



Política de Assistência Financeira e Crédito e Cobrança

29 de setembro de 2023

Aprovado por:

Nome: Brian Huggins

Cargo: Diretor Financeiro – Medical Center

Data: 29/09/2023

Adoção pela diretoria:

Data: 29/09/2023

Contato:

John Salzberg

Vice-Presidente Sênior, Diretor de Finanças e Receitas

Tel: 508-334-1789

E-mail: john.salzberg@umassmemorial.org

Sumário

I.	Política	3
II.	Prestação de serviços de saúde	3
	a. EMTALA.....	3
	b. Serviços medicamente necessários não emergenciais e não urgentes (“eletivos”).....	4
	c. Eventos graves relatáveis.....	5
III.	Coleta de informações financeiras de pacientes	5
	a. Pacientes com cobertura de seguro.....	5
	b. Pacientes sem cobertura de seguro	5
IV.	Programas de Assistência Financeira do Commonwealth of Massachusetts.....	6
	a. Health Safety Net	7
	b. Medical Hardship	8
	c. Exclusões de cobertura estadual	10
	d. Processo de solicitação	10
	e. Verificação de renda.....	11
	f. Verificação de identidade	11
V.	Programa de Assistência Financeira UMass Memorial Health Care	12
	a. Processo de solicitação	12
	b. Elegibilidade.....	12
	c. Solicitação completa.....	12
	d. Solicitação incompleta.....	13
	e. Verificações de renda	13
	f. Período de elegibilidade	13
	g. Serviços elegíveis	14
	h. Serviços não elegíveis	14
	i. Base para cálculo do montante cobrado	15
	j. Informação e assistência.....	15
VI.	Cobertura adicional e cuidados com desconto fornecidos pelo UMMMM aos pacientes	16
	a. Continuação da cobertura	16
	b. Desconto à vista.....	16
VII.	Procedimentos de faturamento e cobrança	16
	a. Faturamento de pagadores terceiros.....	16
	b. Faturamento e cobrança para pagamento particular.....	17
	c. Ações de cobrança extraordinárias (ECA).....	18
	d. Atendimento ao cliente	19
	e. Planos de pagamento.....	19
	f. Juros	19
	g. Exigências de depósito.....	19
	h. Penhoras.....	20
	i. Acidente com veículo motorizado/Faturamento para terceiros	20
	j. Falência.....	20
	k. Direitos e responsabilidades dos pacientes	20
	l. Isenção das ações de faturamento e cobrança para pagamento particular	21
VIII.	Glossário	23

UMass Memorial Medical Center Política do Hospital

Política de Assistência Financeira e Crédito e Cobrança	
Desenvolvida por: Gestão de Ciclo de Receita	Data de entrada em vigor: 29/09/2023 Aprovado por: Brian Huggins
Aplicabilidade: Todos os integrantes da força de trabalho que trabalham com operações do ciclo de receita	Rescisão: Substitui a política datada de: 21/12/2020
Palavras-chave: Cobrança e crédito, dívida incobrável, Assistência Financeira, Health Safety Net e EMTALA	

I. Política

A Política de Assistência Financeira e Crédito e Cobrança estabelece as normas segundo as quais o UMass Memorial Medical Center, Inc. administrará a coleta de informações de seguro/financeiras dos pacientes, a determinação da elegibilidade para Assistência Financeira e os processos de faturamento e cobrança, de acordo com (1) as regulamentações do Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) 101 CMR 613.00 Serviços elegíveis para Health Safety Net (2) os requisitos de dívidas incobráveis dos Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare (42CFR 413.89), 13J Medicare Providers Reimbursement Manual (Parte 1, Capítulo 3) e (3) o Código Interno de Receitas seção 501 (r), conforme exigido pela seção 9007 (a) da Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Pub. L. No. 111-148) e conforme esclarecido no esclarecimento do IRS de 29 de dezembro de 2015 para o relato de tais informações no formulário hospitalar IRS 990. A Política de Assistência Financeira e Crédito e Cobrança será registrada eletronicamente no Escritório da Health Safety Net de acordo com os requisitos da regulamentação.

O UMass Memorial Medical Center, Inc. não faz discriminação com base em raça, cor, origem nacional, cidadania, caráter estrangeiro, religião, crença, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência em nenhuma de suas políticas relativas à aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos pré-admissão ou pré-tratamento, planos de pagamento, admissões deferidas ou rejeitadas ou situação de paciente de baixa renda.

II. Prestação de serviços de saúde

a. **EMTALA.** Para garantir que todos os pacientes que se apresentem ao UMass Memorial Medical Center, Inc. solicitando exame ou tratamento para uma condição médica emergencial recebam um exame de triagem médica adequado, estabilização e, se necessário, transferência de acordo com o Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA).

O UMass Memorial Medical Center, Inc. não se envolverá em atividades que demovam os indivíduos da busca por cuidados médicos de emergência. Isso inclui o atraso na realização de um exame de triagem médica adequado ou outros exames médicos e tratamento para estabilizar a condição médica, para perguntar a respeito do método de pagamento ou situação de seguro do indivíduo, ou para coletar assinaturas em um formulário de responsabilidade financeira ou de notificação de beneficiário avançado. O UMass Memorial Medical Center, Inc. não permitirá atividades de cobrança de dívidas no setor de emergência ou em outras áreas da instalação hospitalar quando essas atividades puderem interferir na prestação de

cuidados de emergência. A solicitação de coparticipação do seguro não será feita antes de um exame de triagem médica e estabilização.

- i. **Entre os serviços de nível emergencial estão:** Serviços medicamente necessários prestados após o início de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas de suficiente gravidade, incluindo dor severa, para os quais um leigo prudente, dotado de conhecimento médio de saúde e medicina, possa esperar que a ausência de cuidados médicos imediatos coloque a saúde da pessoa ou de outra pessoa em sério risco, deterioração grave da função corporal ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou, com relação a uma grávida que esteja tendo contrações: que não haja tempo adequado para realizar uma transferência segura para outro hospital antes do parto ou que a transferência possa representar uma ameaça à saúde e à segurança da mulher ou da criança. Um exame de triagem médica e qualquer tratamento subsequente para uma condição médica emergencial existente ou qualquer outro serviço prestado na medida exigida de acordo com o EMTALA federal (42 USC 1395(dd)) se qualifica como serviço de nível emergencial.
- ii. **Entre os serviços de cuidados urgentes estão:** Serviços medicamente necessários prestados após o início repentino de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de suficiente gravidade (incluindo dor severa), para os quais um leigo prudente acreditaria que a ausência de cuidados médicos em até 24 horas imediatos poderia pôr a saúde do paciente em risco, deterioração da função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Serviços de cuidados urgentes são prestados para condições que não representem ameaça à vida e não representem alto risco de danos graves à saúde de um indivíduo, mas para as quais serviços médicos imediatos sejam necessários.

Observação relativa ao EMTALA: De acordo com exigências federais, o EMTALA é acionado para qualquer pessoa que chegue às instalações do hospital solicitando exame ou tratamento de um serviço de nível emergencial (condição médica emergencial) ou que adentre o setor de emergência solicitando exame ou tratamento para uma condição médica. Mais comumente, pessoas não agendadas que se apresentem ao setor de emergência. Contudo, pessoas não agendadas que solicitam serviços para uma condição médica emergencial ao se apresentarem a outra unidade de internação, clínica ou outra área auxiliar também podem estar sujeitas a um exame de triagem médica emergencial de acordo com o EMTALA. O exame e o tratamento para condições médicas emergenciais, ou qualquer serviço do tipo prestado na medida em que exigido de acordo com o EMTALA, serão fornecidos ao paciente e se qualificarão como cuidados emergenciais. A determinação de que há uma condição médica emergencial é feita pelo médico examinador ou outro integrante qualificado do corpo clínico do hospital, conforme documentado no prontuário.

- b. **Serviços medicamente necessários não emergenciais e não urgentes (“eletivos”)** - Para pacientes que (1) cheguem ao hospital buscando cuidados de nível não emergencial ou não urgente, ou (2) busquem cuidados adicionais após a estabilização de uma condição médica emergencial, o UMass Memorial Medical Center, Inc. coletará informações financeiras do paciente, auxiliará o paciente na obtenção/verificações da cobertura para os serviços e/ou fará outros acordos financeiros descritos no presente. Serviços eletivos: Serviços medicamente necessários que não satisfazem a definição de emergenciais ou urgentes acima. Normalmente,

são serviços de cuidados primários/especializados ou procedimentos agendados previamente pelo paciente ou pelo profissional de saúde.

- c. **Eventos graves relatáveis** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. mantém a conformidade com os requisitos de faturamento aplicáveis, como os requisitos do Department of Public Health para não pagamento de determinados eventos graves relatáveis.

III. Coleta de informações financeiras de pacientes

O UMass Memorial Medical Center, Inc. empenhará esforços razoáveis e tentará obter todas as informações relevantes financeiras, demográficas, de seguro e de responsabilidade de terceiros dos pacientes antes da prestação de serviços eletivos, conforme descrito abaixo. Essas informações serão coletadas dos pacientes que precisem de cuidados emergenciais/urgentes assim que possível, mas apenas quando permitido de acordo com o EMTALA.

- a. **Pacientes com cobertura de seguro** – Para pacientes com seguro-saúde ou pacientes cobertos por plano de compensação trabalhista, seguradora veicular ou qualquer outro terceiro responsável pelo pagamento dos serviços prestados, o UMass Memorial Medical Center, Inc. empenhará seus melhores esforços para coletar todas as informações necessárias para enviar uma requisição de sinistro à seguradora pelos serviços prestados.
 - i. **Verificação de seguro** – Sempre que possível, o UMass Memorial Medical Center, Inc. verificará a elegibilidade do seguro do paciente por meios eletrônicos ou telefônicos, além do MassHealth Eligibility Verification System (EVS) para verificação da elegibilidade em um programa de assistência pública, antes da chegada do paciente para cada data de atendimento. Quando isso não ocorrer, a elegibilidade será verificada no momento da chegada, ou assim que possível após a chegada, por meios eletrônicos/telefônicos e/ou análise do cartão de seguro do paciente.
 - ii. **Requisitos de indicação e autorização** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. tentará confirmar e/ou verificar todas as indicações e autorizações exigidas pela seguradora do paciente antes da prestação dos serviços.
 - iii. **Serviços com coparticipação/cosseguero/dedutíveis/não cobertos** – Quando um paciente segurado for responsável por uma parte da fatura, o UMass Memorial Medical Center, Inc. tentará, quando razoável, recolher esse montante ou estabelecer disposições de pagamento antes da prestação dos serviços. Caso não seja capaz de recolher o montante devido antes do serviço, o UMass Memorial Medical Center, Inc. o fará por meio do processo de faturamento e cobrança.
 - iv. **Formulários obrigatórios** – Espera-se que todos os pacientes segurados assinem um formulário de Cessão de Benefícios (AOB) e todos os outros formulários exigidos por sua seguradora ou pela regulamentação para que se realize o faturamento e cobrança de sua seguradora terceirizada. Caso o UMass Memorial Medical Center, Inc. não seja capaz de obter uma AOB assinada, o paciente será responsável pela cobrança total.
- b. **Pacientes sem cobertura de seguro** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. tentará auxiliar todos os pacientes cadastrados como “pagamento particular” na identificação e garantia da

cobertura e/ou no estabelecimento de um plano de pagamento para os montantes determinados como sendo de responsabilidade do paciente.

- i. Serão postadas placas em inglês, espanhol, português, árabe e vietnamita informando aos pacientes a respeito da disponibilidade de Assistência Financeira e com quem entrar em contato para receber assistência para fazer a solicitação. Essas placas serão postadas de maneira claramente visível em áreas com alta movimentação de pacientes, incluindo:
 1. Salas de admissão e áreas de espera
 2. Registro de pacientes de ambulatório e áreas de espera
 3. Registro de emergência e áreas de espera
 4. Escritórios de Assessoria Financeira localizados no UMass Memorial Medical Center, Inc.
 5. O escritório de atendimento ao cliente de serviços financeiros ao paciente
- ii. Panfletos individuais notificando aos pacientes que há Assistência Financeira disponível para pacientes qualificados estarão disponíveis em todos os locais de admissão, registro e assessoria financeira.
- iii. Todos os pacientes da Clínica Ambulatorial e pacientes agendados para um procedimento eletivo registrados como pagamento particular serão encaminhados a um Assessor de Solicitação Certificado. Todos os pacientes internados registrados como pagamento particular receberão a visita de um Assessor de Solicitação Certificado durante sua admissão ou receberão o contato após a alta.
- iv. As faturas iniciais dos pacientes e todas as faturas subsequentes incluirão um aviso alertando os pacientes a respeito da disponibilidade de Assistência Financeira, com um número de telefone para o qual telefonar.

IV. Programas de Assistência Financeira do Commonwealth of Massachusetts

O UMass Memorial Medical Center, Inc. oferece ampla assistência financeira a pacientes com base no nível de renda familiar e outros critérios descritos abaixo. O UMass Memorial Medical Center, Inc. tem um contrato com o Executive Office of Health and Human Services (MassHealth) e com a Commonwealth Health Insurance Connector Authority (Connector) e foi considerada uma Organização de Assessoria de Solicitação Certificada. O UMass Memorial Medical Center, Inc. emprega uma grande equipe de Assessores de Solicitação Certificados (CAC), que está disponível em todo o UMass Memorial Medical Center, Inc. para auxiliar indivíduos que buscam ajuda para realizar a solicitação de Assistência Financeira.

Para auxiliar os pacientes com a cobertura de assistência financeira adequada, os CACs irão:

- i. Fornecer informações sobre todos os programas disponíveis.
- ii. Fornecer aos pacientes a(s) devida(s) solicitação(ões) para os programas de pagamento Premium Assistance MassHealth, Health Safety Net e Children's Medical Security Program operados pelo Health Connector, Medical Hardship e outros tipos de assistência financeira que podem cobrir a totalidade ou parte de suas faturas médicas pendentes.
- iii. Auxiliar os pacientes no processo de solicitação e renovação.
- iv. Trabalhar com os pacientes para obter toda a documentação necessária.

- v. Empenhar os esforços razoáveis e diligentes para dar prosseguimento ao status da solicitação até a determinação final.
 - vi. Ajudar os pacientes a se inscreverem em um plano de seguro-saúde.
 - vii. Oferecer e prestar assistência ao registro de eleitor.
- a. **Health Safety Net** – A legislação de Massachusetts fornece cobertura para serviços de saúde por meio da Health Safety Net para pacientes de baixa renda com base na residência em Massachusetts, na verificação de identidade e na Renda Bruta Ajustada Modificada (MAGI) do MassHealth ou Renda Computável Familiar de Medical Hardship igual ou inferior a 300% do nível federal de pobreza (FPL).

Indivíduos não estão aptos à Health Safety Net se tiverem sido considerados aptos ao MassHealth ou ao programa Premium Assistance operado pelo Health Connector, incluindo o programa Premium Assistance, e não tiverem se inscrito ou se sua cobertura tiver sido encerrada devido ao não pagamento de prêmios.

i. **Health Safety Net Primary** – Pacientes não segurados com renda familiar MAGI MassHealth verificada ou Renda Computável Familiar Medical Hardship de 0-300% do FPL podem ser considerados Pacientes de Baixa Renda com base nas Diretrizes do EOHHS e aptos aos Serviços Elegíveis da Health Safety Net, sujeito às condições abaixo.

1. Pacientes de Baixa Renda aptos à inscrição em um Programa de Pagamento Premium Assistance operado pelo Health Connector ficam elegíveis por um período de 100 dias, a contar da Data da Cobertura Médica do paciente.
2. Estudantes sujeitos aos requisitos do Programa de Saúde Estudantil do estado não estão aptos ao Health Safety Net Primary.
3. Acesso à cobertura de seguro-saúde financiada pelo empregador que seja considerada acessível, excetuando-se o período de espera do empregador.

ii. **Health Safety Net Secondary** – Pacientes com outros seguros-saúde primários, incluindo estudantes inscritos em um Plano de Saúde Estudantil Qualificado e com renda familiar MAGI MassHealth ou Renda Familiar Medical Hardship de 0-300% do FPL podem se qualificar como Pacientes de Baixa Renda e estar elegíveis ao Health Safety Net Secondary, sujeito às seguintes exceções.

1. O Health Safety Net Secondary cobrirá apenas serviços odontológicos não cobertos pelo programa Premium Assistance operado pelo Health Connector para indivíduos elegíveis ao programa de pagamento Premium Assistance operado pelo Health Connector com entrada em vigor no 101º dia a contar da Data de Cobertura Médica.
2. O Health Safety Net Secondary cobrirá apenas serviços odontológicos adultos prestados por centros de saúde comunitários, centros de saúde licenciados por hospitais ou clínica satélite para indivíduos inscritos no MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus e Family Assistance, excluindo-se o MassHealth Family Assistance-Children.

- iii. Health Safety Net Partial** – Um Paciente de Baixa Renda apto ao Health Safety Net Primary ou ao Health Safety Net Secondary com renda familiar MAGI MassHealth ou Renda Computável Familiar Medical Hardship entre 150,01% e 300% do FPL pode estar apto ao Health Safety Net-Partial com dedutível familiar anual. O dedutível anual se aplicará apenas se a renda individual de todos os integrantes do Premium Billing Family Group (PBF) for superior a 150,01% do FPL.

Caso se determine a elegibilidade, o dedutível anual é igual ao que for maior entre:

1. 40% da diferença entre o que for menor entre a renda familiar MAGI MassHealth ou a Renda Computável Familiar Medical Hardship no PBF do solicitante, e 200% do FPL.
2. O custo mais baixo do prêmio do programa Premium Assistance operado pelo Health Connector ajustado para o tamanho do PBF proporcionalmente aos padrões de renda FPL do MassHealth no início do ano corrido.

Se qualquer integrante do PBF tiver uma renda inferior a 150% do FPL, não há dedutível para qualquer integrante do PBF. Despesas acima do montante dedutível estarão isentas da atividade de faturamento e cobrança.

Os Assessores de Solicitação Certificados do UMass Memorial Medical Center, Inc. monitorarão as despesas reembolsáveis permitidas até que o paciente tenha atingido seu dedutível. Se o paciente tiver recebido serviços de profissionais além do UMass Memorial Medical Center, Inc., é responsabilidade do paciente monitorar o montante dedutível e notificar ao UMass Memorial Medical Center, Inc. quando o dedutível for atingido. Coparticipações e despesas de farmácia não serão aplicadas ao dedutível.

A equipe de Cobrança do UMass Memorial Medical Center, Inc. monitora pagamentos dedutíveis. Se um paciente/família ficar em inadimplência na responsabilidade com relação ao dedutível, o UMass Memorial Medical Center, Inc. seguirá os procedimentos de faturamento e cobrança para contas de pagamento particular conforme descritos na seção de contas de pagamento particular desta política.

O processo de solicitação, exclusões de cobertura estadual e procedimentos de verificação de renda são os mesmos do Health Safety Net Primary.

- iv. Elegibilidade Presumível à Health Safety Net** – em ocasiões nas quais um paciente pode se qualificar para a Health Safety Net e não ser capaz de preencher uma solicitação completa na data do serviço. O UMass Memorial Medical Center, Inc. pode determinar que o indivíduo seja um Paciente de Baixa Renda de acordo com as diretrizes de renda e família da Health Safety Net, por um período de tempo limitado. A determinação será baseada nas informações autoatestadas fornecidas pelo paciente no formulário especificado pelo Escritório da Health Safety Net. O período de elegibilidade terá início na data em que o UMass Memorial Medical Center, Inc. fizer a determinação e prosseguirá até o que ocorrer antes entre o último dia do mês seguinte ou o momento em que o indivíduo enviar uma solicitação completa e receber uma determinação do MassHealth ou do Health Connector.

- b. Medical Hardship** – Um residente de Massachusetts em qualquer nível de renda computável pode solicitar o Medical Hardship se os custos médicos tiverem esgotado a renda familiar de

forma que ele seja incapaz de pagar pelos serviços elegíveis. As Despesas Médicas Permitidas do solicitante, conforme definidas abaixo, precisam superar um percentual especificado da renda computável do solicitante da seguinte maneira:

Nível de renda computável	Despesas Médicas Permitidas como percentual da renda computável
0 - 205% FPL	10%
205,1 - 305% FPL	15%
305,1 - 405%	20%
405,1 - 605% FPL	30%
>605,1% FPL	40%

O Escritório da Health Safety Net fornecerá a solicitação e processará as determinações de Medical Hardship com base na documentação enviada pelo UMass Memorial Medical Center, Inc. e pelo paciente. O UMass Memorial Medical Center, Inc. enviará a solicitação de Medical Hardship em até 5 dias úteis após o recebimento toda a documentação necessária fornecida pelo paciente. O Escritório da Health Safety Net analisará e processará a solicitação de Medical Hardship se as Despesas Médicas Permitidas do solicitante superarem o percentual de Renda Computável listado acima. O Escritório da Health Safety Net não processará a solicitação de Medical Hardship de pessoas com renda inferior a 405% do FPL, a menos que o indivíduo faça primeiro a solicitação à Agência do MassHealth e receba uma determinação. Podem ser enviadas duas solicitações de Medical Hardship em um período de 12 meses.

- i. Despesas Médicas Permitidas – O total das faturas médicas familiares de Medical Hardship de qualquer prestador de serviços de saúde que, se pago, qualificar-se-ia como despesas médicas dedutíveis para fins de fiscalização federal de renda. Pode incluir faturas pagas e não pagas pelas quais o paciente permaneça responsável e recebidas até doze meses antes da data da solicitação. Não inclui faturas recebidas enquanto o solicitante for um Paciente de Baixa Renda, a menos que seja um Paciente de Baixa Renda Apenas Odontológico na data do serviço. Se um paciente tiver passado mais de 9 meses a contar da data do serviço sem receber uma fatura, ela ainda pode ser permitida, se a solicitação de Medical Hardship for enviada até 90 dias do faturamento inicial. Faturas não pagas incluídas em uma determinação de Medical Hardship não serão incluídas em uma solicitação de Medical Hardship subsequente. As Despesas Médicas Permitidas não incluirão faturas de serviços tomados pelos pacientes enquanto inscritos no MassHealth ou em um Programa de Pagamento Premium Assistance operado pelo Health Connector.
- ii. Contribuição do solicitante - o percentual especificado de renda computável listado acima. Há uma contribuição de Medical Hardship para cada determinação de Medical Hardship.
- iii. Notificação de determinação - o Escritório da Health Safety Net notificará os solicitantes a respeito da determinação. Isso incluirá o seguinte:
 1. As datas para as quais as Despesas Médicas Permitidas podem ser incluídas.
 2. O montante da contribuição de Medical Hardship do solicitante.
 3. Os serviços que não se qualificam como serviços elegíveis.
 4. O nome e o número de uma pessoa para contato para obter mais informações.
 5. O aviso de indeferimento explicará o motivo do indeferimento.

- iv. Notificação ao prestador - A Health Safety Net notificará o prestador a respeito do seguinte:
 - 1. A determinação com faturas inclusas nas Despesas Médicas Permitidas do solicitante.
 - 2. A contribuição do solicitante para cada Prestador da Health Safety Net com base nas cobranças brutas e datas de serviços prestados à família do solicitante.
 - v. O UMass Memorial Medical Center, Inc. enviará pedidos de indenização ao Escritório da Health Safety Net para Serviços de Medical Hardship que excedam a contribuição de Medical Hardship do paciente.
 - vi. O UMass Memorial Medical Center, Inc. faturará o solicitante pela contribuição de Medical Hardship, a menos que este último tenha status de Paciente de Baixa Renda ou seja apto ao MassHealth.
 - vii. O UMass Memorial Medical Center, Inc. cessará todos os esforços de cobrança em relação a um pedido de indenização por dívida incobrável que seja aprovada para Medical Hardship dentro do programa Health Safety Net.
 - viii. O UMass Memorial Medical Center, Inc. cessará os esforços de cobrança para faturas que estejam listadas na determinação de Medical Hardship e que teriam sido elegíveis ao pagamento de Medical Hardship se, por qualquer motivo, a solicitação não tiver sido realizada em até 5 dias úteis.
- c. As Exclusões de Cobertura Estadual** listadas abaixo são situações as quais a cobertura não será fornecida pela Health Safety Net. (Obs.: Alguns desses serviços são cobertos pela “Cobertura adicional e cuidados com desconto” do UMass Memorial Medical Center, Inc., descritos na Seção VI).
- i. Serviços não medicamente necessários.
 - ii. MassHealth, Connector Care e coparticipações em seguros particulares. Pedidos de indenização indeferidos por qualquer erro administrativo ou de faturamento.
 - iii. Serviços prestados a um paciente com seguro-saúde particular que sejam considerados fora da rede de prestadores de serviços do seguro-saúde.
- d. Processo de solicitação** – Pacientes que buscam assistência financeira precisarão solicitar a cobertura do MassHealth, Programa de Premium Assistance operado pelo Health Connector, Health Safety Net e Programa Children’s Medical Security. Os pacientes precisam preencher e enviar uma solicitação por meio da Health Insurance Exchange localizada no site do Health Connector do estado, uma solicitação em papel fornecida pelo MassHealth, ou uma solicitação por telefone com um representante de atendimento ao cliente localizado no MassHealth ou no Connector. Há assistência com o processo de solicitação disponível com um CAC (no UMass Memorial Medical Center, Inc. ou em outro lugar). A Agência do MassHealth ou o Health Connector processará todas as solicitações e notificará o indivíduo com relação à determinação de sua elegibilidade para o MassHealth ou qualificação para um Programa de Premium Assistance operado pelo Health Connector ou status de Paciente de Baixa Renda (Health Safety Net).

Em circunstâncias especiais, o UMass Memorial Medical Center, Inc. pode fazer a solicitação para o paciente usando um formulário específico designado pelo Escritório da Health Safety Net

para indivíduos que buscam cobertura de assistência financeira em caso de encarceramento, vítimas de abuso conjugal, falecidos, serviços confidenciais para menores de idade, status presumível de Paciente de Baixa Renda ou solicitação devido a uma dificuldade médica.

- e. Verificação de renda** – A renda familiar pode ser verificada por correspondência entre dados eletrônicos ou por verificações em papel. O MassHealth utiliza fontes de dados federais e estaduais para tentar fazer a correspondência com a renda indicada na solicitação. A renda será considerada verificada se a correspondência com os dados estaduais for razoavelmente compatível com a renda estadual. Se o MassHealth não for capaz de verificar a renda por meio de uma correspondência entre dados eletrônicos, ela precisará ser verificada por um ou mais dos seguintes:

i. Renda por trabalho:

1. Contracheques recentes
2. Uma declaração assinada do empregador
3. A restituição de imposto de renda federal mais recente
4. Outra fonte comparável

ii. Renda não por trabalho:

1. Uma cópia de um cheque ou contracheque recente da fonte de renda
2. Uma declaração da fonte de renda quando a correspondência não estiver disponível
3. A restituição de imposto de renda federal mais recente
4. Outra fonte comparável

- f. Verificação de identidade** - Os solicitantes precisam fornecer prova de sua identidade com, entre outros, documentos que contenham foto ou outras informações de identificação, como nome, idade, sexo, raça, altura, peso, cor dos olhos e endereço. Os documentos aceitos são:

i. Carteira de motorista emitida por um estado ou território

ii. Carteiras de identificação emitidas por uma escola, forças armadas, governo federal, estadual ou local, cartão de dependente de militar ou Marinha Mercante da Guarda Costeira dos EUA

iii. Passaportes dos EUA e estrangeiros

iv. Histórico clínico, médico, hospitalar ou escolar para crianças com menos de 19 anos de idade. Dois documentos forneçam informações consistentes com a identidade do solicitante, como, entre outros, diploma de ensino médio ou superior, certidões de casamento ou divórcio, escrituras, contratos de aluguel

v. O fato de uma agência federal ou estadual encontrar a identidade, se a agência tiver verificado a identidade

vi. Uma declaração assinada, sob pena de perjúrio, feita por outra pessoa que possa atestar de forma razoável a identidade de uma pessoa, caso não haja outra documentação disponível

V. **Programa de Assistência Financeira UMass Memorial Health Care**

Como parte do Sistema UMass Memorial Health Care, é política do UMass Memorial Medical Center, Inc. fornecer cuidados com descontos para pacientes qualificados de acordo com o IRS Seção 501 (r). Para os que tenham sido determinados aptos, o UMass Memorial Medical Center, Inc. não cobrará mais do que o montante originalmente faturado de um paciente que tenha cobertura de seguro para serviços urgentes, emergenciais e medicamente necessários. O departamento de Assessoria Financeira ao Paciente será o ponto de contato para fornecer aos pacientes a política por escrito, um resumo da política, o formulário de solicitação e assistência no processo de solicitação.

- a. **Processo de solicitação** Um solicitante de Assistência Financeira precisa enviar uma Solicitação de Assistência Financeira UMass Memorial Health Care preenchida e assinada. A solicitação precisa estar acompanhada de todas as verificações de renda obrigatórias.

Uma solicitação será suficiente para todos os integrantes da família listados na solicitação.

- b. **Elegibilidade** Para ser considerado apto para o Programa de Assistência Financeira UMass Memorial Health Care, o solicitante precisa cumprir os seguintes critérios:

- i. A renda e o tamanho da família precisa estar entre 0-600% do nível federal de pobreza.
- ii. Preencher e assinar uma solicitação de assistência financeira.
- iii. Fornecer verificação de renda para todos os integrantes pertinentes da família.
- iv. Solicitar assistência médica estadual ou governamental para a qual possa estar apto.
- v. Iniciar o processo de solicitação até 240 dias após a data da primeira fatura/demonstrativo.

c. **Solicitação completa**

Uma solicitação de Assistência Financeira será considerada uma “solicitação completa” quando os seguintes critérios forem satisfeitos:

- i. A solicitação foi recebida no Departamento de Assessoria Financeira ao Paciente.
- ii. O paciente/fiador ou um representante autorizado assinou a solicitação.
- iii. Todas as perguntas da solicitação foram respondidas.
- iv. Foi fornecida verificação de renda suficiente para realizar uma determinação de elegibilidade.

Uma solicitação completa será avaliada por um Assessor Financeiro para determinar a elegibilidade. Todas as solicitações serão analisadas por um Supervisor de Assessoria Financeira ao Paciente para aprovação final.

- i. Se todos os critérios de elegibilidade tiverem sido cumpridos, uma carta de aprovação será enviada ao solicitante/fiador, indicando o período de elegibilidade e o percentual de desconto.
- ii. Se nem todos os critérios de elegibilidade tiverem sido cumpridos, uma carta de indeferimento será enviada ao solicitante/fiador.
- iii. Solicitações que tenham sido aprovadas e processadas serão mantidas em um arquivo central no Escritório Comercial Central.

d. Solicitação incompleta

Se a solicitação de Assistência Financeira não estiver completa, um Assessor Financeiro enviará uma carta de acompanhamento ao paciente. Essa carta indicará as informações necessárias para processar a solicitação.

O solicitante/fiador precisa fornecer a documentação exigida até 30 dias contados do recebimento da carta de acompanhamento. Se as informações não forem recebidas dentro desse período, a solicitação será indeferida. Uma carta com o motivo do indeferimento será enviada ao solicitante.

Um período de carência de 30 dias será iniciado na data do indeferimento para que o solicitante/fiador forneça as informações adicionais. Ao fim do período de carência de 30 dias, uma nova solicitação precisará ser preenchida.

e. Verificações de renda

O solicitante/fiador precisa fornecer verificação de renda.

As verificações de renda aceitáveis são as seguintes:

- i. Os 2 contracheques mais recentes.
- ii. Uma cópia do demonstrativo ou cheque mais recente de pensão, seguro social, seguro-desemprego ou outro benefício de renda.
- iii. Para autônomos, o demonstrativo de lucros e prejuízos dos últimos 3 meses.
- iv. Uma cópia da restituição fiscal mais recente, contanto que não tenha mais de 6 meses.
- v. Uma declaração do empregador indicando a renda semanal bruta.
- vi. Para pensão alimentícia, uma cópia da sentença do tribunal ou uma conferência dos pagamentos recebidos.
- vii. Uma declaração assinada de dependência de um solicitante/parente que não tenha renda.

f. Período de elegibilidade

A elegibilidade à assistência financeira começará na data em que a solicitação preenchida e assinada for recebida no Departamento de Assessoria Financeira ao Paciente. A elegibilidade

ficará em vigor por um ano a contar da data da aprovação. Uma solicitação será considerada completa quando todos os critérios de elegibilidade forem cumpridos.

O período de elegibilidade também abrangerá um período de 12 meses retroativos a contar da data da aprovação. O mesmo período de elegibilidade se aplicará a todos os integrantes da família elegíveis listados na solicitação.

A Assistência Financeira será encerrada se, a qualquer momento, os critérios de elegibilidade mudarem de forma a tornar o solicitante não mais elegível. Isso pode ocorrer por mudanças na renda, no número de integrantes da família ou na elegibilidade de programas de assistência médica estaduais ou governamentais. Nesses casos, o solicitante será notificado por carta a respeito do encerramento da assistência. O motivo do encerramento será indicado.

g. Serviços elegíveis

Descontos de Assistência Financeira que tenham sido aprovados para o Programa de Assistência Financeira UMass Memorial Health Care se aplicarão apenas aos cuidados urgentes, emergenciais e medicamente necessários. Estes incluirão, entre outros, serviços de internação, observação e ambulatório e transporte por ambulância terrestre. São cobertos apenas cuidados emergenciais ou outros medicamente necessários fornecidos dentro do UMass Memorial Medical Center, Inc. pelo próprio UMass Memorial Medical Center, Inc.. Os descontos de Assistência Financeira se aplicam apenas aos cuidados prestados por funcionários do UMass Memorial Medical Center, Inc. e outros custos incorridos diretamente pelo UMass Memorial Medical Center, Inc..

h. Serviços não elegíveis

Serviços não medicamente necessários não serão elegíveis para o desconto de Assistência Financeira. Esses serviços incluem, entre outros, cirurgia estética, serviços de infertilidade, aparelhos auditivos e serviços sociais e de vocação. Serviços não medicamente necessários serão faturados com as cobranças completas.

O UMass Memorial Medical Center, Inc. não emprega médicos próprios. Cada médico ou outro profissional de saúde terceirizado, caso haja, fatura seus próprios serviços e segue seus próprios procedimentos de assistência financeira, faturamento e cobrança. Da mesma forma, os serviços prestados pelos médicos ou outros profissionais de saúde terceirizados não são cobertos pela Política de Assistência Financeira e Crédito e Cobrança do UMass Memorial Medical Center, Inc..

Consoante à disposição acima, os serviços prestados por médicos ou outros clínicos nas áreas de especialidades identificadas abaixo não são cobertos pela Política de Assistência Financeira e Crédito e Cobrança do UMass Memorial Medical Center, Inc.

Alergia e imunologia	Doenças infecciosas
Ambulância (ar/terra)	Medicina interna
Anestesiologia	Laboratório (Quest)
Audiologia	Nefrologia
Saúde comportamental	Neurologia
Cardiologia	Medicina do trabalho
Doença cardiovascular	Patologia (anatômica e clínica)

Medicina de cuidados críticos	Medicina física e reabilitação
Odontologia	Psiquiatria
Dermatologia	Pneumologia
Equipamento médico durável	Radiologia
Otorrinolaringologia	Medicina renal
Medicina emergencial	Medicina esportiva
Gastroenterologia	Cirurgia
Geriatría, cuidados paliativos e pós-agudo	Telemedicina
Hospitalista	Oftalmologia

i. Base para cálculo do montante cobrado

O UMass Memorial Medical Center, Inc. utilizará o método retroativo para determinar o percentual do montante geralmente faturado aos pacientes quanto à sua aplicabilidade à Política de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care. Uma combinação das cobranças e pagamentos do ano anterior para produtos comerciais e de seguro de saúde é usada para determinar a taxa de cobrança efetiva observada pelo UMass Memorial Medical Center, Inc. Atualmente, o montante cobrado de pacientes considerados elegíveis para o benefício do Programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care é de 30% das cobranças brutas.

De forma consistente com o disposto acima, o UMass Memorial Medical Center, Inc. não cobra de pacientes elegíveis para o benefício no Programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care o montante de suas cobranças brutas.

Pacientes qualificados para o Programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care e que tenham cobertura de seguro terão suas obrigações financeiras (como coparticipações e dedutíveis) após os pagamentos pelo seguro limitadas a não mais do que 30% das cobranças brutas totais.

Todos os sinistros de seguro, pagamentos e ajustes serão feitos e recebidos antes de qualquer desconto de assistência financeira ser aplicado.

j. Informação e assistência

Informações relativas à Política de Assistência Financeira do UMMH, Resumo em Linguagem Simples e Solicitação de Assistência Financeira estão disponíveis gratuitamente no site do UMMH e publicadas em locais do hospital e da clínica.

Também é possível obter gratuitamente informações adicionais relativas ao percentual e cálculo do AGB (Montante Geralmente Faturado) por escrito, além de assistência para a solicitação de nossos programas de Assistência Financeira. Entre em contato com:

Assessoria Financeira ao Paciente UMMH
67 Millbrook Street, Worcester, MA 01606
Telefone: 508-334-9300

E-mail interno do UMMH: Assessoria Financeira
E-mail externo: needinsurance@umassmemorial.org

A Política de Crédito e Cobrança e Assistência Financeira do UMass Memorial Medical Center, Inc., o resumo em linguagem simples e a solicitação também podem ser acessados em diversos idiomas no site do UMass Memorial Health Care: www.umassmemorialhealthcare.org, na seção Pacientes e Visitantes, Assessoria Financeira.

VI. Cobertura adicional e cuidados com desconto fornecidos pelo UMass Memorial Medical Center, Inc. aos pacientes

- a. **Continuação da cobertura** – Embora não coberto por meio do Escritório da Health Safety Net, o UMass Memorial Medical Center, Inc. continuará oferecendo cobertura de cuidados gratuitos para serviços medicamente necessários para Pacientes de Baixa Renda de Massachusetts aprovados para serviços de ambulância terrestre Worcester EMS apenas do UMMMM.
- b. **Desconto para pagamento à vista** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. pode conceder desconto para pacientes de qualquer nível de renda que paguem, ou garantam via cartão de crédito, seu saldo de pagamento particular antes ou imediatamente após a prestação dos serviços. O desconto reflete o valor temporal do dinheiro e o fato de se evitarem custos de faturamento e cobrança e o risco de crédito. O desconto padrão será de 20% da obrigação líquida do paciente. Nenhum desconto maior pode ser oferecido, a menos que baseado em circunstâncias singulares e aprovado pelo Vice-Presidente Associado (AVP) de Faturamento Hospitalar.

VII. Procedimentos de faturamento e cobrança

O UMass Memorial Medical Center, Inc. precisa administrar processos de faturamento e cobrança que sejam eficientes e eficazes para garantir os montantes devidos ao UMass Memorial Medical Center, Inc., para cumprir nossas obrigações financeiras e prosseguirmos em nossa missão de prestar um excelente cuidado de saúde aos pacientes e comunidades aos quais atendemos. Temos o compromisso de conduzir nossas práticas de faturamento e cobrança de maneira justa e respeitosa com nossos pacientes e suas famílias, conforme descrito abaixo.

Há Representantes de Serviços Financeiros aos Pacientes disponíveis por telefone para auxiliar os pacientes na resolução de suas faturas médicas.

- a. **Faturamento a pagadores terceiros** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. enviará pedidos de indenização por todos os serviços cobertos à seguradora de saúde de um paciente ou a outro pagador responsável, caso o paciente tenha fornecido essa informação oportunamente e precisamente. Esses pedidos de indenização serão enviados assim que possível após a alta ou a data do serviço. Os pacientes permanecem financeiramente responsáveis por todos os serviços não cobertos, coparticipações, montantes de cosseguro, dedutíveis e/ou outros montantes devidos de acordo com os termos de seu plano de benefícios, conforme determinado por sua seguradora de saúde. Os pacientes são responsáveis por entender e cumprir os requisitos de indicação, autorização e outros requisitos de cobertura de sua seguradora. Os pacientes também são responsáveis pelo pagamento de todos os serviços indeferidos por sua seguradora na medida em que permitido pelo contrato e pela regulamentação.

O Departamento de Faturamento do UMass Memorial Medical Center, Inc. empenhará todos os esforços razoáveis para solucionar contas com pagadores terceiros, incluindo o recurso de pedidos de indenização indeferidos. Relatórios de contas pendentes serão gerados rotineiramente,

analisados pela Equipe e pela Gerência de Faturamento do Hospital e buscados com os pagadores. Caso, apesar desses esforços, o UMass Memorial Medical Center, Inc. não receba o pagamento ou outra resolução adequada de um pagador sem contrato dentro de um prazo razoável, poderá ser enviada uma carta ao paciente, informando que a seguradora não solucionou o pedido de indenização. Se a conta permanecer não paga por um pagador sem contrato, o paciente pode estar sujeito ao Processo de Faturamento e Cobrança de Pagamento Particular na medida permitida pela lei. O UMass Memorial Medical Center, Inc. empenhará o mesmo esforço para cobrar contas de cuidados emergenciais para pacientes não segurados que empenha para cobrar contas de cuidados não emergenciais, sujeito aos termos desta Política e à legislação aplicável.

b. Processo de faturamento e cobrança para pagamento particular

- i.** Pacientes com responsabilidade de pagamento particular receberão uma fatura inicial descrevendo claramente os serviços pelos quais são responsáveis.
- ii.** Para todas as responsabilidades de pagamento particular que permanecerem não pagas após a fatura inicial, o paciente receberá uma série de demonstrativos mensais por ao menos 3 meses ou até que o débito seja solucionado. O último demonstrativo indicará que é uma notificação final. Uma notificação final por correio certificado será enviada ao paciente para saldos acima de US\$ 1.000 para cuidados emergenciais.
- iii.** Quando o demonstrativo de um paciente for devolvido devido à impossibilidade de entrega no endereço, o UMass Memorial Medical Center, Inc. tentará telefonar para o paciente para obter o endereço correto em todos os saldos acima de US\$ 1.000. Todos os saldos são enviados a um prestador de serviços para tentar localizar um endereço correto usando bancos de dados, como o NCOA (National Change of Address Association).
- iv.** A equipe de Serviços Financeiros ao Paciente ou funcionários designados telefonarão para todos os pacientes que tenham um saldo pendente de pagamento particular de US\$ 1.000 ou mais durante o processo normal de faturamento e cobrança para pagamento particular.
- v.** Notificações e/ou cartas adicionais podem ser enviadas para pacientes devedores durante o processo de faturamento e cobrança, para solucionar saldos pendentes.
- vi.** Todos esses esforços para cobrar saldos, além de todas as consultas iniciadas pelo paciente, serão documentados no sistema de faturamento computadorizado e ficarão disponíveis para análise por parte da Gerência.
- vii.** Se, após todas as ações acima, e se os departamentos de Serviços Financeiros ao Paciente e Liberação Financeira tiverem esgotado todos os esforços para determinar se um paciente cumpre os critérios de elegibilidade para participar dos programas de Assistência Financeira descritos nesta política, as ações abaixo serão realizadas.
- viii.** Contas que permaneçam não solucionadas após 120 dias e após os esforços de cobrança descritos acima serão analisadas para baixa como dívidas incobráveis da seguinte maneira:

<u>Saldo</u>	<u>Nível de análise</u>
US\$ 0-US\$ 3.000	Supervisor fará verificação pontual
US\$ 3.001-US\$ 10.000	Supervisor
US\$ 10.001-US\$ 50.000	Gerente
US\$ 50.000 ou mais	Diretor

- ix. O UMass Memorial Medical Center, Inc. verificará o Sistema de Verificação de Elegibilidade (EVS) do MassHealth para buscar pela cobertura antes de enviar pedidos de indenização ao Escritório da Health Safety Net para cobertura de dívidas incobráveis emergenciais de um serviço de cuidados emergenciais ou urgentes.
- x. Agências externas de faturamento/cobrança – O UMass Memorial Medical Center, Inc. poderá utilizar agências externas de faturamento e cobrança para ampliar os esforços para solucionar recebíveis pendentes e/ou transferir Contas com Dívidas Incobráveis para agências de cobrança externas para solução posterior. Todas as agências de cobrança que trabalham em nome do UMass Memorial Medical Center, Inc. se comprometerão por escrito a cumprir as práticas e normas de cobrança aprovadas pelo UMass Memorial Medical Center, Inc. e pela legislação aplicável.
- xi. Cosseguros, coparticipações e dedutíveis de serviços de saúde que sejam considerados dívidas incobráveis serão tratados de acordo com o processo de faturamento e cobrança para pagamento particular, conforme especificado acima, sujeito à legislação aplicável. As agências de cobrança externas empenharão novos esforços de cobrança por um período não inferior a 60 dias antes de devolver as contas ao UMass Memorial Medical Center, Inc. como incobráveis.

c. Ações de cobrança extraordinárias (ECA)

- i. O UMass Memorial Medical Center, Inc. não “venderá” a dívida do paciente a nenhuma agência terceirizada.
- ii. O UMass Memorial Medical Center, Inc. não realizará nenhuma “ação de cobrança extraordinária” até o momento em que tenha empenhado esforços razoáveis e seguido uma análise razoável da situação financeira do paciente e outras informações necessárias para determinar a elegibilidade a assistência financeira, que determinará se um paciente tem direito a assistência financeira ou isenção de qualquer atividade de cobrança ou faturamento de acordo com esta política de crédito e cobrança. O UMass Memorial Medical Center, Inc. poderá, com a aprovação do Conselho Fiduciário e o fornecimento de aviso por escrito com 30 dias de antecedência ao paciente, relatar a um serviço de classificação de crédito dívidas que permaneçam não pagas após todas as tentativas razoáveis de identificar a cobertura de saúde disponível, acesso a programas de descontos e/ou estabelecimento de planos de pagamento, conforme descrito nesta política, terem sido esgotadas. O Diretor Financeiro, com a aprovação do Conselho Fiduciário, tem autoridade final para determinar se o UMass Memorial Medical Center, Inc. empenhou todos os esforços razoáveis para determinar se um indivíduo é elegível a assistência financeira de acordo com a Política de Assistência Financeira do UMass Memorial Medical Center, Inc. O UMass Memorial Medical Center,

Inc. manterá toda a documentação usada nessa determinação de acordo com a política de retenção de registros aplicável do hospital.

- iii. Em nenhuma circunstância pacientes que tenham cumprido os critérios para Pacientes de Baixa Renda do estado serão considerados para indicação a um serviço de classificação de crédito.
- d. **Atendimento ao cliente** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. emprega uma equipe de Representantes de Serviços Financeiros ao Paciente para abordar dúvidas e preocupações dos pacientes relativas às suas contas. A equipe está disponível pelo telefone e pessoalmente de segunda a sexta-feira, das 9h às 16h30.
- e. **Planos de pagamento** – Indivíduos que expressem dificuldade de cumprir suas obrigações financeiras (após todas as opções de cobertura terem sido esgotadas) receberão a oferta de um plano de pagamento com orçamento mensal. Indivíduos com saldo de US\$ 1.000 ou menos receberão a oferta de pelo menos um plano de pagamento de um ano sem juros, com pagamento mensal mínimo de até US\$ 25. Indivíduos que tenham saldo superior a US\$ 1.000, após o depósito inicial, receberão a oferta de um plano de pagamento de dois anos sem juros. Planos de pagamento mais longos podem ser concedidos com a aprovação do gerente. Pacientes que deixem de fazer os pagamentos com orçamento mensal sem estabelecer um acordo alternativo estarão sujeitos aos processos normais de faturamento e cobrança para pagamento particular, incluindo encaminhamento a uma agência de cobrança externa.
- f. **Juros** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. não aplica juros sobre saldos para pagamento particular.
- g. **Exigências de depósito** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. não exigirá depósitos pré-admissão e/ou pré-tratamento para pacientes que precisem de serviços emergenciais ou urgentes ou que se determinem ser Pacientes da Health Safety Net/de Baixa Renda. O UMass Memorial Medical Center, Inc. se reserva o direito de solicitar depósitos antecipados nas seguintes situações:
 - i. Pacientes que recebam serviços estéticos eletivos ou não medicamente necessários podem precisar pagar um montante de até 100% da cobrança esperada antes do serviço.
 - ii. Pacientes que não tenham cobertura de seguro verificável e não se qualifiquem para o status de Paciente Health Safety Net/de Baixa Renda podem precisar fazer um depósito antecipado se o serviço a ser realizado for de natureza eletiva. O não cumprimento da exigência do depósito pode resultar no adiamento ou cancelamento do serviço, com a aprovação do médico em questão.
 - iii. Pacientes que viajem de países estrangeiros ao UMass Memorial Medical Center, Inc. para tratamento eletivo podem precisar pagar a conta completa estimada antecipadamente.
 - iv. Pacientes parciais da Health Safety Net podem ser solicitados a pagar até 20% ou US\$ 500, o que for menor, do montante dedutível para serviços não emergenciais.

- v. Pacientes parciais do Medical Hardship podem ser solicitados a pagar até 20% ou US\$ 1.000, o que for menor, do montante dedutível para serviços não emergenciais.
- vi. Pacientes segurados com cosseguro, dedutíveis de coparticipação ou outras responsabilidades de ônus do segurado de acordo com seu plano de benefícios podem ser solicitados a pagar determinados montantes, ou garanti-los por meio de cartão de crédito, antes do serviço.
- h. Penhores** – Como procedimento de rotina, o UMass Memorial Medical Center, Inc. apenas invocará o direito de penhora para assegurar a participação do UMass Memorial Medical Center, Inc. em acordos com terceiros ou conforme necessário para assegurar a participação do UMass Memorial Medical Center, Inc. durante processos legais. Nenhum direito de penhora será iniciado a residência principal ou veículo motorizado principal do paciente antes da aprovação prévia por escrito do Conselho Fiduciário do UMass Memorial Medical Center, Inc. Todas as aprovações do Conselho Fiduciário serão feitas caso a caso, e um aviso com 30 dias de antecedência será fornecido ao paciente.
- i. Acidentes com veículos motorizados/ônus de terceiros** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. enviará um pedido de indenização ao Escritório da Health Safety Net (HSNO) para Pacientes de Baixa Renda feridos em acidentes com veículos motorizados apenas após investigar se o paciente, motorista e/ou proprietário do veículo motorizado tem uma apólice de seguro de veículo motorizado. O UMass Memorial Medical Center, Inc. empenhará os esforços razoáveis para obter informações sobre o seguro com o paciente e reterá evidências desses esforços, incluindo documentação de telefonemas e cartas ao paciente. O UMass Memorial Medical Center, Inc. reembolsará ao Escritório da Health Safety Net por todos os pagamentos recebidos caso se identifique um recurso terceirizado e o UMass Memorial Medical Center, Inc. receba o pagamento.
- j. Falência** – Pacientes que deem entrada em pedido de falência terão toda a atividade de faturamento e cobrança interrompida mediante recebimento do Aviso de Falência.
- k. Direitos e responsabilidades dos pacientes** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. informará a determinados pacientes a respeito de seus direitos e responsabilidades em cada momento no qual o paciente interaja com a equipe de cadastro, conforme indicado abaixo.
 - i.** O UMass Memorial Medical Center, Inc. informará aos pacientes o direito de:
 1. Solicitar a determinação para o MassHealth, um Programa de Pagamento Premium Assistance operado pelo Health Connector, um Plano de Saúde Qualificado, Medical Hardship e Health Safety Net.
 2. Um plano de pagamento, conforme descrito em nosso processo de faturamento e cobrança para pagamento particular.
 - ii.** Pacientes que recebam Serviços Elegíveis da Health Safety Net precisam:
 1. Fornecer toda a documentação necessária.
 2. Informar ao MassHealth ou ao UMass Memorial Medical Center, Inc. a respeito de todas as mudanças na renda doméstica/familiar, seguro-saúde e status de ônus de terceiros.

3. Monitorar o dedutível familiar anual, conforme determinado para pacientes com renda entre 150% e 300% do nível federal de pobreza e fornecer documentação ao UMass Memorial Medical Center, Inc. comprovando que o dedutível foi atingido quando mais de um integrante do PBFGB for considerado elegível ou se o paciente o integrante da família receber serviços da Health Safety Net de mais de um prestador.
 4. Notificar ao Escritório da Health Safety Net Office ou ao MassHealth por escrito em até 10 dias após dar entrada em qualquer processo ou reivindicação de seguro que vá cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital. Além disso, o paciente precisa atribuir os direitos a um pagamento terceirizado à Agência do MassHealth, que cobrirá os custos dos serviços pagos pelo Escritório da Health Safety Net ou pelo MassHealth e dará entrada em um pedido de compensação.
 5. Reembolsar ao Escritório da Health Safety Net todo o montante recebido de um terceiro com relação a um acidente ou incidente pelo serviço médico pago pelo Escritório da Health Safety Net.
 6. O Escritório da Health Safety Net recuperará diretamente do paciente apenas quando este tiver recebido pagamento de um terceiro para os serviços médicos pagos pelo Escritório da Health Safety Net.
 7. O Escritório da Health Safety Net pode solicitar que o Departamento de Receita intercepte pagamentos a um paciente pelos serviços prestados para um pedido de indenização enviado e pago pela Health Safety Net pela Dívida Incobrável Emergencial
- I. Isenção da ação de faturamento e cobrança para pagamento particular** – O UMass Memorial Medical Center, Inc. não iniciará atividade de faturamento e cobrança para pagamento particular nas seguintes situações:
- i. Mediante comprovação suficiente de que um paciente é destinatário de Auxílio Emergencial a Idosos, Deficientes e Crianças (EAEDC), ou está inscrito no MassHealth, Health Safety Net, Children's Medical Security Plan cuja renda familiar seja igual ou inferior a 300% do FPL ou designação de Paciente de Baixa Renda, exceto para pacientes de Baixa Renda apenas Odontológicos, conforme determinado pelo escritório do Medicaid, com exceção de coparticipações e dedutíveis exigidos de acordo com o Programa de Assistência.
 - ii. O hospital pôs a conta em status de suspensão jurídica ou administrativa e/ou acordos de pagamento específicos foram feitos com o paciente ou o fiador.
 - iii. Contas de Medical Hardship que excedam a contribuição para o Medical Hardship.
 - iv. Contribuições para o Medical Hardship que permaneçam pendentes durante o período de elegibilidade do paciente para o MassHealth ou Paciente de Baixa Renda.
 - v. A menos que o UMass Memorial Medical Center, Inc. tenha verificado o sistema EVS para determinar se o paciente deu entrada em uma solicitação ao MassHealth.
 - vi. Para pacientes elegíveis para o Health Safety Net Parcial, exceto pelos dedutíveis exigidos.

O UMass Memorial Medical Center, Inc. iniciará a atividade de faturamento e cobrança para pagamento particular para pacientes elegíveis à Health Safety Net e de Medical Hardship mediante sua solicitação para:

- i. Serviços não medicamente necessários prestados com os quais o paciente tenha assentido por consentimento por escrito ou
- ii. Para permitir que o paciente cumpra o Dedutível Único do Common-Health exigido.

Glossário

Dívida incobrável

Uma conta a receber com base nos serviços prestados a um paciente que seja considerada incobrável, após esforços de cobrança razoáveis consistentes com os requisitos de 101 CMR 613.06; cobrado como perda de crédito; não a obrigação de uma unidade pública ou do governo federal ou de qualquer agência do mesmo; e não um Serviço de Saúde Reembolsável.

Nível federal de pobreza (FPL)

As diretrizes federais de renda para pobreza emitidas anualmente no Federal Register.

Children's Medical Security Plan (CMSP)

Um programa de serviços de saúde pediátrica primária e preventiva para crianças aptas, desde o nascimento até os 18 anos de idade pela Agência do MassHealth de acordo com M.G.L. c. 118E, § 10F.

Ação de cobrança

Qualquer atividade por meio da qual um Prestador de Serviços ou agente designado solicita pagamento por serviços de um paciente, o fiador de um paciente ou um terceiro responsável pelo pagamento. Ações de cobrança incluem atividades como depósitos pré-admissão ou pré-tratamento, demonstrativos de faturamento, cartas de acompanhamento de cobrança, contatos telefônicos, contatos presenciais e atividades de agências e advogados de cobrança.

Serviços elegíveis

Serviços elegíveis para pagamento da Health Safety Net de acordo com 101 CMR 613.03. Entre os serviços elegíveis estão Serviços de Saúde Reembolsáveis para Pacientes de Baixa Renda; Medical Hardship; e Dívida Incobrável, conforme especificados em 101 CMR 613.00 e 614.00: *Pagamentos e financiamentos da Health Safety Net*.

Condição médica emergencial

Uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas de suficiente gravidade, incluindo dor severa, para os quais um leigo prudente, dotado de conhecimento médio de saúde e medicina, possa esperar que a ausência de cuidados médicos imediatos coloque a saúde da pessoa ou de outra pessoa em sério risco, deterioração grave da função corporal ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou, com relação a uma grávida, conforme ainda definido em 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

Serviços de emergência

Serviços medicamente necessários prestados a um indivíduo com uma condição médica emergencial.

EMTALA

O Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Lei de Tratamento Médico Emergencial e Trabalho de Parto) federal, de acordo com 42 U.S.C. § 1395dd

EVS

O Sistema de Verificação de Elegibilidade do MassHealth.

Nível federal de pobreza (FPL)

As diretrizes federais de renda para pobreza emitidas anualmente no *Federal Register*.

Programas de assistência financeira

Um programa de assistência financeira é aquele cuja função é auxiliar pacientes de baixa renda que, de outra maneira, não têm capacidade de pagar por seus serviços de saúde. Essa assistência deve levar em consideração a capacidade que cada indivíduo tem de contribuir para o custo de seus cuidados, incluindo uma análise de todas as fontes de renda familiar e outras situações de seguro. Levam-se em consideração também pacientes que esgotaram seus benefícios de seguro e/ou que tenham excedido os critérios de elegibilidade financeira, mas que enfrentam custos médicos extraordinários. Um programa de assistência financeira não substitui um programa de seguro patrocinado pelo empregador, de assistência financeira pública ou pago individualmente.

Renda bruta

O total da renda recebida, por trabalho ou não, como remunerações, salários, aluguéis, pensões ou juros, recebida de qualquer fonte, independentemente de deduções.

Fiador

Uma pessoa ou grupo de pessoas que assume a responsabilidade de pagar por todo ou parte do custo dos serviços de um Prestador de Serviços.

Serviços de saúde

Serviços de nível hospitalar (prestados em um ambiente de internação ou ambulatorial) que se espera razoavelmente que evitem, diagnostiquem, previnam a deterioração de, aliviem, corrijam ou curem condições que representam risco à vida, causam sofrimento ou dor, causam deformidade ou mau funcionamento físico, ameaçam causar ou agravar uma deficiência ou resultam em doença ou enfermidade.

Health Connector

Commonwealth Health Insurance Connector Authority ou Health Connector estabelecido de acordo com M.G.L. c. 176Q, § 2.

Plano de seguro-saúde

Medicare, MassHealth, o Programa de Pagamento Premium Assistance operado pelo Health Connector, um Plano de Saúde Qualificado, ou um contrato individual ou em grupo, ou outro plano que forneça cobertura de serviços de saúde emitido por uma seguradora de saúde, conforme definido em M.G.L. c. 175, 176A, 176B, 176G ou 176I.

Health Safety Net

O programa de pagamento estabelecido e administrado de acordo com M.G.L. c. 118E, §§ 8A e 64 a 69 e regulamentações promulgadas sob o mesmo, além de outras legislações aplicáveis.

Escritório da Health Safety Net

O escritório dentro do Office of Medicaid estabelecido de acordo com M.G.L. c. 118E, § 65.

Health Safety Net – Partial

Um Paciente de Baixa Renda elegíveis para o Health Safety Net – Primário ou Health Safety Net - Secundário que documente a renda familiar MAGI do MassHealth MAGI ou Renda Computável Familiar de Medical Hardship, conforme descrito em 101 CMR 613.04(1) entre 150,1% e 300% do FPL, é considerado Health Safety Net – Parcial, conforme descrito em 101 CMR 613.04(4)(b)3.

Serviços hospitalares

Serviços listados em uma licença de um Hospital de Cuidados Agudos pelo Department of Public Health. Não inclui serviços prestados em unidades de cuidados de transição; serviços prestados em instalações de enfermagem; e serviços de homecare, ou serviços licenciados separadamente, incluindo programas de tratamento residencial e serviços de ambulância.

Paciente de Baixa Renda

Um indivíduo que cumpre os critérios de 101 CMR 613.04(1).

MassHealth

Os programas de assistência médica e benefícios administrados pela Agência do MassHealth de acordo com o Título XIX do Social Security Act (Lei de Segurança Social) (42 U.S.C. 1396), Título XXI do Social Security Act (42 U.S.C. 1397), M.G.L. c. 118E, e outras leis e concessões para fornecer e pagar por serviços médicos a membros aptos.

Agência do MassHealth

O Escritório Executivo dos Serviços Humanos e de Saúde de acordo com as disposições de M.G.L. c. 118E.

Medical Hardship

Tipo de elegibilidade da Health Safety Net disponível a Residentes de Massachusetts em qualquer nível de Renda Computável cujas despesas médicas permitidas tenham esgotado de tal maneira sua Renda Computável que ele seja incapaz de pagar pelos Serviços Elegíveis descritos em 101 CMR 613.05.

Serviço medicamente necessário

Um serviço que se espera razoavelmente que evite, diagnostique, previna a deterioração de, alivie, corrija ou cure condições que representam risco à vida, causam sofrimento ou dor, causam deformidade ou mau funcionamento físico, ameaçam causar ou agravar uma deficiência ou resultam em doença ou enfermidade. Serviços medicamente necessários incluem serviços de internação e ambulatoriais, conforme autorizados de acordo com o Título XIX do Social Security Act.

Prestador de serviço

Um Hospital de Cuidados Agudos ou Centro de Saúde Comunitário que presta Serviços Elegíveis.

Residente

Uma pessoa que mora no Commonwealth of Massachusetts com a intenção de permanecer, conforme definido por 130 CMR 503.002(A) a (D). Pessoas que não são consideradas residentes são indivíduos que vêm ao estado de Massachusetts para fins de receber cuidados médicos em um ambiente que não uma instalação de enfermagem e que mantenham uma residência fora do estado de Massachusetts; pessoas cujo paradeiro é desconhecido; ou

Presidiários de instituições penais, exceto nas seguintes circunstâncias: estão internados em uma instalação médica; ou estão morando fora da instituição penal, estão em liberdade condicional ou prisão domiciliar e não estejam retornando à instituição para passar a noite.

Terceiro

Um indivíduo, entidade ou programa que seja ou possa ser responsável por pagar todo ou parte do custo de serviços médicos.

Paciente subsegurado

Um paciente cujo plano de seguro-saúde ou plano de seguro individual não pague, no todo ou em parte, os Serviços de Saúde que são elegíveis para pagamento a partir do Fundo Fiduciário da Health Safety Net, contanto que o paciente cumpra as normas de elegibilidade estabelecidas em 101 CMR 613.04.

Paciente não segurado

Um paciente que seja residente do Commonwealth, que não esteja coberto por um plano de seguro-saúde ou um plano de seguro individual e não esteja apto a um programa de assistência médica. Um paciente que tenha uma apólice de seguro-saúde ou seja membro de um programa de seguro-saúde ou de benefícios que exija que tal paciente faz o pagamento de dedutíveis ou coparticipações ou que não cubra determinados serviços ou procedimentos médicos é um paciente não segurado.

Serviços de cuidados urgentes

Serviços medicamente necessários prestados em um Hospital de Cuidados Agudos ou Centro de Saúde Comunitário após o início repentino de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de suficiente gravidade (incluindo dor severa), para os quais um leigo prudente acreditaria que a ausência de cuidados médicos em até 24 horas imediatos poderia pôr a saúde do paciente em risco, deterioração da função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Serviços de cuidados urgentes são prestados para condições que não representem ameaça à vida e não representem alto risco de danos graves à saúde de um indivíduo. Serviços de cuidados urgentes não incluem cuidados primários ou eletivos.