura por correio para:

  Boston Medical Center
  Atenção: Aconselhamento Financeiro ao Paciente
  725 Albany Street, Suite 3C
  Boston, MA 02118

V.2_06/2022

Anexo B_Resumo de Documentos de Verificação Aceitáveis da FAP

BOSTON MEDICAL CENTER

Data: _____

MRN: _____

Programa de Assistência Beneficente do Boston Medical Center

Para se candidatar no Programa de Assistência Beneficente do hospital, preencha e retorne a candidatura com cópias da documentação necessária para determinar a elegibilidade. A verificação do status de cidadania ou imigração não é um requisito do programa para se qualificar para assistência financeira sob o Programa de Assistência Beneficente. Uma lista de documentos aceitáveis está fornecida a seguir. A candidatura e documentação pode ser retornada como se segue:

- **Via Fax:** (617) 414-4024, ou (617) 414-7584
- **Via e-mail:** patfinoutreach@bmc.org
- **Por entrega:**

Aconselhamento Financeiro ao Paciente
725 Albany Street (Shapiro Building)
3rd floor Suite 3C
Horário comercial: segunda a sexta-feira, das 8:00hs às 17:00hs
Telefone do escritório: (617) 414-5161

Aconselhamento Financeiro ao Paciente
850 Harrison Avenue (Yawkey Building)
Nível do subsolo - Sala BR03
Horário comercial: segunda a sexta-feira, das 8:00hs às 17:00hs
Telefone do escritório: (617) 414-5163

* O BMC reserva o direito de solicitar documentação adicional, não listada abaixo, conforme necessário para determinar a elegibilidade do programa.

Requisito de programa	Documentos aceitos para verificação
Comprovante de identidade Fornecer qualquer uma das seguintes opções	☐ Passaporte ☐ Carteira de motorista emitida pelo estado ☐ Identidade com foto emitida pelo estado ☐ Identidade escolar
Comprovante de residência estabelecida nos EUA Fornecer qualquer uma das seguintes opções	☐ Extratos bancários ☐ Documentos governamentais ☐ Documentos de tribunal ☐ Declaração de imposto de renda ☐ Histórico escolar ☐ Conta de serviços públicos ☐ Registro de veículos ☐ Cartão de seguro de automóvel ☐ Contrato de arrendamento ou documento de hipoteca ☐ Declaração legal por escrito*
Comprovante de renda Forneça todas as opções que se apliquem	☐ Holerites recentes: 2 (se semanalmente) ou 1 (se quinzenalmente) ☐ Cópia mais recente do formulário de declaração de imposto de renda federal 1040 ☐ Carta do empregador • A carta deve incluir: o nome do candidato; data da contratação; taxa de pagamento e frequência de pagamento, (semanal ou bimensal); nome do empregado e informações de contato. ☐ Verificação de profissional autônomo • Cópia mais recente do Formulário e anexos do imposto federal 1040 • Declaração legal por escrito* ☐ Apoio ao cônjuge/pensão alimentícia ☐ Pensão ou anuidades: fotocópia da carta de adjudicação ou canhotos de cheque. ☐ Renda de aluguéis: fatura fiscal, seguro do proprietário, contas de água e redes de esgoto ☐ Seguro-desemprego ☐ Benefícios de veterano
Verificação de ativos Forneça todas as opções que se apliquem	☐ Extrato bancário (conta corrente e/ou poupança)

Para evitar atrasos na obtenção de cobertura, retorne a candidatura e/ou documentação solicitada até _____.

V.2_06/2022

Anexo C_Diretrizes do Programa de Assistência Beneficente para Elegibilidade

Diretrizes do Programa de Assistência Beneficente do BMC para Elegibilidade 2022			
Designação de elegibilidade	**FPG de 0 a 150%**	**FPG de 151% a 300%**	**FPG acima de 300%**
Sem seguro	Desconto de 100%	Desconto de 90%	Desconto de 68%
Subsegurado	Desconto de 100%	Desconto de 90%	Inelegível O paciente é responsável por saldo após seguro
* Os limites de ativo não podem exceder $3.000 para o candidato e $3.000 por membro de cada agregado familiar * As denominações de ativos não incluem a residência primária ou automóvel primário			

Regras Federais do Nível de Pobreza 2022								
Tamanho da família	**FPG de 100%**		**FPG de 150%**		**FPG de 200%**		**FPG de 300%**	
	Renda anual	**Renda mensal**	**Renda anual**	**Renda mensal**	**Renda anual**	**Renda mensal**	**Renda anual**	**Renda mensal**
1	$13.590	$1.133	$20.385	$1.698,75	$27.180	$2.265	$40.770	$3.398
2	$18.310	$1.526	$27.465	$2.288,75	$36.620	$3.052	$54.930	$4.578
3	$23.030	$1.919	$34.545	$2.878,75	$46.060	$3.838	$69.090	$5.758
4	$27.750	$2.313	$41.625	$3.468,75	$55.500	$4.625	$83.250	$6.938
5	$32.470	$2.706	$48.705	$4.058,75	$64.940	$5.412	$97.410	$8.118
6	$37.190	$3.099	$55.785	$4.648,75	$74.380	$6.198	$111.570	$9.298
7	$41.910	$3.493	$62.865	$5.238,75	$83.820	$6.985	$125.730	$10.478
8	$46.630	$3.886	$69.945	$5.828,75	$93.260	$7.772	$139.890	$11.658
	Adicione a seguinte quantia para cada pessoa adicional no agregado familiar.							
	$4.720	$393	$7.080	$590	$9.440	$787	$14.160	$1.180

V.2_06/2022

Anexo D_Candidatura do Programa de Assistência Beneficente

Boston Medical Center
Candidatura do Programa de Assistência Beneficente

Nome do paciente _____ Número do Seguro Social _____ Data de nascimento _____

Nome do pai/mãe/responsável (se o paciente for uma criança) _____ Número do Seguro Social _____ Data de nascimento _____

Endereço residencial	**Endereço de correio** ____**Marque se for o mesmo que o endereço residencial**
Rua _____ N.º do apartamento ou unidade	Rua _____ N.º do apartamento ou unidade
Cidade _____ Estado _____ Código Zip	Cidade _____ Estado _____ Código Zip

Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) **Você está empregado(a)?** ☐ Não ☐ Sim **Se sim, por quanto tempo?** _____

Nome do empregador: _____ **O empregador oferece seguro de saúde?** ☐ Não ☐ Sim

Preencha a tabela para MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR E RENDA DO AGREGADO FAMILIAR abaixo. Forneça nomes e informações sobre renda para cada membro da família vivendo na sua casa. Use os códigos de renda fornecidos para identificar o tipo de renda para cada pessoa.

MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR E RENDA DO AGREGADO FAMILIAR

Tipos de renda e código de renda

Renda obtida	EI	Aposentadoria de Seguro Social	SSR	Pensão alimentícia/Apoio ao cônjuge	VA	Pensão ou anuidade	PA
Renda de profissional autônomo	SE	Renda por Incapacidade do Seguro Social	SSDI	Seguro-desemprego	UC	Renda de aluguéis	RI
		Administração de Veterano	VA				

Nome	Relação com o candidato	Data de nascimento	Idade	Tipo de renda por código	Quantia da renda (An./Me./Sem.)
	N/A				$
					$
					$
					$
					$
					$

Se você precisar de espaço adicional para incluir todos os membros do agregado familiar, então use o verso do formulário.

ATIVOS - Informações bancárias

Conta corrente: ☐ Não ☐ Sim Nome do banco: _____ Saldo: _____

Conta poupança: ☐ Não ☐ Sim Nome do banco: _____ Saldo: _____

Ao assinar abaixo, eu concordo com as seguintes declarações:

- Eu declaro, sob pena de perjúrio, que as respostas que eu forneci são verdadeiras e corretas ao melhor do meu conhecimento.
- Eu vou fornecer todos os documentos de verificação necessários para determinar a minha elegibilidade para o Programa Beneficente do BMCHS.
- Eu entendo que se eu não me qualificar para o Programa Beneficente, eu serei pessoalmente responsável pelos encargos associados com os serviços fornecidos pelo BMCHS, ou eu posso apelar da decisão de negação por escrito com documentação adicional.

Assinatura do paciente (ou), pai/mãe/responsável: _____ Data: _____

Assinatura do cônjuge do paciente: _____ Data: _____

V.2_06/2022

Anexo E_Lista do BMC de Afiliados de Provedores

Lista de Provedores do Boston Medical Center

A Política de Assistência Financeira e a Política de Crédito e Cobrança do Boston Medical Center ("BMC") deverá se aplicar para tratamento emergencial ou clinicamente necessário fornecido nas localizações do hospital do BMC, incluindo as localizações do Centro de Saúde Comunitário listadas na Política de Assistência Financeira, (FAP). A FAP não se aplica a honorários profissionais cobrados por provedores listados para tratamento entregue fora de uma instalação do BMC ou Centro de Saúde Comunitário na Política de Assistência Financeira.

A lista a seguir identifica os nomes de todos os grupos de prática que entregam tratamento emergencial ou outro tratamento clinicamente necessário nas localizações do Centro de Saúde Comunitário.

Nome do provedor	Serviço	Elegível para FAP	Elegível para a HSN
Boston University Dermatology, Inc.	Dermatologia	SIM	SIM
Boston University General Surgical Associates, Inc.	Cirurgia	SIM	SIM
Evans Medical Foundation, Inc.	Oncologia	SIM	SIM
Boston University Eye Associates, Inc.	Oftalmologia	SIM	SIM
Boston Emergency Physician Foundation, Inc.	Emergência	SIM	SIM
Child Health Foundation of Boston, Inc.	Pediatria	SIM	SIM
Boston University Neurology Associates, Inc.	Neurologia	SIM	SIM
Boston University Medical Center Urologists, Inc.	Urologia	SIM	SIM
BUMC Otolaryngologic Foundation, Inc.	Otorrinolaringologia	SIM	SIM
Boston University Neurosurgical Association. Inc.	Neurocirurgia	SIM	SIM
Boston University Family Medicine, Inc.	Medicina da Família	SIM	SIM
Boston University Orthopaedic Surgical Associates, Inc.	Ortopedia	SIM	SIM
Boston University Neurosurgical Associates, Inc.	Cirurgia	SIM	SIM
Boston University Medical Center Radiologists, Inc.	Radiologia	SIM	SIM
Boston University Obstetrics and Gynecology Foundation, Inc.	Obstetrícia e Ginecologia	SIM	SIM
Boston University Psychiatry Associates, Inc.	Psiquiatria	SIM	SIM
Boston University Mallory Pathology Associates, Inc.	Patologia	SIM	SIM
Boston University Plastic Surgery Associates, Inc.	Cirurgia	SIM	SIM
Boston University Affiliated Physicians, Inc.	Geral	SIM	SIM
Boston University Radiation Oncology, Inc.	Oncologia	SIM	SIM
Boston University Cardiac and Thoracic Surgical Foundation, Inc.	Cirurgia cardíaca e torácica	SIM	SIM
Boston University Medical Center Anesthesiologists Inc.	Anestesiologia	SIM	SIM
Boston University Oral and Maxillofacial Surgery, Inc.	Cirurgia	SIM	SIM

v.1_06.2022