Centro Médico de Boston
SISTEMA DE SAÚDE

N.º da apólice:	08.26.001
Revisado/ Revisado:	4/2020, 11/2020, 6/2022, 3/2023, 2/2026
Seção:	Finança

Assistência Financeira ao Paciente

Objetivo:

As entidades do BMC Health System ("BMCHS") — Boston Medical Center, Boston Medical Center Brighton e Boston Medical Center South (coletivamente, os "Hospitais" ou "Hospitais do BMCHS") — elaboraram esta política para identificar e auxiliar pessoas qualificadas de baixa renda, sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente, que estejam inscritas em planos de saúde ou programas de assistência financeira para cobrir despesas com cuidados de saúde, garantindo o acesso oportuno e adequado aos cuidados médicos necessários. O Boston University Medical Group (BUMG) e o Boston Medical Center Affiliated Physicians (BMCAP), na qualidade de parceiros colaborativos dos hospitais, concordam em cumprir as diretrizes estabelecidas na Política de Assistência Financeira dos hospitais.

Declaração de Política:

É política da Hospitais BMCHS, em parceria com os Centros de Saúde Comunitários licenciados pela BMCHS, prestar atendimento médico necessário a todos os pacientes, independentemente de sua capacidade de pagamento, e oferecer assistência financeira àqueles que não possuem plano de saúde ou têm cobertura insuficiente e não podem pagar. Todos os pacientes que se apresentarem em um hospital da BMCHS e necessitem de atendimento de emergência ou urgência, ou de outros cuidados clinicamente necessários, deverão ser atendidos, independentemente de raça, cor, religião, crença, sexo, nacionalidade, idade, deficiência, identidade ou expressão de gênero, ou capacidade de pagamento.

Os hospitais da BMCHS oferecem assistência financeira a todos os pacientes de baixa renda, sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente, que comprovem não ter condições de arcar com a totalidade ou parte das despesas normalmente devidas. Pacientes sem condições financeiras para pagar passarão por uma triagem para verificar se se enquadram nos critérios do Medicaid ou de outros programas estaduais, bem como em Planos de Saúde Qualificados, ou serão avaliados com base em diretrizes pré-estabelecidas para determinar a elegibilidade para receber assistência no âmbito do Programa de Atendimento Beneficente dos Hospitais (CCP). O Programa de Assistência Médica Beneficente descreve todas as circunstâncias nas quais os pacientes podem se qualificar para receber atendimento gratuito ou com desconto. O nível do desconto é determinado pela renda familiar do indivíduo, seus bens, o tamanho da família e as necessidades médicas, conforme especificado nas diretrizes de elegibilidade do CCP.

As informações sobre os programas de assistência financeira oferecidos pelos hospitais são disponibilizadas aos pacientes no momento da inscrição para os serviços e ao receberem a fatura. Todos os pacientes podem ser considerados para assistência financeira a qualquer momento, durante o ciclo de faturamento e cobrança. Um paciente considerado elegível para os Hospitais BMCHS' Programa de Assistência Médica Solidária nunca será cobrado superiores aos valores normalmente cobrados pela prestação de serviços medicamente necessários, nem os hospitais procurarão qualificar um paciente para atendimento gratuito ou com desconto no âmbito do Programa de Assistência Beneficente com o objetivo de gerar negócios a serem pagos por um programa federal de saúde ou de influenciar a escolha, por parte de um beneficiário, de um determinado prestador, profissional de saúde ou fornecedor.
O Comitê Financeiro do Conselho de Curadores do Boston Medical Center, do Boston Medical Center – Brighton e do Boston Medical Center – South analisou e aprovou esta política. Informações sobre a Política de Assistência Financeira e o programa de assistência financeira, incluindo o Resumo em Linguagem Simples (Anexo A), o Formulário de Inscrição no Programa de Assistência Beneficente dos Hospitais BMCHS ou cópias desta política e dos documentos do Programa de Assistência Beneficente podem ser obtidas:

- Em qualquer área de atendimento ao paciente do BMC, do BMC Brighton, do BMC South, do BUMG ou do BMCAP
- Ligando para o Departamento de Aconselhamento Financeiro ou visitando seus escritórios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, localizados em:
  - BMC – 617-414-5155
    - Edifício Yawkey, Avenida Harrison, 850, 1st Sala 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC Brighton - 617-779-6406
    - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC Sul – 508-427-3538
    - 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301
- Acesse o site dos hospitais em https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance para consultar ou baixar
- Enviando uma solicitação por escrito para obter cópias, por correio, para:
  - Centro Médico de Boston
    Atenção: Secretaria de Orientação Financeira
    Edifício Yawkey, Avenida Harrison, 850, 1st Piso Sala 1N62
    Boston, MA 02118

Aplicação:

A Política de Assistência Financeira se aplica ao Boston Medical Center, ao Boston Medical Center Brighton, ao Boston Medical Center South, ao Boston University Medical Group, aos Médicos Afiliados ao Boston Medical Center e aos seguintes Centros de Saúde Comunitários afiliados que operam sob a licença dos hospitais:

- Centro de Saúde Codman Square, Rua Washington, 637, 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:

Embora o BMCHS tenha o compromisso de ajudar pacientes com renda e recursos limitados a se inscreverem nos programas disponíveis para cobrir os custos dos cuidados médicos, o Programa de Assistência Beneficente se limita a cobrir serviços de emergência, serviços de urgência e outros cuidados clinicamente necessários. De modo geral, as despesas excluídas dos descontos previstos no CCP incluem:

- Serviços prestados por médicos contratados que cobram diretamente, em vez de por meio de um dos grupos médicos afiliados aos hospitais. (Consulte o Anexo E para obter a lista de prestadores afiliados ao BMCHS).
- Reclamações relacionadas a veículos motorizados, reclamações de responsabilidade civil, serviços com taxa fixa, tarifas contratadas e outros serviços não médicos, necessários ou outros serviços nos quais já tenham sido aplicados descontos na cobrança.

Definições:

Lei de Cuidados Acessíveis (ACA) – A lei de reforma abrangente do sistema de saúde, promulgada em março de 2010 (também conhecida como ACA ou Obamacare), tem como objetivo: tornar os serviços de saúde acessíveis a mais pessoas por meio da concessão de subsídios (“créditos fiscais para prêmios”) que reduzem os custos para famílias com renda entre 100% e 400% do limite federal de pobreza; ampliar os programas estaduais do Medicaid para cobrir todos os adultos com renda de até 138% do nível federal de pobreza; e apoiar métodos inovadores de prestação de cuidados médicos, projetados para reduzir os custos dos serviços de saúde de maneira geral.

Valores Geralmente Cobrados (AGB) - O valor utilizado para calcular os custos para pacientes sem seguro ou com cobertura insuficiente. Pacientes sem plano de saúde que se qualifiquem para Assistência Financeira não pagarão pelos Serviços de Emergência, Serviços de Urgência ou outros cuidados clinicamente necessários um valor superior ao AGB cobrado de pacientes com cobertura de plano de saúde. Para calcular o AGB, o BMCHS utiliza o método retrospectivo, que se baseia em dados de pagamentos do Medicaid, referentes aos 12 meses anteriores do exercício fiscal, para determinar a porcentagem do AGB a ser aplicada às cobranças. A porcentagem de AGB utilizada pelo BMCHS e o método pelo qual ela foi determinada estão disponíveis, gratuitamente, no Serviço de Aconselhamento Financeiro ao Paciente (PFC) e no Departamento. As solicitações podem ser feitas ligando para a PFC no número 617-414-5155 ou por e-mail DG-FinancialCounseling@bmc.org.

Conselheiro Certificado em Inscrições (CAC) - Pessoa física (afiliada a uma organização designada) que possui treinamento e está apta a ajudar consumidores, pequenas empresas e seus funcionários a analisar opções de cobertura de saúde em conformidade com a ACA, oferecidas por meio do Mercado de Seguros de Saúde, e a auxiliar na determinação da elegibilidade e no preenchimento dos formulários de inscrição.

Programa de Assistência Médica Solidária - Um programa de assistência financeira oferecido pelos Hospitais BMCHS que oferece um desconto percentual sobre o saldo da conta do paciente, com base na capacidade de pagamento deste e na avaliação da elegibilidade ao programa, conforme especificado na Política de Assistência Financeira do hospital.

Serviços eletivos - Serviços medicamente necessários que não exigem atendimento ou tratamento em um pronto-socorro ou hospital de cuidados agudos para a estabilização médica e, portanto, não se enquadram na definição de serviços de emergência ou urgência. Normalmente, mas não exclusivamente, o paciente agenda esses serviços com antecedência.

Serviços de Emergência - Serviços medicamente necessários prestados após o início de uma condição médica, seja física ou mental, que se manifeste por sintomas de gravidade suficiente — incluindo dor intensa —, de modo que a ausência ou omissão de atendimento médico imediato possa razoavelmente afetar adversamente a condição ou a saúde da pessoa, resultando em grave risco, comprometimento ou disfunção de qualquer parte do corpo ou órgão corporal; no que diz respeito a uma mulher grávida, conforme definido mais detalhadamente na seção 1867(e) (1) (B) da Lei da Previdência Social, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Os Serviços de Atendimento de Emergência incluem um exame de triagem médica e tratamento para condições médicas de emergência, ou qualquer outro serviço semelhante prestado na medida do necessário, de acordo com **EMTALA** (42 USC 1395(dd) é considerado atendimento de emergência. Os serviços de emergência também incluem: serviços considerados de emergência por um profissional médico habilitado; atendimento médico hospitalar associado ao atendimento de emergência ambulatorial; e transferências de pacientes internados de outro hospital de cuidados intensivos para um hospital da BMCHS, com o objetivo de prestar cuidados hospitalares que não estejam disponíveis no hospital de origem.

EMTALA - Lei de Atendimento Médico de Emergência e Parto (EMTALA), uma lei promulgada pelo Congresso em 1986 para garantir o acesso da população aos serviços de emergência, independentemente da capacidade de pagamento. 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. Caso um hospital não consiga estabilizar um paciente dentro de suas capacidades, ou se o paciente assim o solicitar, deve-se providenciar uma transferência adequada.

Ações Extraordinárias de Cobrança (ECA) - Quaisquer medidas tomadas pelos Hospitais BMCHS (ou por qualquer agente dos Hospitais BMCHS, incluindo uma agência de cobrança) contra um indivíduo relacionadas à obtenção do pagamento de uma conta coberta por esta política que exijam um processo legal ou judicial, envolvam a venda da dívida do indivíduo a terceiros ou a comunicação de informações adversas sobre o indivíduo a agências de relatórios de crédito ao consumidor ou agências de crédito. Encaminhar uma conta a uma empresa terceirizada para cobrança não constitui uma ECA.

Diretrizes Federais de Pobreza (FPG) - Determinado pelo governo dos Estados Unidos e publicado anualmente no Federal Register. Os FPG são calculados com base no tamanho da família e na renda familiar e são utilizados para determinar a elegibilidade do paciente para receber assistência financeira nos programas estaduais do Medicaid e de acordo com a Política de Assistência Financeira dos Hospitais BMCHS.

Valores brutos – O preço total e fixado pelos serviços médicos que o BMCHS cobra de forma consistente e uniforme a todos os pacientes, antes da aplicação de abatimentos contratuais, descontos ou outras deduções.

Rede de Proteção à Saúde (HSN) – A Rede de Proteção à Saúde é um programa de assistência financeira que cobre determinados serviços medicamente necessários prestados a pacientes qualificados de baixa renda nos centros comunitários de saúde (CHCs) e nos hospitais de atendimento agudo de Massachusetts. 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. HSN foi criado para distribuir de forma mais equitativa o custo da prestação de atendimento não remunerado a residentes de baixa renda de Massachusetts, por meio da oferta de atendimento gratuito ou com desconto em hospitais de cuidados agudos em todo o estado. A mutualização dos cuidados médicos não remunerados pela Rede de Proteção à Saúde é realizada por meio de uma contribuição cobrada de cada hospital para cobrir os custos dos cuidados prestados a pacientes sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente, cuja renda seja inferior a 300% do nível federal de pobreza. É política do hospital que todos os pacientes que recebem assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira do hospital tenham acesso aos serviços da Rede de Proteção à Saúde como parte dos cuidados não remunerados prestados a pacientes de baixa renda.

Segurado - A situação de um paciente com seguro ou cobertura de terceiros que paga a totalidade ou parte dos valores brutos cobrados pelo paciente pelos serviços médicos. Essa categoria inclui os pacientes cobertos por um plano de saúde público, como o Medicare, o Medicaid, o Champus e os benefícios autorizados para veteranos; bem como por planos de saúde privados, como o Medicare Advantage, organizações de assistência médica gerenciada do Medicaid, planos comerciais ou de assistência médica gerenciada, seguros de automóvel e seguro contra acidentes de trabalho.

Medicamente necessário - Serviços dos quais se espera, de forma razoável, que previnam, diagnostiquem, impeçam o agravamento, aliviem, corrijam ou curem condições que coloquem a vida em risco, causem sofrimento ou dor, provoquem deformidades físicas ou disfunções, ameacem causar ou agravar uma deficiência, ou resultem em doença ou enfermidade. Os serviços medicamente necessários incluem internação hospitalar, saúde comportamental, cuidados pós-agudos e serviços auxiliares que atendam aos padrões de necessidade médica, conforme autorizado pelo Título XIX da Lei da Previdência Social. No entanto, a classificação de "Necessidade Médica" não infringe nem abrange a classificação de "Serviços de Emergência" nem as leis da EMTALA associadas a essa designação.

Outros serviços - Serviços em que a necessidade médica não tenha sido comprovada ao médico responsável pela análise ou nos quais os requisitos do paciente para o serviço possam não atender às definições gerais do plano de saúde quanto aos principais critérios de necessidade médica para o serviço. Os serviços também incluem procedimentos ou tratamentos que muitos planos de saúde não consideram medicamente necessários, incluindo, entre outros: Cirurgia estética, fertilização in vitro (FIV) ou outras terapias reprodutivas avançadas (TRA), serviços de bypass gástrico (na ausência de determinação de necessidade médica por parte da operadora) e itens de conveniência do paciente, tais como cobranças relacionadas a serviços noturnos que excedam o necessário para o atendimento médico ou serviços noturnos ao paciente (internação ou hospitalização parcial), nos casos em que não haja uma necessidade médica claramente comprovada.

Serviços de Atenção Primária - Serviços de saúde, normalmente prestados por clínicos gerais, médicos de família, internistas gerais, pediatras gerais e enfermeiros de atenção primária ou assistentes médicos. Os serviços de atenção primária não exigem os recursos especializados de um hospital de cuidados agudos nem de um pronto-socorro, e excluem os serviços auxiliares e os serviços de assistência à maternidade.

Planos de Saúde Qualificados - Um plano de saúde, certificado pelo Mercado de Seguros de Saúde, que oferece benefícios essenciais de saúde, segue os limites estabelecidos para a divisão de custos (como franquias, copagamentos e valores máximos de despesas do próprio bolso) e atende a outros requisitos previstos na Lei de Cuidados Acessíveis.

Desconto para pagamentos particulares - Um desconto percentual sobre o saldo da conta do paciente, concedido com base no fato de ele não possuir plano de saúde ou de ter optado por não utilizá-lo para pagar pelos serviços prestados. Esse desconto é válido para pacientes de todos os níveis de renda, sem exigência de comprovação financeira ou necessidade de inscrição.

Com cobertura insuficiente - A situação de um paciente que possui algum tipo de plano de saúde que não oferece proteção financeira adequada, o que resulta na incapacidade do paciente de arcar com despesas médicas a seu próprio custo, tais como copagamentos, cosseguro e franquias determinadas pela seguradora e devidas pelo paciente pela prestação de serviços médicos.

Sem seguro - A situação de um paciente que não possui nenhum plano de saúde em vigor na data específica do atendimento ou cuja cobertura não é válida para um serviço específico devido a limitações da rede, esgotamento dos benefícios do plano ou outros serviços não cobertos.

Serviços de atendimento de urgência - Serviços medicamente necessários prestados após o início repentino de uma condição médica, seja física ou mental, que se manifeste por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) a ponto de uma pessoa leiga prudente acreditar que a ausência de atendimento médico dentro de 24 horas poderia, razoavelmente, resultar em: colocar a saúde do paciente em risco, comprometimento das funções corporais ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de urgência são prestados para condições que não representam risco de vida e não apresentam alto risco de danos graves à saúde do indivíduo. Os serviços de atendimento de urgência não incluem atendimento primário nem cirurgias eletivas.

Procedimentos

1. Cobertura para serviços de saúde

Os hospitais da BMCHS prestam atendimento a todos os pacientes que necessitem de serviços de emergência, serviços de urgência, outros serviços clinicamente necessários e a mulheres grávidas em trabalho de parto ativo, independentemente de sua capacidade de pagamento. De acordo com os requisitos da Lei Federal de Tratamento Médico de Emergência e Parto Ativo (EMTALA), os hospitais realizarão um exame de triagem médica em todos os pacientes que se apresentarem em uma unidade do BMCHS em busca de atendimento de emergência, a fim de determinar se existe uma condição médica de emergência. O profissional de saúde responsável pelo tratamento determinará se são necessários serviços de emergência ou não, avaliando o nível de atendimento e tratamento necessário para cada paciente com base nos sintomas clínicos apresentados e seguindo os padrões de prática aplicáveis.

1.1. A elegibilidade para atendimento gratuito ou com desconto no âmbito do Programa de Atendimento Beneficente dos Hospitais da BMCHS se aplica a serviços de emergência, urgência e atenção primária. A determinação da elegibilidade é geralmente feita após a prestação do serviço e com base na situação financeira do paciente, conforme definido pelas Diretrizes Federais de Pobreza (FPG), bem como no tipo e na classificação dos cuidados médicos prestados 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.

1.2. 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.

1.2.1. A atenção primária é normalmente prestada por clínicos gerais, médicos de família, internistas gerais, pediatras gerais e enfermeiros de atenção primária ou assistentes médicos; ela não requer, em princípio, os recursos especializados do pronto-socorro de um hospital de atendimento agudo e pode excluir serviços auxiliares e serviços de

assistência à maternidade.

1.3. Os critérios de elegibilidade do Programa de Assistência Beneficente dos Hospitais BMCHS são aplicados de maneira uniforme a todos os serviços de emergência, serviços de urgência, serviços de atenção primária e outros cuidados clinicamente necessários prestados pelos hospitais.

2. **Assistência financeira e elegibilidade para o programa**

2.1. Os hospitais da BMCHS oferecem assistência financeira por meio de um desconto para pacientes que pagam por conta própria a todos os pacientes sem plano de saúde, independentemente de sua capacidade de pagamento. No entanto, caso um paciente sem plano de saúde não consiga pagar o saldo restante após a aplicação do desconto para pagamento particular, ele poderá solicitar e se inscrever no Programa de Assistência Beneficente dos Hospitais BMCHS.

2.1.1. Se um paciente sem seguro receber um desconto para pagamento particular e, posteriormente, fornecer informações válidas sobre cobertura de seguro referentes à data do atendimento, o desconto para pagamento particular será estornado e os Hospitais BMCHS enviarão a fatura à seguradora.

2.1.2. Se um paciente sem plano de saúde receber um desconto para pagamento particular e, posteriormente, se qualificar para assistência financeira no âmbito do Programa de Atendimento Beneficente, o desconto para pagamento particular será estornado, e o desconto do Programa de Atendimento Beneficente será aplicado para classificar corretamente o ajuste contábil.

2.1.3. Serviços geralmente excluídos do desconto para pacientes que pagam por conta própria:

2.1.3.1. Serviços prestados por médicos que atuam como prestadores de serviços independentes e cobram diretamente pelos cuidados prestados, em vez de por meio de um dos grupos médicos afiliados ao BMCHS.

2.1.3.2. Saldos das contas após o processamento do seguro, incluindo copagamentos, cosseguro e franquias do seguro.

2.1.3.3. Reclamações relacionadas a veículos motorizados, reclamações de responsabilidade civil, serviços com taxa fixa, tarifas contratadas, outros serviços não medicamente necessários e/ou outros serviços aos quais já tenham sido aplicados descontos nas cobranças são, em geral, mas não explicitamente, excluídos do Desconto para Pagamento Particular, uma vez que pode ser aplicada uma Avaliação Individual.

2.2. Pacientes sem seguro ou com cobertura insuficiente que demonstrem necessidade financeira para receber atendimento médico são avaliados quanto à elegibilidade e à cobertura com base em diretrizes consistentes e pré-estabelecidas, determinadas pelos programas estaduais do Medicaid, pelos Planos de Saúde Qualificados e pelo Programa de Atendimento Beneficente dos Hospitais BMCHS.

2.3. Os pacientes podem solicitar assistência financeira a qualquer momento durante o pré-registro, o registro, a internação, o atendimento ambulatorial ou ao longo de todo o ciclo de faturamento e cobrança, mediante a solicitação e o envio de um formulário de solicitação de assistência financeira devidamente preenchido.

2.4. Um Conselheiro Certificado para Inscrições (CAC) está à disposição no Departamento de Aconselhamento Financeiro dos hospitais para avaliar a elegibilidade dos pacientes ao programa e prestar assistência presencial na inscrição, conforme necessário. Documentos necessários para se inscrever no Programa de Assistência Médica para Carentes:

2.4.1. Candidatura preenchida, assinada pelo paciente e o cônjuge do paciente, se casado(a), ou pelo fiador, (por ex.: pai/mãe ou responsável).

2.4.2. Comprovante de residência

2.4.3. Comprovante de identidade

2.4.4. Comprovante de Renda de agregado familiar

2.4.4.1. Renda obtida

2.4.4.2. Renda não obtida

2.4.4.3. Renda de aluguéis

2.4.5. Declaração de apoio (se nenhuma renda for relatada)

2.4.6. As informações sobre ativos, devem incluir:

2.4.6.1. Extratos bancários

2.5. 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.

2.5.1. 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.

2.5.2. Os pacientes que se qualificam para uma opção de cobertura pública devem seguir o processo de inscrição desse programa e receber uma recusa antes de solicitar benefícios adicionais no âmbito do Programa de Assistência Médica Beneficente.

2.5.3. O processo de triagem e inscrição no plano de saúde público é realizado por Conselheiros Certificados de Inscrição (CACs) nos hospitais. Os formulários de inscrição podem ser preenchidos e enviados em papel, por fax ou on-line por meio do sistema Estadual de Mercado de Seguros de Saúde (HIX).

2.6. 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.

2.6.1. 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.

2.6.2. 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 o período de elegibilidade provisória, os pacientes devem preencher e enviar um pedido completo, acompanhado dos documentos comprovativos exigidos, para garantir a continuidade da cobertura.

2.7. Caso se determine que um paciente não é elegível para um programa de assistência pública, QHP, HSN ou Isenção por Dificuldade Financeira, ele será avaliado quanto à elegibilidade para o Programa de Atendimento Beneficente dos Hospitais.

2.7.1. Por meio da participação na Rede de Proteção à Saúde de Massachusetts (HSN), pacientes de baixa renda, sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente que recebem atendimento nos hospitais da BMCHS podem ter direito a assistência financeira, incluindo atendimento gratuito ou parcialmente gratuito para os serviços elegíveis pela HSN. É política dos hospitais que todos os pacientes que recebem assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira do hospital tenham acesso aos serviços da Rede de Proteção à Saúde como parte dos cuidados não remunerados prestados a pacientes de baixa renda.

2.7.1.1. *Rede de Proteção à Saúde – Atenção Primária* - Residentes de Massachusetts sem plano de saúde cuja renda comprovada esteja entre 0 e 300% do Nível Federal de Pobreza podem ser considerados elegíveis para os Serviços da Rede de Proteção à Saúde.

2.7.1.1.1. O período de elegibilidade e o tipo de serviços cobertos pelo *HSN Primário* é restrito a pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Auxílio ao Pagamento de Prêmios de Massachusetts, administrado pelo Health Connector.

2.7.1.1.2. Os pacientes sujeitos aos requisitos do Programa de Seguro Saúde para Estudantes de Massachusetts não têm direito a *HSN Primário*.

2.7.1.2. *Rede de Proteção à Saúde – Ensino Médio* - Pacientes residentes em Massachusetts que possuam plano de saúde básico e renda entre 0 e 300% do Nível Federal de Pobreza podem ser considerados elegíveis para os Serviços da Rede de Proteção à Saúde.

2.7.1.2.1. O período de elegibilidade e o tipo de serviços para *HSN – Ensino Médio* é restrito a pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Auxílio ao Pagamento de Prêmios, administrado pelo Health Connector.

2.7.1.3. *Rede de Proteção à Saúde – Franquias parciais* - Pacientes que se enquadram nos critérios para *HSN Primário* ou *HSN - Ensino Médio* com renda entre 150,1% e 300% do Nível Federal de Pobreza podem estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Grupo Familiar para Cobrança de Prêmios tiverem uma renda superior a 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. A franquia anual é igual ao maior dos seguintes valores:

2.7.1.3.1. 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

2.7.1.3.2. 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.

2.7.1.4. *Rede de Proteção à Saúde – Dificuldades médicas* -Qualquer morador de Massachusetts, independentemente da renda, pode se qualificar para *Dificuldade médica* por meio da Rede de Proteção à Saúde, caso as despesas médicas admissíveis tenham reduzido tanto sua renda contabilizável que a pessoa não consiga pagar pelos serviços de saúde. Para se qualificar para *Dificuldade médica*, as despesas médicas dedutíveis do requerente devem exceder uma porcentagem específica de sua renda, conforme segue:

2.7.1.4.1. Nível de renda – Porcentagem da renda computável:

0 - 205%	Nível Federal de Pobreza de 10%
205.1 - 305%	Nível Federal de Pobreza de 15%
305.1 - 405%	Nível Federal de Pobreza de 20%
405.1 - 605%	Nível Federal de Pobreza de 30%
> 605.1%	Nível Federal de Pobreza de 40%

2.7.1.4.2. A contribuição exigida do requerente é calculada como a porcentagem especificada da Renda Contabilizável, com base no *Dificuldade Médica* Nível Federal de Pobreza da Família, multiplicada pela Renda Contabilizável efetiva, deduzidas as

despesas não elegíveis para pagamento pela Rede de Proteção à Saúde, pelas quais o requerente continuará sendo responsável.

2.7.2. As pessoas que atendam aos requisitos de elegibilidade para receber assistência financeira no âmbito de um programa da Rede de Proteção à Saúde, conforme descrito na seção II.E. do FAP, podem ter faturamentos pendentes referentes a serviços prestados antes dos 10 dias que antecedem a data do pedido de cobertura da Rede de Proteção à Saúde. De acordo com os regulamentos da Rede de Proteção à Saúde, determinados serviços de atenção primária e eletivos não serão elegíveis para cobertura pela Rede de Proteção à Saúde antes do término do período de 10 dias, e o indivíduo continuará sendo responsável pelo pagamento dos valores das faturas correspondentes. No momento em que for determinada a elegibilidade para a Rede de Segurança em Saúde, os Hospitais BMCHS arcarão com 100% dos custos dessas faturas a título de assistência beneficente, referentes aos serviços prestados antes do período de 10 dias, e não realizarão mais cobranças relativas a essas faturas.

2.8. Os pacientes considerados inelegíveis para um programa de assistência pública, QHP, HSN ou Isenção por Dificuldade Financeira serão avaliados quanto à elegibilidade para o Programa de Assistência Beneficente dos Hospitais BMCHS. As informações coletadas serão utilizadas para determinar a elegibilidade para o Programa de Assistência Médica Gratuita.

2.8.1. 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.

2.8.2. 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.

2.8.3. A elegibilidade para atendimento gratuito ou com desconto, em todos os casos em que se considera a concessão de assistência financeira, é determinada com base nas Diretrizes Federais de Pobreza publicadas mais recentemente (ver Anexo C).

2.8.3.1. Os limites de ativos para elegibilidade não podem exceder $3.000 para candidato e $3.000 para o cônjuge do candidato, se aplicável.

2.8.3.2. A avaliação de bens nunca incluirá a residência principal do paciente nem seu veículo principal.

2.8.4. O BMCHS oferece um desconto para pagamento particular na maioria dos serviços para pacientes sem plano de saúde.
Esse desconto é válido para pacientes de todos os níveis de renda, sem exigência de comprovação financeira ou necessidade de inscrição.

2.8.5. O BMCHS não cobrará dos pacientes sem plano de saúde que se qualificam para Assistência Financeira valores superiores ao AGB (Valor de Referência) para pacientes com cobertura de seguro pelos Serviços de Emergência, Serviços de Urgência ou outros cuidados clinicamente necessários. Para calcular o AGB, o BMCHS utiliza o método retrospectivo, que se baseia em dados de pagamentos do Medicaid, referentes aos 12 meses anteriores do exercício fiscal, para determinar a porcentagem do AGB a ser aplicada às cobranças. A porcentagem de AGB utilizada pelo BMCHS e o método pelo qual ela foi determinada estão disponíveis, gratuitamente, no Serviço de Aconselhamento Financeiro ao Paciente (PFC) e no Departamento. As solicitações podem ser feitas ligando para a PFC no número 617-414-5155 ou por e-mail DG-FinancialCounseling@bmc.org.

2.8.6. O BMCHS não cobra nem espera o pagamento do valor bruto/total de nenhum indivíduo que se qualifique para o FAP, ou que não possua plano de saúde, mas não se qualifique para receber assistência financeira.

2.9. Pode-se considerar individualmente os pacientes que apresentem situações financeiras específicas, e descontos podem ser concedidos caso a caso, de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do BMCHS e além das demais disposições descritas na FAP, a fim de reconhecer casos específicos de dificuldades financeiras.

3. **Procedimento para solicitar auxílio financeiro**

3.1. Os pacientes podem solicitar e se inscrever para receber assistência financeira:

3.1.1. Visitando um dos escritórios de Aconselhamento Financeiro ao Paciente localizados em:

- BMC - Edifício Yawkey, Avenida Harrison, 850, 1st Piso Sala 1N62
  Boston, MA 02118
- BMC Brighton - Rua Cambridge, 736, Brighton, MA 02135
- BMC South – 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

3.1.2. Ligue para o Departamento de Aconselhamento Financeiro para fazer uma triagem por telefone ou agendar uma consulta com um consultor financeiro, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

- BMC: 617-414-5155
- BMC Brighton: 617-779-6406
- BMC Sul: 508-427-3538

3.1.3. Enviando por correio uma solicitação por escrito para obter informações sobre o FAP, incluindo cópias do Formulário de Avaliação para Assistência Financeira e do formulário de inscrição no Programa de Atendimento Beneficente do Hospital BMCHS, que devem ser preenchidos e enviados por correio para processamento.

3.1.3.1. Os formulários de inscrição para o FAP e para o Programa de Assistência Médica Gratuita do Hospital BMCHS estão disponíveis em https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance, e pode ser impresso, preenchido e devolvido pessoalmente ou pelo correio para processamento.

3.1.3.2. Caso a inscrição seja feita por correio, os pacientes devem enviar o Formulário de Avaliação para Assistência Financeira, o Formulário de Inscrição e as cópias dos documentos solicitados para:

- Centro Médico de Boston
  Atenção: Aconselhamento financeiro ao paciente
  Edifício Yawkey, Avenida Harrison, 850, 1st Piso Sala 1N62
  Boston, MA 02118

3.2 Determinação da elegibilidade

3.2.1 O departamento de Aconselhamento Financeiro ao Paciente do BMCHS é responsável por determinar a elegibilidade com base na documentação fornecida pelo paciente para o processo de inscrição. Os pacientes podem entrar em contato com o departamento de Assistência Financeira para esclarecer dúvidas sobre a determinação de elegibilidade, ligando para (617) 414-5155.

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

3.2.3 Notificação de solicitação para informações adicionais ou resposta negativa:

3.2.3.1 A assistência financeira não será negada com base exclusivamente em um pedido incompleto apresentado inicialmente pelo paciente. Os tipos mais comuns de documentação exigidos para a inscrição estão indicados na seção II.D desta política e descritos no documento resumido do BMCHS em anexo (Anexo B).

3.2.3.2 Caso seja necessária documentação adicional para tomar uma decisão, o paciente será notificado por correio dos EUA (USPS) com um pedido para que envie os documentos comprovativos no prazo de 30 dias a partir da data da notificação.

3.2.3.3 Caso o paciente não apresente a documentação adicional, o pedido de assistência financeira poderá ser negado e o paciente receberá a cobrança de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do BMCHS.

3.2.3.3.1 Pacientes sem plano de saúde considerados inelegíveis ou cujo pedido de assistência financeira tenha sido negado receberão o Desconto para Pagamento Particular, conforme o caso.

3.2.3.3.2 Pacientes com cobertura insuficiente que forem considerados inelegíveis ou cujos pedidos de assistência financeira forem negados serão responsáveis pelo saldo restante da conta após o processamento do seguro.

3.2.3.3.3 A BMCHS envidará todos os esforços razoáveis para cobrar os saldos devedores.

i. O paciente receberá, no mínimo, quatro avisos de cobrança ao longo de um período de 120 dias antes que a conta seja considerada para classificação como dívida incobrável.

ii. Outras medidas de cobrança incluem ligações telefônicas, cartas de cobrança, avisos de contato pessoal, notificações por computador ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno para entrar em contato com a parte responsável pelo saldo.

iii. A BMCHS contrata uma agência de cobrança terceirizada para auxiliar na cobrança de determinadas contas, incluindo valores a cargo do paciente que não tenham sido quitados após a emissão das faturas do hospital ou das notificações finais. No entanto, a BMCHS não recorre a medidas extraordinárias de cobrança (ECA) para obter o pagamento de saldos em atraso.

3.2.3.3.4 A Política de Crédito e Cobrança do BMCHS está disponível para consulta no site do hospital em https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

3.2.4 Notificação de aprovação

3.2.4.1 Pacientes aprovados, sem seguro ou com cobertura insuficiente receberão um desconto conforme especificado na Política de Assistência Financeira (FAP) (consulte o Anexo C para obter um resumo dos critérios de elegibilidade e do desconto aplicável).

3.2.4.2 O BMCHS entrará em contato com o paciente por correio do USPS para notificá-lo sobre a aprovação no programa de assistência financeira. Este aviso incluirá as medidas que o paciente pode tomar para obter informações sobre como foi determinada sua responsabilidade financeira, se for o caso, bem como informações que confirmem que o saldo a pagar não excede os Valores Geralmente Cobrados.

3.2.4.3 Caso um paciente já tenha estabelecido um plano de pagamento ou efetuado pagamentos em sua conta e, posteriormente, seja aprovado para o Programa de Assistência Social dos Hospitais BMCHS, quaisquer pagamentos que excedam o valor da coparticipação previsto no programa serão aplicados a outras contas pendentes ou reembolsados ao paciente, caso não haja outras dívidas pendentes.

3.2.5 Obrigações do paciente

3.2.5.1 Os pacientes devem participar do processo de avaliação para assistência financeira e concordar em se inscrever para a cobertura de seguro saúde disponível, caso sejam considerados potencialmente elegíveis para um programa estadual de assistência pública ou para um Plano de Saúde Qualificado.

3.2.5.2 A BMCHS reserva-se o direito de solicitar a comprovação de uma solicitação negada para um programa de seguro de saúde disponível antes que o paciente possa ser considerado para receber assistência financeira no âmbito do Programa de Assistência Social dos Hospitais da BMCHS.

3.2.5.3 Os pacientes devem apresentar um formulário de inscrição preenchido e assinado do Programa de Assistência Beneficente dos Hospitais BMCHS e fornecer a documentação necessária para comprovar renda, bens e situação de residência, exigida para a inscrição em um plano de saúde ou para solicitar assistência no âmbito do Programa de Assistência Beneficente dos Hospitais BMCHS. (Consulte o Anexo D para obter o formulário de inscrição no Programa de Caridade).

3.2.5.4 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.

3.2.5.5 Os pacientes devem informar detalhadamente sobre qualquer cobertura de seguro contra acidentes de trabalho, seguro de veículo motorizado ou seguro de responsabilidade civil e cooperar com as solicitações para que sejam identificadas as entidades pagadoras responsáveis pelo processamento dos pedidos de indenização.

3.2.5.6 Os pacientes devem concordar em pagar os saldos das contas após o processamento do seguro, que não são elegíveis para descontos previstos na Política de Acesso Financeiro (FAP), tais como copagamentos, cosseguros e franquias.

3.2.6 Obrigações da BMCHS

3.2.6.1 A BMCHS envidará todos os esforços razoáveis para coletar as informações sobre a situação do seguro do paciente e as informações financeiras necessárias para determinar a responsabilidade pelo pagamento de todos os serviços de assistência médica, sejam eles de internação ou ambulatoriais, durante o pré-registro do paciente, na data da prestação do serviço, no momento da admissão do paciente no hospital, na alta hospitalar ou dentro de um prazo razoável após a alta hospitalar. Esforços razoáveis incluem:

3.2.6.1.1 Solicitação do cartão de plano de saúde do paciente

3.2.6.1.2 Verificação da cobertura no sistema de elegibilidade dos hospitais

3.2.6.1.3 Verificação da cobertura por meio do acesso a bancos de dados de seguros públicos ou privados

3.2.6.1.4 Obtenção de informações sobre terceiros pagadores.

3.2.6.2 A BMCHS procurará investigar qualquer pagador terceiro que possa ser responsável pelo pagamento dos serviços prestados, incluindo, entre outros:

3.2.6.2.1 Apólice de seguro de responsabilidade civil para veículos motorizados ou residencial

3.2.6.2.2 Políticas de acidente geral

3.2.6.2.3 Programas de remuneração do trabalhador

3.2.6.2.4 Apólices de seguro para estudantes

3.2.6.3 Caso o paciente ou o responsável/tutore não possa fornecer as informações necessárias, e o paciente consinta, o BMCHS poderá tentar entrar em contato com parentes, amigos, o responsável/tutore e/ou a outros terceiros relevantes para obter informações adicionais.

4. Notificação sobre a disponibilidade de assistência financeira

4.1. A BMCHS utiliza as seguintes medidas para divulgar amplamente sua Política de Assistência Financeira:

4.1.1. Informa o paciente sobre o Programa de Caridade dos Hospitais BMCHS e oferece uma cópia do Resumo em Linguagem Simples (PLS) no momento do cadastro, como parte do processo padrão de admissão.

4.1.2. Placas informativas sobre a oferta de programas de assistência financeira, incluindo como e onde se inscrever, estão afixadas em locais de destaque nos pontos de acesso dos pacientes em todos os hospitais da BMCHS:

4.1.2.1. Em departamentos e/ou áreas de espera onde são prestados serviços de internação, atendimento ambulatorial, atendimento clínico e atendimento de emergência.

4.1.2.2. Escritórios de Aconselhamento Financeiro Hospitalar

4.1.2.3. Em áreas de admissão central e registro de pacientes

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

4.1.3.1. Mediante solicitação do paciente, pessoalmente, por telefone ou por correio.

4.1.3.2. Nos sites dos hospitais, para consulta ou download em https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

4.1.3.3. Nos pontos de atendimento ao paciente em toda a rede do BMCHS

4.1.4. Inclui um aviso geral sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira nos extratos de cobrança dos pacientes.

4.2. Todas as notificações afixadas e os materiais escritos relativos ao FAP, incluindo o formulário de triagem, o formulário de inscrição, o PLS e os folhetos informativos, são traduzidos para outros idiomas além do inglês, caso esse idioma seja falado por 5% ou mais da população que reside nas áreas de atendimento dos hospitais do BMCHS. Atualmente, todas as placas e materiais escritos estão traduzidos para os seguintes idiomas:

i. Inglês
ii. Espanhol
iii. Russo
iv. Crioulo haitiano
v. Português
vi. Vietnamita
vii. Cabo-verdiano
viii. Albanês
ix. Árabe
x. Chinês

5. Práticas de faturamento e cobrança em hospitais

5.1. A BMCHS tem o dever fiduciário de solicitar o reembolso pela prestação de serviços junto a pessoas físicas com condições de pagamento, seguradoras terceirizadas que cobrem os custos dos cuidados médicos e outros programas de assistência aos quais o paciente tenha direito.

5.2. Conforme descrito na Política de Crédito e Cobrança, a BMCHS segue procedimentos razoáveis de faturamento e cobrança:

5.2.1. Cada extrato de cobrança recebido por um paciente representa uma tentativa de cobrar um saldo pendente. Cada extrato incluirá informações para informar o paciente ou o fiador sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira, incluindo como solicitar e se inscrever para receber essa assistência;

5.2.2. O BMCHS documentará as atividades contínuas de cobrança, que incluem, no mínimo, quatro (4) avisos de cobrança enviados ao paciente durante um período de 120 dias antes de a conta ser considerada para classificação como dívida incobrável.

5.2.3. Em uma notificação final, o paciente ou o fiador será avisado de que a conta poderá ser encaminhada a uma agência de cobrança externa e informado sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira.

5.2.4. A BMCHS documentará todas as medidas alternativas tomadas para localizar o responsável pelo saldo da conta ou para obter um endereço correto nos extratos de cobrança devolvidos pelos correios com a indicação “endereço incorreto” ou “impossível de entregar”.

5.2.5. O BMCHS documentará e manterá os dados relativos às ações contínuas de faturamento ou cobrança realizadas para fins de auditorias por parte de órgãos federais e/ou estaduais, no âmbito do relatório de custos do exercício fiscal em que a fatura ou conta for declarada.

5.2.6. O BMCHS não adotará medidas contínuas de cobrança ou de recuperação de dívidas relativas a saldos de contas hospitalares inferiores a $25.00 uma vez que isso acarreta custos excessivos. No entanto, a BUMG e a BMCAP continuarão realizando o faturamento e as ações de cobrança relativas a saldos de conta superiores a $5 pela prestação de serviços médicos.

5.3. Os pacientes considerados inelegíveis para os programas de assistência financeira, mas que possam comprovar dificuldades financeiras decorrentes de circunstâncias incomuns ou imprevistas, são incentivados a apresentar sua situação ao Serviço de Aconselhamento Financeiro ao Paciente para análise individual. A BMCHS, de acordo com sua Política de Crédito e Cobrança, pode, a seu critério, conceder descontos além do previsto nas demais disposições da Política de Assistência Financeira, analisando cada caso individualmente, a fim de levar em consideração situações específicas de dificuldades financeiras.

5.4. A Política de Crédito e Cobrança do BMCHS está disponível para consulta no site do hospital em https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance.

Responsabilidade:
Aconselhamento financeiro ao paciente

Anexos/Anexos documentais:
Anexo A – Resumo em linguagem simples do BMCHS
Anexo B – Resumo dos documentos de comprovação aceitáveis pelo FAP
Anexo C – Diretrizes de elegibilidade e descontos do Programa de Caridade
Anexo D – Formulário de Inscrição no Programa de Caridade da BMCHS
Anexo E – Lista de prestadores afiliados do BMCHS

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

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
Assuntos Jurídicos e Conformidade

Centro Médico de Boston
SISTEMA DE SAÚDE **Sistema de Saúde do Boston Medical Center**

Política de Assistência Financeira da BMCHS: **Resumo em linguagem simples**

O Boston Medical Center Health System oferece atendimento médico necessário a todos os pacientes, independentemente de raça, cor, religião, sexo, nacionalidade, idade, deficiência, identidade ou expressão de gênero, ou capacidade de pagamento. O BMCHS oferece assistência financeira a pacientes de baixa renda, sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente, que comprovem necessidade e incapacidade de arcar com os custos dos cuidados de saúde. O BMCHS trabalhará em conjunto com os pacientes para determinar se eles se qualificam para receber assistência financeira e os ajudará a solicitar cobertura pelo Medicaid ou por outros programas estaduais, planos de saúde qualificados pelo governo federal ou assistência por meio do Programa de Atendimento Beneficente do hospital. Aos pacientes elegíveis para o Programa de Assistência Médica Solidária não serão cobrados valores superiores aos normalmente cobrados por atendimentos de emergência ou outros cuidados médicos necessários.

Quem pode participar?
Pacientes de baixa renda, sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente que necessitem de cuidados médicos essenciais e não tenham condições de pagar pelos serviços podem se inscrever em programas de assistência financeira. A elegibilidade para o programa baseia-se em diretrizes que incluem a renda familiar do indivíduo, o tamanho da família, as necessidades médicas e o estado de residência. A forma como um paciente se qualifica para receber assistência financeira determinará o tipo de programa ao qual ele tem direito. Alguns pacientes se enquadram em programas que não exigem o pagamento pelos serviços, enquanto outros programas podem exigir que um paciente qualificado efetue um pagamento parcial. Além disso, em Massachusetts, os residentes podem se qualificar para o programa “Medical Hardship”, disponível por meio da Rede de Proteção à Saúde do estado. Independentemente do tamanho e da renda do domicílio, uma pessoa pode se qualificar para o Benefício por Dificuldade Financeira para Despesas Médicas caso suas despesas médicas admissíveis sejam superiores a uma porcentagem estabelecida da renda do domicílio. 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 inscrever:
As informações sobre a Política de Assistência Financeira do BMCHS, o Programa de Atendimento Beneficente e o formulário de inscrição estão disponíveis da seguinte forma:

- Entre em contato com o Serviço de Aconselhamento Financeiro ao Paciente pelo telefone (617) 414-5155 ou visite um de nossos escritórios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, no endereço:
  - BMC: Edifício Yawkey, 850 Harrison Avenue, 1º andar, sala 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC-Brighton: 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC - Sul: 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

- Acesse o site do hospital em https://www.bmchealthsysterr.org/patient-financial-assistance

- Envie uma solicitação por escrito com informações sobre o programa e instruções para inscrição por correio para:
  Centro Médico de Boston
  Atenção: Escritório de Aconselhamento Financeiro ao Paciente
  850 Harrison Ave
  Boston, MA 02118

As informações estão disponíveis para todos os pacientes em inglês. Espanhol, crioulo haitiano, russo, português, vietnamita, cabo-verdiano , árabe, albanês, albanês. É possível obter ajuda para preencher o formulário de inscrição em outros idiomas por meio dos serviços de interpretação do MassHealth, pelo número 1-800-841-2900, ou ligando para o Serviço de Aconselhamento Financeiro ao Paciente, pelo número 617-4, ou ainda visitando um dos escritórios.

V.2_8/2026

Anexo B – Resumo dos documentos de comprovação aceitáveis pelo FAP

Centro Médico de Boston
SISTEMA DE SAÚDE

Programa de Assistência Financeira do Boston Medical Center Health System

O BMCHS ajudará os residentes de Massachusetts sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente a se inscreverem em programas de assistência pública (incluindo o MassHealth, o programa de auxílio para pagamento de prêmios administrado pelo Health Connector, o Programa de Segurança Médica Infantil, a Rede de Segurança em Saúde e o Auxílio para Dificuldades Médicas) ou no Programa de Assistência Beneficente do BMCHS. A Política de Assistência Financeira da BMCHS, bem como o formulário de solicitação e as instruções para o atendimento beneficente, estão disponíveis para todos os pacientes em inglês, espanhol, crioulo haitiano, russo e português. Vietnamita, cabo-verdiano, árabe, albanês e chinês. É possível obter ajuda para preencher o formulário de inscrição em outros idiomas por meio dos serviços de interpretação do MassHealth pelo número **1.800.841,2900** ou pelo Escritório de Aconselhamento Financeiro do BMC pelo número **617.414.5155** ou visitando um escritório de Aconselhamento Financeiro, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, no endereço

- BMC: Edifício Yawkey, 850 Harrison Avenue, 1º andar, sala 1N62, Boston, MA. 02118
- BMC - Brighton: 736, Cambridge St., Brighton. MA 02135
- BMC - Sul: 235 N Pearl St., Brockton. MA 02301

Os funcionários do hospital ajudarão as pessoas a se inscreverem nos programas adequados. Segue abaixo uma lista dos documentos aceitáveis:

- **Comprovante de renda familiar -** Obrigatório para todos os membros adultos da família que trabalham. Os documentos válidos incluem:
  - Dois holerites recentes
  - Carta de Concessão da Previdência Social
  - Declaração de imposto de renda e anexo C (somente para trabalhadores autônomos)
  - Seguro-desemprego

- **Documento de identificação com foto -** Obrigatório para todos os membros adultos da família. Os documentos de identificação válidos incluem:
  - Carteira de motorista, documento de identidade com foto emitido pelo governo.
  - Ficha de alistamento ou cartão militar
  - ID de estudante
  - Fotos para passaporte

  (Pergunte sobre outras formas de JD caso nenhuma das opções acima esteja disponível)

- **Verificação de cidadania -** Necessário para comprovar a cidadania dos EUA. Os documentos aceitos pelo MassHealth incluem:
  - Certidão de nascimento
  - Passaporte
  - Registro Hospitalar Certificado

- **Comprovante de situação migratória -** Os não cidadãos que solicitarem assistência médica, exceto o MassHealth Limited, devem apresentar documentação que comprove sua situação migratória, como:
  - Cartão de Residente Permanente Legal
  - Certidão de naturalização

- **Informações sobre ativos -** Pessoas com 65 anos ou mais devem apresentar documentos que comprovem seus bens, incluindo, entre outros, os seguintes:
  - Extratos bancários (contas correntes e de poupança)
  - Seguro de vida
  - Valor de imóvel(is) previamente adquirido(s)
  - Valor dos veículos

Centro Médico de Boston
SISTEMA DE SAÚDE

Diretrizes Federais de Pobreza e descontos do Programa de Assistência Médica Beneficente do BMCHS

Diretrizes Federais de Pobreza (FPG) - Determinados pelo governo dos Estados Unidos e publicados anualmente no Federal Register, os FPGs baseiam-se no tamanho da família e na renda familiar, e são utilizados para determinar a elegibilidade de um paciente para receber assistência financeira nos âmbitos dos programas estaduais do Medicaid e da Política de Assistência Financeira dos Hospitais BMCHS. Essas normas se referem ao ano fiscal de 26 e podem ser consultadas emhttpa://www.mass.go-masshealth FPL anual

Padrões de renda do MassHealth e diretrizes federais de pobreza para 2026, em vigor a partir de 1º de março de 2026

Embalagem familiar	Padrões de renda do MassHealth		100% Nível Federal de Pobreza		133% Nível Federal de Pobreza		150% Nível Federal de Pobreza		190% Nível Federal de Pobreza	
	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual
1	$522	$6,264	$1,330	$15,960	$1,769	$21,228	$1,995	$23,940	$2,527	$30,324
2	$650	$7,800	$1,804	$21,648	$2,399	$28,788	$2,705	$32,460	$3,427	$41,124
3	$775	$9,300	$2,277	$27,324	$3028	$36336	$3,415	$40980		
4	$891	$10,692	$2,750	$33,000	$3,658	$43,896	$4,125	$49,500		
5	$1,016	$12,192	$3,224	$38,688	$4,288	$51,456	$4,835	$58,020		
6	$1,141	$13,692	$3,697	$44,364	$4,917	$59,004	$5,545	$66,540		
7	$1,266	$15,192	$4,170	$50,040	$5,547	$66564	$6,255	$75,060		
8	$1,383	$16,596	$4,644	$55,728	$6,176	$74,112	$6,965	$83,580		
Para cada pessoa adicional, adicione	$133	$1,596	$474	$5,688	$630	$7,560	$710	$8,520		

Esses valores são arredondados e podem não refletir os valores utilizados na determinação do programa. O Padrão de Renda Institucional é de $72.80.

Embalagem familiar	200% Nível Federal de Pobreza		225% Nível Federal de Pobreza		250% Nível Federal de Pobreza		300% Nível Federal de Pobreza		400% Nível Federal de Pobreza	
	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual
1	$2,660	$31,920	$2,993	$35,916	$3,325	$39,900	$3,990	$47,880	$5,320	$63,840
2	$3,607	$43,284	$4,058	$48,696	$4,509	$54,108	$5,410	$64,920	$7,214	$86,568
3	$4,554	$54,648			$5,692	$68,304	$6,830	$81,960	$9,107	$109,284
4	$5,500	$66,000			$6,875	$82,500	$8,250	$99,000	$11,000	$132,000
5	$6,447	$77,364			$8059	$96,708	$9,670	$116,040	$12,894	$154,728
6	$7,394	$88,728			$9,242	$110,904	$11,090	$133,080	$14,787	$177,444
7	$8,340	$100,080			$10,425	$125,100	$12,510	$150,120	$16,680	$200,160
8	$9,287	$111,444			$11,609	$139,308	$13,930	$167,160	$18,574	$222,888
Para cada pessoa adicional, adicione	$947	$11,364			$1,184	$14,208	$1,420	$17,040	$1,894	$22,728

Esses valores são arredondados e podem não refletir os valores utilizados na determinação do programa. O Padrão de Renda Institucional é de $72.80.

DG-FPL_2026-03

Programa de Assistência Beneficente - Um programa de assistência financeira oferecido pelos Hospitais BMCHS que oferece um desconto percentual sobre o saldo da conta do paciente, com base na elegibilidade do paciente, conforme especificado pela Política de Assistência Financeira do hospital

Programa de Assistência Médica Solidária – Diretrizes de elegibilidade e descontos			
Tipo de paciente	**Atendimento gratuito 0 - 150% do FPLG**	**Cuidados reduzidos 151% – 300% do FPLG**	**Desconto para pagamentos particulares > 300% de FPG**
Sem seguro	Desconto de 100% sobre o valor total das cobranças	Desconto de 90% sobre o total das cobranças	Desconto de 45%
Com cobertura insuficiente	Desconto de 100% sobre o saldo após o seguro	Desconto de 90% sobre o saldo após o seguro	Não qualificado O paciente é responsável pelo pagamento do valor restante após o reembolso do seguro
• **Limite de bens — não pode exceder $3,000 para o requerente e $3,000 por cada membro da família** • **A comprovação de bens inclui extratos bancários (conta corrente e/ou poupança)**			

Centro Médico de Boston
SISTEMA DE SAÚDE

Inscrição no Programa de Assistência Médica Gratuita do Boston Medical Center Health System

Nome do paciente _____ Número da Segurança Social _____ Data de nascimento _____

Nome do pai/mãe ou responsável (se o paciente for menor de idade) _____ Número da Segurança Social _____ Data de nascimento _____

Endereço residencial	**Endereço para correspondência** ____**Verifique se é o mesmo endereço residencial**
Rua _____ Nº do apartamento ou unidade _____	Rua _____ Nº do apartamento ou unidade _____
Cidade _____ Estado _____ Código postal _____	Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

Estado civil: ☐ Casado ☐ , ☐ casado, ☐ casado, viúva **Você está empregado?** ☐ Não ☐ Sim **Se sim, quanto tempo?** _____

Nome do empregador: _____ **A empresa oferece plano de saúde?** ☐ Não ☐ Sim

Preencha a tabela abaixo referente aos MEMBROS DA FAMÍLIA E RENDA FAMILIAR. Forneça os nomes e as informações sobre renda de todas as pessoas que moram na sua casa. Utilize os códigos de renda fornecidos para identificar o tipo de renda recebida por cada pessoa.

MEMBROS DA FAMÍLIA E RENDA FAMILIAR

Tipos de renda e código de renda

Renda do trabalho	EI	Renda Suplementar de Segurança Social	SSI	Administração dos Veteranos	VA	Pensão alimentícia	CS
Renda proveniente de trabalho autônomo	SE	Renda por Incapacidade da Previdência Social	SSDI	Indenização por acidente de trabalho	WC	Pensão alimentícia ao cônjuge	SS
Aposentadoria da Previdência Social	SSR	Seguro-desemprego	UC	Pensão ou renda vitalícia	PA	Renda de aluguel	RI

ATIVOS - Informações bancárias

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

Caso precise de espaço adicional para incluir todos os membros da família, utilize o verso do formulário.

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

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

Mercado monetário: ☐ Não ☐ Sim Nome do banco: Saldo:

ATIVOS – Informações sobre habitação e imóveis

Você possui outros imóveis? ☐ Não ☐ Sim Hipoteca: $____ /por mês Alugar ou fazer um leasing? ☐ Não ☐ Sim $_____ /por mês

Veículos próprios? ☐ Não ☐ Sim Valor estimado: $_____ Veículos próprios? ☐ Não ☐ Sim Quantos veículos? ____

Ao assinar abaixo, concordo com as seguintes declarações:

- Declaro, sob pena de perjúrio, que as respostas que dei são verdadeiras e corretas, de acordo com o que sei.
- Apresentarei todos os documentos comprovativos necessários para determinar minha elegibilidade para o Programa de Caridade do BMCHS.
- Entendo que, caso não me qualifique para o Programa de Assistência Social, serei pessoalmente responsável pelos custos associados aos serviços prestados pelo BMCHS, ou poderei recorrer da decisão de indeferimento por escrito, apresentando documentação adicional.

Assinatura do paciente (ou) dos pais/responsáveis: _____ Data: _____

Assinatura do cônjuge do paciente: _____ Data: _____

V.2_5/2026

Anexo E – Lista de prestadores afiliados do BMCHS

Centro Médico de Boston
SISTEMA DE SAÚDE

Lista de profissionais de saúde afiliados ao Boston Medical Center Health System

Hospital	Departamento/Grupo/Área de atuação	Notas	Segue a Política de Assistência Financeira (FAP) do Boston Medical Center	Saúde Segurança Valor líquido elegível
Centro Médico de Boston	Boston University Medical Group (BUMG)	Inclui o seguintes departamentos/linhas de serviço • Pronto-Socorro • Anestesia • Atenção Primária • Médicos intensivistas • Patologistas • Radiologia • A maioria das cirurgias • Specialidades médicas • OBGYN • UTI Neonatal • Pediatria • Psiquiatria	Sim	Sim
	Praça Codman Centro de Saúde		Sim	Sim
	Centro de Saúde do Bairro de East Boston		Sim	Sim
	Centro Comunitário de Saúde de South Boston		Sim	Sim
	Dathouse Health		Sim	Sim
Boston Medical Center - Brighton	Médicos Afiliados ao Boston Medical Center (BMCAP)	Inclui os seguintes departamentos/linhas de serviço: • Pronto-Socorro • Anestesia • Atenção Primária • Radiologia • UTI Neonatal • OBGYN • A maioria das cirurgias • Specialidades médicas • Patologista • Psiquiatria	Sim	Sim
Boston Medical Center - Sul	Médicos Afiliados ao Boston Medical Center (BMCAP)	• Pronto-Socorro • Anestesia • Radiologia • Atenção Primária • OBGYN • A maioria das cirurgias • Specialidades médicas • Patologista • Psiquiatria	Sim	Sim