

**Boston Medical Center**  
**Política de Assistência Financeira**

**Apresentação**

A missão do Boston Medical Center (o “Hospital” ou “BMC”), em parceria com seus Centros de Saúde Comunitários licenciados, é fornecer, com consistência, serviços excelentes e acessíveis a todas as pessoas com necessidade de cuidados, independentemente do status ou de capacidade de pagamento. Sua visão é atender as necessidades de saúde das pessoas de Boston e suas comunidades próximas ao fornecer cuidado de alta qualidade e abrangente a todos, com atenção particular para as necessidades das populações vulneráveis, por meio de seu sistema de fornecimento integrado, de maneira responsável dos pontos de vista ético e financeiro.

Esta política se aplica ao Boston Medical Center e certos Postos de Saúde Comunitários e provedores conforme identificados nesta política.

O Hospital é o cuidador da linha de frente fornecendo cuidado médico necessário para *todas* as pessoas que se apresentam à sua instalação e localidades independentemente da capacidade de pagar. O Hospital oferece esse cuidado para todos os pacientes que vêm à nossa instalação 24 horas por dia, sete dias por semana e 365 dias por ano. Como resultado, o Hospital tem o compromisso de fornecer a todos os nossos pacientes cuidados e serviços de alta qualidade. Como parte deste compromisso, o Hospital trabalha com indivíduos com rendas e recursos limitados para encontrar opções disponíveis para cobrir o custo de seus cuidados.

O Hospital ajudará indivíduos sem seguro e com seguro de pouca cobertura a requererem cobertura de saúde por meio de um programa de assistência pública ou programa de assistência financeira do Hospital (incluindo 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]) e trabalhará com indivíduos para inscrição conforme apropriado. A assistência para esses programas é determinada ao analisar, entre outros itens, a renda familiar, ativos, tamanho da família, gastos e necessidades médicas de um indivíduo.

Enquanto o Hospital assiste pacientes na obtenção de cobertura de saúde por meio de programas públicos e assistência financeira através de outras fontes sempre que for apropriado, incluindo o Hospital, o Hospital pode também ser obrigado a cobrar apropriadamente e coletar pagamentos específicos, o que pode incluir, sem limitação, copagamentos aplicáveis, franquias, depósitos e outras quantias que o paciente concordar ser responsável. Quando registrar-se para obter serviços ou receber uma conta, o Hospital encoraja os pacientes a entrar em contato com o quadro de funcionários do Hospital para determinar se eles e/ou um membro da família estão em necessidade e são elegíveis para assistência financeira.

Ao trabalhar com pacientes para encontrar assistência pública ou cobertura disponível por meio da assistência financeira do Hospital, o Hospital não discrimina com base na raça, cor, nacionalidade, cidadania, estado de residente-estrangeiro, religião, crença, sexo, orientação sexual, identidade sexual, idade ou deficiência em suas políticas ou em seu requerimento de políticas, com relação à aquisição e verificação de informação financeira, pré-admissão ou depósitos pré-tratamento, planos de pagamento, admissões preteridas ou rejeitadas, determinação de que um indivíduo se qualifica para o status de Paciente de Baixa Renda, conforme determinado pelo sistema de elegibilidade MassHealth/Connector de Massachusetts, ou atestado de informações para determinar o status de Paciente de Baixa Renda. Como

tal, esta política foi revisada e aprovada pelo Comitê de Finanças do Conselho de Administração do Hospital.

Enquanto entendemos que cada indivíduo tem uma situação financeira única, as informações e assistência sobre elegibilidade para programas de assistência pública e/ou cobertura pelo programa de assistência financeira do Hospital podem ser obtidas ao contatar o Departamento de Aconselhamento Financeiro localizado no Shapiro ou Menino Building, de segunda a sexta-feira, 8h às 17h, para falar com um Orientador de Requerimentos Certificado da BMC.

Mais informações sobre esta política e o programa de assistência financeira do Hospital, incluindo o formulário de requerimento e um resumo de linguagem simples da política de assistência financeira, estão disponíveis no site do Hospital: [www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program](http://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program)

Uma cópia da política de assistência financeira também está disponível:

- (1) Em qualquer área de registro de paciente dentro do Hospital;
- (2) Ao solicitar uma cópia para ser enviada por correio ao indivíduo. Essa solicitação pode ser feita ao telefonar para o Departamento de Aconselhamento Financeiro no número 617-414-5155 ou mediante solicitação por escrito para o endereço abaixo:  
Boston Medical Center  
Attention: Financial Counseling Office  
840 Harrison Ave  
Boston, MA 02115

As ações que o Hospital pode tomar no caso de não pagamento estão descritas na Política de Faturamento e Cobranças em separado do Hospital. O público pode obter uma cópia gratuita da política de Faturamento e Cobranças:

- (1) Em qualquer área de registro de paciente dentro do Hospital
- (2) Ao baixar a política do site do Hospital: [www.BMC.org/services/patient-financial-assistance-program](http://www.BMC.org/services/patient-financial-assistance-program); ou
- (3) Ao solicitar uma cópia para ser enviada por correio ao indivíduo. Essa solicitação pode ser feita ao telefonar para o Departamento de Aconselhamento Financeiro no número 617-414-5155 ou mediante solicitação por escrito para o endereço abaixo:  
Boston Medical Center  
Attention: Financial Counseling Office  
840 Harrison Ave  
Boston, MA 02115

## **I. Cobertura para serviços de cuidado de saúde necessários do ponto de vista médico**

O Hospital fornece serviços de cuidado de saúde necessários do ponto de vista médico para todos os pacientes que se apresentarem ao Hospital, independentemente da capacidade de pagamento do paciente. Os serviços necessários do ponto de vista médico incluem aqueles que são razoavelmente esperados para evitar, diagnosticar, evitar a piora, aliviar, corrigir ou curar quadros clínicos que coloquem a vida em risco, causem sofrimento ou dor, deformidade física ou mau funcionamento, ameacem causar ou agravar uma deficiência, ou como resultem em uma doença ou enfermidade. Os serviços necessários do ponto de vista médico incluem serviços de internação e ambulatoriais conforme autorizados sob o Título XIX da Lei de Segurança Social.

O profissional médico que faz o tratamento determinará o tipo e o nível de cuidado e tratamento necessários para cada paciente com base nos sintomas clínicos que apresentam e seguindo os padrões

aplicáveis de prática clínica. O Hospital segue as exigências federais da Lei do Tratamento Médico de Emergência e do Trabalho de Parto Ativo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) ao conduzir um exame médico de triagem em pacientes que se apresentam a um hospital buscando serviços de emergência para determinar se existe um quadro clínico de emergência.

A classificação de serviços de emergência e não emergência é baseada nas seguintes definições gerais, assim como a determinação clínica do médico que faz o tratamento. As definições de serviços e Emergência ou Atendimento Urgente fornecidas abaixo são usadas mais adiante pelo Hospital para fins de determinação da cobertura de dívida incobrável de emergência ou urgente permissível sob o programa de assistência financeira do Hospital, incluindo a Health Safety Net.

#### **A. Serviços de Emergência ou Atendimento Urgente**

Qualquer paciente que se apresentar a uma localidade hospitalar solicitando atendimento de emergência será avaliado com base nos sintomas clínicos que apresenta sem consideração de identificação, cobertura de saúde ou capacidade de pagamento. O Hospital não se envolverá em ações que desencorajem indivíduos a buscar cuidado médico de emergência, tais como demandar que os pacientes paguem antes de receber tratamento para quadros clínicos de emergência, ou interferir com a triagem e fornecer cuidado médico de emergência ao discutir primeiro o programa de assistência financeira do Hospital ou a elegibilidade aos programas de assistência pública.

- a. Os Serviços de Nível de Emergência incluem tratamento para:
  - i. Um quadro clínico, seja físico ou mental, que se manifeste por sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor severa, *tal que um leigo prudente que possua um conhecimento médio de saúde e medicina possa razoavelmente esperar que a falta de atenção médica imediata resulte na colocação da saúde da pessoa ou outra em sério risco, em deficiência séria às funções do organismo, ou séria disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo*, ou, com relação a uma mulher grávida, conforme definido em 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
  - ii. De acordo com as exigências federais, EMTALA é acionada para qualquer pessoa que se apresente a um hospital solicitando exame ou tratamento de emergência (conforme definido acima) ou que entre no pronto-socorro solicitando exame ou tratamento de um quadro clínico. Mais comumente, pessoas não agendadas se apresentam ao pronto-socorro. Porém, pessoas não agendadas que solicitam serviços para um quadro clínico de emergência enquanto se apresenta a qualquer outra unidade de internação/ambulatorial, ou outra área auxiliar também serão avaliadas e possivelmente transferidas para um local mais apropriado para exame de triagem médica de emergência, de acordo com a EMTALA. O exame e o tratamento para quadros clínicos de emergência ou qualquer outro serviço prestado na medida exigida sob a EMTALA, serão fornecidos ao paciente e se qualificarão como cuidado ao nível emergencial. A determinação de que há um quadro clínico de emergência é feita pelo médico que faz o tratamento ou outro funcionário médico qualificado do hospital, conforme documentado no prontuário médico hospitalar.
- b. Os Serviços de Atendimento de Urgência incluem o tratamento para o seguinte:
  - i. Serviços necessários do ponto de vista médico fornecidos em um Hospital crítico após o início repentino de um quadro clínico, seja físico ou mental, que se manifeste pelos sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa), *tal que um leigo prudente acreditaria que a falta de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente esperar resultar na colocação da saúde do paciente em sério risco, em deficiência séria às funções do organismo, ou séria disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo*. Os Serviços de Atendimento de Urgência são fornecidos para quadros

clínicos que não apresentam risco de vida e não representa alto risco de dano sério à saúde de um indivíduo. Os Serviços de Atendimento de Urgência não incluem o cuidado primário ou eletivo.

#### **B. Serviços que não de emergência, não urgentes:**

Para pacientes que (1) o clínico responsável pelo tratamento determine que o nível de atendimento seja de não emergência ou não urgente ou (2) buscam cuidado e tratamento após a estabilização de um quadro clínico de emergência, o hospital pode considerar que tal cuidado se qualifique como serviços primários ou eletivos.

- a. Os Serviços Primários ou Eletivos incluem cuidado médico que não é de nível de cuidado de urgência ou emergência e é requisitado por indivíduos ou famílias para a manutenção da saúde e prevenção de doença. Geralmente, esses serviços são procedimentos/consultas de saúde comportamental ou médicos agendados antecipadamente ou no mesmo dia pelo paciente ou provedor de cuidado de saúde em um hospital, incluindo, sem limitação, a localidade principal, uma localidade remota, assim como um consultório médico afiliado, clínica ou posto médico comunitário. O Cuidado Primário consiste de serviços de cuidado de saúde geralmente fornecidos por profissionais gerais, profissionais especializados em famílias, médicos residentes gerais, pediatras gerais e enfermeiros de cuidados primários ou assistentes de médicos em um Serviço de Cuidado Primário. O Cuidado Primário não requer os recursos especializados de um departamento de emergência de Hospital Crítico e exclui Serviços Auxiliares e serviços de cuidado de maternidade.
- b. Serviços de cuidado de saúde que não sejam de emergência ou não urgentes (ou seja, cuidado primário ou eletivo) podem ser postergados ou preteridos com base na consulta com o quadro clínico do Hospital, assim como o cuidado primário do paciente ou provedor que faz o tratamento, se disponível e conforme apropriado. O Hospital pode ainda recusar fornecer a um paciente serviços que não sejam de emergência ou não urgentes se o paciente estiver estável do ponto de vista médico e o Hospital não for capaz de obter do paciente ou de outras fontes pagamento apropriado ou informações de elegibilidade para seguro de saúde público ou privado para cobrir o custo do cuidado que não seja de emergência e não urgente. A cobertura dos serviços de cuidado de saúde, incluindo saúde médica e comportamental, é determinada e delineada em manuais de cobertura e em uma necessidade médica da seguradora de saúde pública e privada. Embora o Hospital tentará determinar a cobertura com base na cobertura de seguro conhecida e disponível do paciente, o Hospital pode cobrar do paciente se os serviços não forem reembolsáveis e o paciente tenha concordado em ser cobrado.
- c. A cobertura de um programa de assistência financeira público, privado ou hospitalar pode não se aplicar a certos procedimentos primários ou eletivos que não sejam reembolsáveis por tais opções de cobertura. Se o paciente não estiver certo se um serviço não é coberto, o paciente deve contatar a equipe do Hospital no Departamento de Aconselhamento Financeiro, localizado nos Shapiro e Menino Buildings, de segunda a sexta-feira, entre 8h e 17h, para determinar quais opções de cobertura estão disponíveis.

#### **C. Localidades hospitalares que fornecem serviços necessários do ponto de vista médico e cobertos pela Política de Assistência Financeira:**

A Política de Assistência Financeira do Hospital cobre o Hospital e certos Postos de Saúde Comunitários que tenham adotado a Política de Assistência Financeira do Hospital. A seguir há uma lista de localidades que seguem a Política de Assistência Financeira do Hospital:

Boston Medical Center, One Boston Medical Center Place, Boston, MA 02118

Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02124  
East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128  
DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122  
Greater Roslindale Medical & Dental Center, 4199 Washington Street, Roslindale, MA 02131  
South Boston Community Health Center, 409 West Broadway, South Boston, MA 02127

Além disso, a Política de Assistência Financeira do Hospital cobre os Serviços de Emergência, Urgentes e de Emergência no Cuidado Primário fornecidos pelos provedores incluídos no Anexo A dentro das localidades hospitalares relacionadas acima.

## **II. Programas de Assistência Pública e Assistência Financeira do Hospital**

### **A. Visão Geral da Cobertura de Saúde e Programas de Assistência Financeira**

Os pacientes do Hospital podem ser elegíveis para serviços de cuidado de saúde gratuitos ou de custo reduzido através de vários programas estaduais de assistência pública, assim como programas de assistência financeira do Hospital (incluindo, sem limitação, 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 e o Medical Hardship [Dificuldade Médica]). Tais programas são destinados a assistir pacientes de baixa renda, levando em consideração a capacidade de cada indivíduo de contribuir para o custo de seus cuidados. Para aqueles indivíduos sem seguro ou com seguro de pouca cobertura, o Hospital irá, quando solicitado, ajudá-los com o requerimento de cobertura por meio de programas de assistência pública ou programas de assistência financeira do Hospital que possam cobrir todas ou parte de suas contas hospitalares não pagas.

### **B. Programas estaduais de assistência pública**

O Hospital está disponível para assistir os pacientes na inscrição nos programas estaduais de cobertura de saúde. Esses incluem a MassHealth, o programa de assistência a pagamento premium operado pela Health Connector do estado e o Plano de Segurança Médica de Crianças [Children's Medical Security Plan]. Para esses programas, os requerentes podem enviar um requerimento por meio de um site online (que é centralmente localizado no site do Health Connector do estado), um requerimento impresso, ou pelo telefone com um representante de atendimento ao cliente localizado na MassHealth ou no Connector. Os indivíduos também podem solicitar assistência dos orientadores financeiros do Hospital (também chamados orientadores de requerimentos certificados) para o envio dos requerimentos online ou por meio impresso.

### **C. Assistência Financeira do Hospital**

O Hospital também fornece assistência financeira aos pacientes cuja renda demonstra uma incapacidade de pagar por todos ou parte dos serviços prestados. Os pacientes que sejam residentes de Massachusetts e/ou da área de atendimento do Hospital podem ser requisitados a preencher o requerimento de seu estado para cobertura pelo Medicaid ou seguro de saúde subsidiado antes de buscar cobertura pelas próprias opções de assistência financeira do Hospital. Pacientes que se qualificam são elegíveis para a Política de Assistência Financeira do Hospital com base no critério abaixo:

#### ***C.1 Assistência Financeira do Hospital por meio da Health Safety Net***

Por meio de sua participação na Health Safety Net de Massachusetts, o Hospital fornece assistência financeira aos pacientes de baixa renda sem seguro e com seguro de pouca cobertura que sejam

residentes de Massachusetts e que satisfaçam as qualificações de renda. A Health Safety Net foi criada para distribuir de forma mais equiparada o custo da prestação de cuidados sem compensação a pacientes de baixa renda sem seguro e com seguro de pouca cobertura através do cuidado gratuito ou com desconto em hospitais críticos de Massachusetts. A combinação de cuidado sem compensação da Health Safety Net é realizada através de uma avaliação da habilidade de cada hospital para cobrir o custo do cuidado de pacientes sem seguro e com seguro de pouca cobertura com rendas inferiores a 300% do nível de pobreza federal. É política do Hospital que todos os pacientes recebam assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital, incluindo os serviços da Health Safety Net como parte do cuidado sem compensação fornecido a pacientes de baixa renda.

Por meio da sua participação na Health Safety Net, os pacientes de baixa renda que recebem serviços no Hospital podem ser elegíveis para assistência financeira, incluindo cuidado gratuito ou parcialmente gratuito para serviços elegíveis da Health Safety Net definidos em 101 CMR 613:00.

*(a) Health Safety Net - Primário*

Pacientes sem seguro que sejam residentes de Massachusetts com renda familiar verificada sob a Renda Bruta Ajustada Modificada da MassHealth ou renda familiar sob Medical Hardship (Dificuldade Médica), conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), entre 0% e 300% do Nível de Pobreza Federal, podem ser elegíveis para os Serviços Elegíveis da Health Safety Net.

O período de elegibilidade e o tipo de serviços para *Health Safety Net - Primário* são limitados aos pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Pagamento de Assistência Premium operado pelo Health Connector conforme descrito em 101 CMR 613.04(5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos às exigências do Programa de Saúde de Estudante do M.G.L. c. 15A, § 18 não são elegíveis para *Health Safety Net – Primário*.

*(b) Health Safety Net – Secundário*

Pacientes que sejam residentes de Massachusetts com seguro de saúde primário e renda familiar sob a Renda Bruta Ajustada Modificada da MassHealth ou renda familiar contabilizável sob Medical Hardship (Dificuldade Médica), conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), entre 0% e 300% do Nível de Pobreza Federal, podem ser elegíveis para os Serviços Elegíveis da Health Safety Net. O período de elegibilidade e o tipo de serviços para *Health Safety Net – Secundário* são limitados aos pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Pagamento de Assistência Premium operado pelo Health Connector conforme descrito em 101 CMR 613.04(5)(a) e (b).

*(c) Health Safety Net – Franquias parciais*

Os pacientes que se qualificam para *Health Safety Net - Primário* ou *Health Safety Net - Secundário* com renda familiar sob a Renda Bruta Ajustada Modificada da MassHealth ou renda familiar contabilizável sob Medical Hardship (Dificuldade Médica) entre 150,1% e 300% do Nível de Pobreza Federal podem estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Grupo Familiar de Faturamento Premium tiverem uma renda que seja acima de 150,1% do Nível de Pobreza Federal. Esse grupo é definido em 130 CMR 501.0001.

Se algum membro do Grupo Familiar de Faturamento Premium tiver um Nível de Pobreza Federal abaixo de 150,1%, não há franquia para qualquer membro do Grupo Familiar de Faturamento Premium. A franquia anual é igual ao maior de:

1. o Programa de Pagamento de Assistência Premium de custo mais baixo operado pelo Health Connector premium, ajustado para o tamanho do Grupo Familiar de Faturamento Premium, proporcionalmente aos padrões de renda do Nível de Pobreza Federal da MassHealth, no início do ano-calendário; ou

2. 40% da diferença entre a renda familiar mais baixa sob a Renda Bruta Ajustada Modificada da MassHealth ou renda familiar contabilizável sob Medical Hardship (Dificuldade Médica), conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), no Grupo Familiar de Faturamento Premium do requerente e 200% do Nível de Pobreza Federal.

*(d) Health Safety Net - Medical Hardship (Dificuldade Médica)*

Um residente de Massachusetts de qualquer nível de renda pode se qualificar para Medical Hardship (Dificuldade Médica) por meio da Health Safety Net se gastos médicos permissíveis tenham esgotado sua renda contabilizável e ele(a) for incapaz de pagar pelos serviços de saúde. Para se qualificar para *Medical Hardship*, os gastos médicos permissíveis do requerente devem exceder uma porcentagem especificada da renda contabilizável do requerente, definida em 101 CMR 613, conforme a seguir:

| Nível de renda                           | Porcentagem da renda contabilizável |
|--|-------------------------------------|
| 0 - 205% do Nível de Pobreza Federal     | 10%                                 |
| 205,1 - 305% do Nível de Pobreza Federal | 15%                                 |
| 305,1 - 405% do Nível de Pobreza Federal | 20%                                 |
| 405,1 - 605% do Nível de Pobreza Federal | 30%                                 |
| > 605,1% do Nível de Pobreza Federal     | 40%                                 |

A contribuição exigida do requerente é calculada conforme a porcentagem especificada da renda contabilizável em 101 CMR 613.05(1)(b) com base no Nível de Pobreza Federal da família sob *Medical Hardship*, multiplicada pela renda contabilizável real menos as contas não elegíveis para pagamento pela Health Safety Net, pelas quais o requerente permanecerá responsável. Exigências adicionais para *Medical Hardship* estão especificadas em 101 CMR 613.05.

**C2. Cuidado de caridade fornecido para indivíduos elegíveis a HSN**

Indivíduos que satisfaçam os requisitos de elegibilidade para se qualificar para assistência financeira sob um esquema do programa da Health Safety Net em I.C1 da política, podem ter contas existentes por serviços prestados antes de 10 dias que precedem o requerimento para cobertura da Health Safety Net. Sob as regulamentações da Health Safety Net, certos serviços primários e eletivos não serão elegíveis para cobertura sob a Health Safety Net antes do período de 10 dias e o indivíduo permanece responsável por tais quantias da fatura. No momento em que a elegibilidade da Health Safety Net for determinada, a BMC oferecerá 100% de cobertura para cuidado de caridade dessas faturas de serviços prestados antes do período de 10 dias e não entrará em cobranças adicionais para essas faturas.

**D. Limitações sobre as cobranças**

O Hospital não cobrará de qualquer indivíduo que seja elegível para assistência sob sua política de assistência financeira de emergência e cuidado necessário do ponto de vista médico mais do que a “quantia geralmente cobrada” de indivíduos que tenham seguro para tal cuidado. Para este propósito, a “quantia geralmente cobrada” é determinada usando a taxa de reembolso do Medicare.

O Hospital cobrará de qualquer indivíduo que seja elegível para assistência sob sua política de assistência financeira, por todos os outros cuidados, uma quantia inferior às cobranças brutas para tais cuidados.

## **E. Avisos e Requerimento para Programas de Assistência Financeira do Hospital e de Assistência Pública**

### ***E.1 Avisos de Opções Disponíveis de Assistência Financeira do Hospital e de Assistência Pública***

Para aqueles indivíduos sem seguro ou com seguro de pouca cobertura, o Hospital trabalhará com os pacientes para assisti-los com o requerimento para programas de assistência pública e/ou programas de assistência financeira do Hospital que possam cobrir todas ou parte de suas contas hospitalares não pagas. Para ajudar indivíduos sem seguro e com seguro de pouca cobertura a encontrar opções disponíveis e apropriadas, o Hospital fornecerá a todos os indivíduos um aviso geral da disponibilidade de programas de assistência pública e de assistência financeira durante o registro inicial do paciente feito em pessoa em um Hospital para um serviço, em todas as faturas de cobrança que são enviadas a um paciente ou fiador, e quando o provedor for notificado ou através de sua devida diligência se tornar ciente de uma alteração no status de elegibilidade do paciente para cobertura de seguro pública ou privada.

Além disso, o Hospital também publicará avisos gerais em áreas de entrega de serviço onde houver um registro ou área de check-in (incluindo, sem limitação, departamentos de internação, ambulatoriais, emergência e localidades de Postos de Saúde Comunitários afiliados), nos escritórios do Orientador de Requerimentos Certificado e em áreas gerais de escritórios que são rotineiramente usadas por pacientes (p. ex., áreas de admissão e registro, ou escritórios de serviços financeiros de paciente que estejam ativamente abertos ao público). O aviso geral informará os pacientes sobre a disponibilidade de assistência pública ou de assistência financeira hospitalar (incluindo 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), assim como a(s) localidade(s) do Hospital e/ou números de telefone para ligar e agendar uma hora com um Orientador de Requerimentos Certificado. O objetivo desses avisos é assistir os indivíduos no requerimento para cobertura dentro de um ou mais desses programas.

### ***E.2. Requerimento para Programas de Assistência Financeira do Hospital e de Assistência Pública***

O Hospital está disponível para assistir os pacientes na inscrição em um programa estadual de assistência pública. Esses incluem a MassHealth, o programa de assistência a pagamento premium operado pela Health Connector e pelo Plano de Segurança Médica de Crianças [Children's Medical Security Plan] do estado. Com base nas informações fornecidas pelo paciente, o Hospital também identificará opções de cobertura disponíveis através de seu programa de assistência financeira, incluindo os programas da Health Safety Net e Medical Hardship (Dificuldade Médica).

Para programas diferentes do Medical Hardship (Dificuldade Médica), os requerentes podem enviar um requerimento online por meio de um site (que é centralmente localizado no site do Health Connector do estado), um requerimento impresso, ou eles podem fazer o requerimento pelo telefone falando com um representante de atendimento ao cliente localizado na MassHealth ou no Connector. Os indivíduos também podem solicitar ao Orientador de Requerimentos Certificado do Hospital assistência para submissão do requerimento online ou por meio impresso.

Para Medical Hardship (Dificuldade Médica), o Hospital trabalhará com o paciente para determinar se um programa como o Medical Hardship seria apropriado e para enviar um requerimento de Medical Hardship à Health Safety Net. É obrigação do paciente fornecer todas as informações necessárias



conforme requisitadas pelo Hospital, em um prazo apropriado, para assegurar que o hospital possa submeter um requerimento completo. Se o paciente for capaz de fornecer todas as informações oportunamente, o Hospital se esforçará para enviar o requerimento total e completo dentro de cinco (5) dias úteis do recebimento de todas as informações necessárias e solicitadas. Se o requerimento total e completo não for enviado dentro de cinco dias úteis do recebimento de todas as informações necessárias, as ações de cobrança podem não ser tomadas contra o paciente com relação às contas elegíveis para Medical Hardship (Dificuldade Médica).

O hospital também pode ajudar os pacientes com a inscrição na Health Safety Net usando um processo de determinação presumido, o que fornece um período limitado de elegibilidade. Esse processo é conduzido pelo pessoal do Hospital e Posto de Saúde Comunitário que, com base no atestado próprio das informações financeiras do paciente, considerará um paciente como tendo satisfeito a definição de paciente de baixa renda e sendo coberto somente pelos serviços da Health Safety Net. A cobertura começará na data em que o provedor fizer a determinação, e será aplicada até o fim do mês seguinte no qual a determinação presumida é feita. Porém, a cobertura pode ser encerrada mais cedo se o paciente submeter um requerimento completo conforme descrito acima.

### ***E.3 Função do Orientador Financeiro do Hospital***

O Hospital ajudará indivíduos sem seguro e com seguro de pouca cobertura a requererem cobertura de saúde por meio de um programa de assistência pública (incluindo, sem limitação, 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]) e trabalhará com indivíduos para fazer suas inscrições conforme apropriado. O Hospital também ajudará os pacientes que quiserem requerer assistência financeira do hospital, o que inclui cobertura pela Health Safety Net e Medical Hardship.

O Hospital irá:

- a) Fornecer informações sobre a gama completa de programas, incluindo 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 e o Medical Hardship [Dificuldade Médica]);
- b) Ajudar indivíduos a preencher um novo requerimento para cobertura ou enviar uma renovação para uma cobertura existente;
- c) Trabalhar com o indivíduo para obter toda a documentação exigida;
- d) Submeter requerimentos ou renovações (juntamente com toda a documentação exigida);
- e) Interagir, quando aplicável e conforme permitido sob as limitações do sistema atual, com os Programas com relação ao status de tais aplicativos e renovações;
- f) Ajudar a facilitar inscrição de requerentes ou beneficiários em Programas de Seguro; e
- g) Oferecer e fornecer assistência para registro de eleitor.

O Hospital aconselhará o paciente sobre sua obrigação de fornecer ao Hospital e à agência estadual aplicável informações precisas e oportunas sobre o nome completo, endereço, número do telefone, data de nascimento, número de segurança social (se disponível), opções de cobertura de seguro atual (incluindo residência, veículo motorizado e outro seguro de responsabilidade) que possa cobrir o custo do cuidado recebido, quaisquer outros recursos financeiros aplicáveis, cidadania e informações de status de residente do paciente. Essas informações serão submetidas ao estado como parte do requerimento para assistência do programa público para determinar cobertura pelos serviços fornecidos ao indivíduo.

Se o indivíduo ou fiador for incapaz de fornecer as informações necessárias, o Hospital pode (mediante solicitação do paciente) fazer o empenho razoável para obter quaisquer informações adicionais de

outras fontes. Tal empenho inclui trabalhar com pacientes para determinar se uma conta dos serviços pode ser enviada ao paciente para assistir com o cumprimento da franquia única. Isso ocorrerá quando o paciente estiver programando serviços do hospital, durante o pré-registro, enquanto o paciente é admitido no Hospital, na alta, ou por um tempo razoável após a alta hospitalar. As informações que o Orientador de Requerimentos Certificado obtiver serão mantidas de acordo com as leis federais e estaduais de segurança e privacidade.

O Hospital também notificará o paciente durante o processo do requerimento da responsabilidade do paciente para relatar ao Hospital e à agência estadual que fornece cobertura dos serviços de cuidados de saúde sobre qualquer terceiro que seja responsável em pagar reivindicações, incluindo residência, veículo ou outra política de responsabilidade de seguro. Se o paciente tiver submetido uma reivindicação de terceiro ou entrado com uma ação judicial contra um terceiro, o Orientador de Requerimentos Certificado notificará o paciente sobre a exigência de notificar o provedor e o programa estadual dentro de 10 dias de tais ações. O paciente será também informado que ele deve pagar de volta à agência estadual apropriada a quantia do cuidado de saúde coberto pelo programa estadual se houver uma recuperação da reivindicação, ou atribuir direitos ao estado para permitir que este recupere a quantia aplicável.

Quando um indivíduo contatar o Hospital, o Hospital tentará identificar se o indivíduo se qualifica para um programa de assistência pública ou pelo programa de assistência financeira do Hospital. Um indivíduo que esteja inscrito em um programa de assistência pode se qualificar para certos benefícios. Os indivíduos podem também se qualificar para assistência adicional através do programa de assistência financeira do Hospital que, por sua vez, é baseado na renda documentada do indivíduo e nos gastos médicos permissíveis.