

Boston Medical Center

Política de Faturamento e Cobranças do Hospital

O Boston Medical Center (o “Hospital” ou “BMC”) possui uma obrigação fiduciária interna para buscar reembolso por serviços que tenha prestado aos pacientes que são capazes de pagar, proveniente de seguradoras terceirizadas responsáveis, que cobrem o custo dos cuidados do paciente, e de outros programas de assistência para os quais o paciente é elegível. Para determinar se um paciente é capaz de pagar pelos serviços prestados, assim como prestar assistência ao paciente em encontrar opções alternativas de cobertura se o paciente estiver sem seguro ou com seguro de pouca cobertura, o Hospital utiliza o seguinte critério relacionado ao faturamento e cobrança dos pacientes. Ao obter informações financeiras pessoais de pacientes e familiares, o Hospital mantém todas as informações de acordo com as leis federais e estaduais de privacidade, segurança e roubo de identidade.

A. Coleta de informações sobre recursos financeiros e cobertura de seguro de paciente

- a) O Hospital trabalhará com o paciente para aconselhar o paciente de suas obrigações para fornecer as importantes informações a seguir:

Antes do fornecimento de quaisquer serviços de saúde (exceto para serviços que são fornecidos para estabilizar um paciente determinado como apresentando um estado clínico de emergência ou que precise de serviços de cuidado urgentes), o paciente possui uma obrigação de fornecer informações precisas e oportunas sobre a atual situação de seguro do paciente, informações demográficas, alterações na renda familiar ou na cobertura da apólice de grupo (se houver) do paciente e, se conhecidas, informações sobre franquias ou copagamentos que sejam requisitados pelo programa financeiro ou de seguro aplicável do paciente. As informações detalhadas para cada item devem incluir, sem limitação:

- i) Nome completo, endereço, telefone, data de nascimento, número do seguro social (se disponível), opções atuais de cobertura do seguro de saúde, cidadania e informações de residência, e os recursos financeiros aplicáveis do paciente que possam ser usados para pagar a conta do paciente;
- ii) Se aplicável, o nome completo do fiador do paciente, e endereço, telefone, data de nascimento, número do seguro social (se disponível) de tal fiador, opções atuais de cobertura do seguro de saúde e os recursos financeiros aplicáveis do paciente que possam ser usados para pagar a conta do paciente; e
- iii) Outros recursos que podem ser usados para pagar a conta do paciente, incluindo outros programas de seguro, apólices de seguro de veículo motorizado ou residencial se o tratamento foi devido a um acidente, programas de compensação de trabalhador, apólices de seguro de estudante, e qualquer outra renda familiar, tal como heranças, presentes ou distribuições de um fideicomisso, entre outros.

O paciente também tem a responsabilidade de acompanhar a conta hospitalar não paga, incluindo quaisquer copagamentos existentes, cosseguro e franquias. O paciente deve entrar em contato com o Hospital se precisar de assistência no pagamento de parte ou toda a conta. O paciente é ainda requisitado a informar à seguradora de saúde atual do paciente (se tiver uma) ou a agência estatal que determinou o status de elegibilidade do paciente para um programa público sobre quaisquer alterações na renda familiar ou situação de seguro. O Hospital pode também ajudar o paciente a atualizar a elegibilidade do paciente para um programa público quando houver quaisquer alterações na renda familiar ou situação de seguro, desde que o paciente informe ao Hospital sobre tais alterações na situação de elegibilidade do paciente.

O Hospital trabalhará com o paciente para assegurar que o paciente esteja ciente de sua responsabilidade de notificar o Hospital e o programa aplicável no qual o paciente receber assistência (p. ex., MassHealth, Health Connector, Health Safety Net ou Medical Hardship [Dificuldade Médica]), sobre qualquer informação relacionada a uma alteração na renda familiar, ou se o paciente faz parte de uma reivindicação de seguro que possa cobrir o custo dos serviços fornecidos pelo Hospital. Se houver um terceiro (tal como, mas sem limitação, seguro residencial ou automotivo) que seja responsável em cobrir o custo do cuidado devido a um acidente ou outro, o paciente trabalhará com o Hospital ou programa aplicável (incluindo, sem limitação, MassHealth, Connector ou Health Safety Net) para designar o direito de recuperar a quantia paga ou não paga por tais serviços.

b) Obrigações hospitalares:

O Hospital fará todo o empenho razoável e diligente para cobrar o seguro do paciente e outras informações de forma a verificar a cobertura dos serviços de cuidado de saúde a serem prestados pelo Hospital. Esse empenho pode ocorrer durante o registro inicial em pessoa do paciente na localidade do Hospital para um serviço, ou pode ocorrer em outros momentos. Além disso, o Hospital notificará o paciente sobre a disponibilidade de opções de cobertura por meio de um programa disponível de assistência pública ou de assistência financeira hospitalar, incluindo cobertura pela MassHealth, o programa de assistência a pagamento premium operado pela Health Connector, o Programa de Segurança Médica de Crianças (Children's Medical Security Program), a Health Safety Net ou o Medical Hardship (Dificuldade Médica), em cobrar por faturas enviadas ao paciente ou ao fiador do paciente após prestação dos serviços. Além do mais, o Hospital também realizará sua devida diligência por meio de sistemas existentes de verificação financeira privada ou pública para determinar se é capaz de identificar a situação de elegibilidade do paciente para cobertura de seguro público ou privado. O Hospital tentará coletar tais informações antes da prestação de quaisquer serviços de cuidado de saúde não emergentes ou não urgentes. O Hospital atrasará qualquer tentativa de obter essas informações enquanto um paciente estiver sendo tratado por um quadro clínico de emergência ou se tiver precisado de serviços de cuidados urgentes.

O empenho de devida diligência do Hospital incluirá, sem limitação, a requisição de informações sobre a situação de seguro do paciente, verificação de quaisquer bancos de dados de seguro público ou privado disponíveis, seguindo as regras de faturamento e autorização e, conforme apropriado, recorrer qualquer reivindicação recusada quando o serviço é passível de pagamento no todo ou em parte por uma empresa de seguros terceirizada conhecida que possam ser responsável pelos custos dos serviços de cuidados de saúde recentes do paciente. Quando o pessoal de admissão ou registro do Hospital é informado pelo paciente, devem trabalhar com o paciente para assegurar que informações relevantes sejam comunicadas aos programas públicos apropriados, tais como quaisquer alterações na renda familiar ou situação de seguro, incluindo qualquer ação judicial ou reivindicação de seguro que possa cobrir o custo dos serviços hospitalares.

Se o paciente ou fiador/guardião for incapaz de fornecer as informações necessárias e o paciente consentir, o Hospital fará o empenho razoável para entrar em contato com familiares, amigos, fiador/guardião e/ou outros terceiros apropriados para informações adicionais.

O empenho de devida diligência razoável do Hospital para investigar se um seguro de terceiros ou outro recurso possa ser responsável pelo custo dos serviços prestados pelo Hospital incluirá, sem limitação, a determinação do paciente se há uma política aplicável para cobrir o custo das reivindicações, incluindo: (1) apólice de responsabilidade de proprietário de um veículo motorizado ou de residência, (2) apólice geral de proteção para acidentes ou lesão pessoal, (3)

programas de compensação do trabalhador e (4) apólices de seguro de estudante, entre outras. Se o Hospital for capaz de identificar um terceiro responsável ou que tenha recebido pagamento de um terceiro ou outro recurso (incluindo de um segurador particular ou outro programa público), o Hospital relatará o pagamento ao programa aplicável e o compensará, se aplicável segundo as exigências de processamento de reivindicações do programa, contra qualquer reivindicação que possa ter sido paga pelo terceiro ou outro recurso. Para programas estaduais de assistência pública que tenham sido realmente pagos pelo custo dos serviços, o Hospital não é requisitado a assegurar designação no direito de um paciente à cobertura terceirizada dos serviços. Nesses casos, o paciente deve estar ciente de que o programa estadual aplicável pode tentar buscar designação nos custos dos serviços prestados ao paciente.

B. Práticas de faturamento e cobranças do hospital

O Hospital possui um processo uniforme e consistente para submeter e coletar reivindicações submetidas aos pacientes, independente da situação de seguro deles. Especificamente, se o paciente tiver um saldo pendente atualmente, que seja relacionado aos serviços prestados ao paciente e não cobertos por uma opção de cobertura pública ou privada, o Hospital seguirá os procedimentos razoáveis de cobrança/faturamento, o que inclui:

- a) Uma conta inicial enviada ao paciente ou parte responsável pelas obrigações financeiras pessoais do paciente; a conta inicial incluirá informações sobre a disponibilidade de assistência financeira (incluindo, mas sem se limitar à MassHealth, o programa de assistência a pagamento premium operado pela Health Connector, o Programa de Segurança Médica de Crianças [Children's Medical Security Program], a Health Safety Net ou o Medical Hardship [Dificuldade Médica]) para cobrir o custo da conta do Hospital;
- b) Faturamentos subsequentes, telefonemas, cartas de cobrança, avisos de contato pessoal, notificações por computador ou qualquer outro método de notificação que constitua um empenho genuíno de entrar em contato com a parte responsável pela conta não paga, o que também incluirá informações sobre como o paciente pode contatar o Hospital se precisar de assistência financeira;
- c) Se possível, a documentação de esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação ou o endereço correto nas faturas devolvidas pelo serviço postal, como “endereço incorreto” ou “impossível de entregar”;
- d) Enviando um aviso final por correspondência registrada para pacientes não segurados (aqueles que não estão inscritos em um programa, tal como Health Safety Net ou MassHealth) que contraem um saldo de dívida incobrável de emergência de mais de US\$ 1.000 nos Serviços de Nível de Emergência apenas, onde avisos não foram devolvidos como “endereço incorreto” ou “impossível de entregar”, e também notificando os pacientes da disponibilidade de assistência financeira na comunicação;
- e) A documentação de ação contínua de faturamento ou cobrança, empreendida por 120 dias a partir da data do serviço, é mantida e disponibilizada ao programa federal e/ou estadual aplicável para verificar esses esforços; e
- f) Verificando o Sistema de Verificação de Elegibilidade de Massachusetts para assegurar que o paciente não é um Paciente de Baixa Renda e não submeteu um requerimento para cobertura para a MassHealth, o programa de assistência a pagamento premium operado pela Health Connector, o Programa de Segurança Médica de Crianças (Children's Medical Security Program), a Health Safety Net ou o Medical Hardship (Dificuldade Médica), antes de submeter reivindicações ao escritório da Health Safety Net por cobertura de dívida incobrável.
- g) Para todos os pacientes que estiverem inscritos em programas de assistência pública, o Hospital somente pode cobrar aqueles pacientes pelo específico copagamento, cosseguro ou franquia

que esteja delineado(a) nas regulamentações estaduais aplicáveis e que possa ainda estar indicado(a) no Sistema de Informações de Gerenciamento do Medicaid estadual.

O Hospital buscará um pagamento específico para aqueles pacientes que não se qualificam para inscrição em um programa estadual de assistência pública de Massachusetts, tais como residentes de fora do estado, mas que podem de outra forma satisfazer as categorias de elegibilidade financeira geral de um programa estadual de assistência pública. Para esses pacientes, o Hospital notificará o paciente se tais recursos adicionais estiverem disponíveis com base na renda do paciente e outros critérios, conforme delineados na Política de Assistência Financeira do Hospital.

O Hospital, quando solicitado pelo paciente e com base em uma análise interna da situação financeira de cada paciente, pode também oferecer a um paciente um desconto adicional ou outra assistência seguindo seu próprio programa de assistência financeira interno que é aplicado em uma base uniforme aos pacientes, e que leva em consideração a situação financeira documentada do paciente e a incapacidade do paciente de fazer um pagamento após ações de cobrança razoáveis. Qualquer desconto que seja fornecido pelo Hospital é consistente com as exigências federais e estaduais, e não influencia um paciente a receber serviços do Hospital.

C. Populações isentas das atividades de cobrança

As seguintes populações de pacientes estão isentas de quaisquer procedimentos de cobrança ou faturamento de acordo com as políticas e regulamentações estaduais: Pacientes inscritos em um programa de seguro de saúde público, incluindo, sem limitação, a MassHealth, Ajuda de Emergência a Idosos, Deficientes e Crianças (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children); Plano de Segurança Médica de Crianças (Children's Medical Security Plan), se a renda bruta ajustada modificada for igual ou inferior a 300% do Nível de Pobreza Federal; Pacientes de Baixa Renda, conforme determinado pela MassHealth e Health Safety Net, incluindo aqueles com renda bruta ajustada modificada, renda familiar ou renda contabilizável de famílias em dificuldades médicas (Medical Hardship Family Countable Income) entre 150,1 a 300% do Nível de Pobreza Federal; e Dificuldades Médicas, sujeitos às seguintes exceções:

- a) O Hospital pode buscar ação de cobrança contra qualquer paciente inscrito nos programas supramencionados para os copagamentos e franquias exigidos que forem determinados por cada programa específico;
- b) O Hospital pode também iniciar o faturamento ou a cobrança de um paciente que alegar ser participante de um programa de assistência financeira que cubra os custos dos serviços hospitalares, mas não forneça prova de tal participação. Mediante recebimento de uma prova satisfatória que um paciente é participante de um programa de assistência financeira (incluindo recebimento ou verificação de requerimento assinado), o Hospital cessará suas atividades de faturamento ou cobrança;
- c) O Hospital pode continuar a ação de cobrança de qualquer Paciente de Baixa Renda pelos serviços prestados antes da determinação de Paciente de Baixa Renda, desde que o status atual de Paciente de Baixa Renda tenha sido encerrado, expirado ou não identificado de outra forma no Sistema de Verificação de Elegibilidade ou Sistema de Informação de Gerenciamento do Medicaid estadual. Porém, uma vez que seja determinado que um paciente é elegível e inscrito na MassHealth, o programa de assistência a pagamento premium operado pela Health Connector, o Programa de Segurança Médica de Crianças (Children's Medical Security Program), ou o Medical Hardship (Dificuldade Médica), o Hospital cessará a atividade de cobrança pelos serviços (com exceção de quaisquer copagamentos e franquias) prestados antes do início da elegibilidade do paciente para tal programa.
- d) O Hospital pode buscar ação de cobrança contra qualquer paciente participante dos programas listados acima por serviços não cobertos pelos quais o paciente tenha concordado em ser responsável, desde que o Hospital tenha obtido o consentimento livre e esclarecido prévio por

escrito do paciente para ser cobrado por esse(s) serviço(s). Porém, mesmo nessas circunstâncias, o hospital pode não cobrar o paciente por reivindicações relacionadas a erros médicos ou reivindicações recusadas pela seguradora principal do paciente devido a um erro administrativo ou de faturamento.

D. Ações de cobrança extraordinária

- a) O Hospital não empreenderá quaisquer “ações de cobrança extraordinária”.
- b) “Ações de cobrança extraordinária” incluem:
 - i) Venda da dívida de um paciente a outra parte (exceto se os requisitos especiais definidos abaixo forem atendidos);
 - ii) Relato para agências de relato de crédito ou agências de crédito;
 - iii) Postergar, recusar ou exigir um pagamento antes de fornecer cuidado necessário do ponto de vista médico por causa de não pagamento de uma ou mais contas para cuidado anteriormente coberto sob a política de assistência financeira do Hospital (que é considerado uma ação de cobrança extraordinária para cuidado fornecido anteriormente)
 - iv) Ações que requerem processo legal ou judicial, incluindo:
 - (1) Colocar uma penhora sobre a propriedade do paciente;
 - (2) Execução de hipoteca de propriedade real;
 - (3) Alocar ou confiscar conta bancária ou qualquer outra propriedade pessoal;
 - (4) Iniciar ação civil contra um paciente;
 - (5) Causar a prisão de um paciente;
 - (6) Fazer com que um paciente fique sujeito a uma ordem de prisão; e
 - (7) Embargar os rendimentos de um paciente.
 - v) O Hospital tratará a venda da dívida de um paciente para outra parte com ação de cobrança extraordinária, a menos que o Hospital firme um acordo vinculante por escrito com o comprador da dívida, de acordo com o qual; (i) o comprador está proibido de se envolver em quaisquer ações de cobrança extraordinárias a fim de obter pagamento pelo atendimento; (ii) o comprador está proibido de cobrar juros sobre a dívida a uma taxa mais alta que a taxa aplicável de pagamento a menor do IRS; (iii) a dívida é restituível ou removível pelo Hospital mediante determinação de que o paciente é elegível para assistência financeira; e (iv) se for determinado que o paciente é elegível para assistência financeira e a dívida não for restituída ou removida pelo Hospital, o comprador deve aderir aos procedimentos que asseguram que o paciente não paga ao comprador mais do que o paciente é pessoalmente responsável a pagar sob a política de assistência financeira.
 - vi) As ações de cobrança extraordinárias incluem ações tomadas para obter pagamento pelo cuidado de qualquer outra pessoa que tenha aceitado ou seja obrigada a aceitar responsabilidade pela conta hospitalar do paciente referente ao cuidado prestado.

E. Agências de cobrança externas

O Hospital pode contratar uma agência de cobrança externa para ajudar na cobrança de certas contas, incluindo quantias pelas quais o paciente é responsável e não resolvidas depois de 120 dias de ações de cobrança contínuas. O Hospital pode também entrar em contratos de vinculação com agências de cobrança externas. Tal contrato que permita a venda de dívida que não é tratada com uma ação de cobrança extraordinária atenderá os requisitos descritos acima. Em todos os outros casos, se o Hospital vender ou encaminhar a dívida de um paciente para outra parte, o acordo com a outra parte será razoavelmente projetado para assegurar que nenhuma ação de cobrança extraordinária seja tomada. Todas as agências de cobrança externas contratadas pelo Hospital fornecerão ao paciente uma oportunidade de dar entrada a uma queixa e encaminharão os resultados de tais queixas de pacientes ao Hospital. O Hospital requer que qualquer agência de cobrança externa opere de acordo com os requisitos federais e estaduais de cobrança justa de dívida;

F. Planos de depósitos e de pagamento em prestações

De acordo com as regulamentações da Health Safety Net de Massachusetts relativas aos pacientes que sejam: (1) determinados como sendo “Paciente de Baixa Renda” ou (2) se qualificam para Medical Hardship (Dificuldade Médica), o Hospital fornecerá ao paciente informações sobre planos de depósitos e de pagamento em prestações com base na situação financeira documentada do paciente. Qualquer outro plano será baseado no programa de assistência financeira interno próprio do Hospital, e não se aplicará aos pacientes que tenham capacidade de pagar.

a) Serviços de emergência

O Hospital pode não exigir pré-admissão e/ou depósitos de pré-tratamento de pacientes que precisam de Serviços de Nível de Emergência ou que sejam determinados Pacientes de Baixa Renda.

b) Depósitos de Pacientes de Baixa Renda

O Hospital pode solicitar um depósito de pacientes determinados Pacientes de Baixa Renda. Tais depósitos devem ser limitados a 20% da quantia da franquia, até \$500. Todos os saldos restantes estão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas no 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Depósitos para pacientes com Dificuldades Médicas

O Hospital pode solicitar um depósito de pacientes elegíveis para Dificuldades Médicas. Os depósitos serão limitados a 20% da contribuição de Dificuldades Médicas até \$1.000. Todos os saldos restantes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas no 101 CMR 613.08(1)(g).

d) Planos de pagamento para Pacientes de Baixa Renda de acordo com o programa Health Safety Net de Massachusetts

A um paciente com um saldo de \$1.000 ou menos, após o depósito inicial, deve ser oferecido pelo menos um plano de pagamento de um ano sem juros com um pagamento mínimo mensal de não mais de \$25. A um paciente que tenha um saldo de mais de \$1.000, após o depósito inicial, deve ser oferecido pelo menos um plano de pagamento de dois anos sem juros.

e) Franquia única da CommonHealth

Mediante solicitação do paciente, o Hospital pode cobrar de um Paciente de Baixa Renda para permitir que ele satisfaça a franquia única da CommonHealth

f) Planos de Pagamento para Pacientes de Baixa Renda Parcial da Health Safety Net, de acordo com o Programa Health Safety Net de Massachusetts, para serviços prestados em um Posto de Saúde Licenciado Hospitalar.

g)

g) O Hospital também oferece um plano de cosseguro a um Paciente de Baixa Renda Parcial da Health Safety Net que permite ao paciente pagar 20% do pagamento da Health Safety Net por cada visita até o paciente satisfazer a franquia anual. O saldo restante será abatido para a Health Safety Net.