

UMass Memorial Medical Center

Financial Assistance and Credit and Collection Policy December 13, 2017 (Portuguese)

Política de Assistência Financeira, Crédito e Cobrança

13 de dezembro de 2017

Aprovada por:
Nome: Therese Day
Cargo: Diretora Financeira - Medical Center
Data: 7/12/17

Adesão pelo conselho:
Data: 13/12/17

Contato:
James W. Graves
Diretor Sênior de Serviços Financeiros do Paciente
Telefone: 508-334-1501
E-mail: James.Graves@umassmemorial.org

ÍNDICE

Política	3
Procedimentos gerais	3
Prestação de serviços de assistência médica	3-5
I. Serviços de emergência e urgência	3-4
II. Serviços médicos necessários que não são de emergência nem urgência (“Opcionais”)	5
III. Eventos relatáveis	4
Coleta de informações financeiras dos pacientes	5-6
I. Pacientes com plano de saúde ou seguro	5
II. Pacientes sem plano de saúde ou seguro.....	6
Assistência financeira	6-12
I. Health Safety Net.....	7-10
II. Processo de solicitação	10
III. Exclusões da cobertura estadual	10
IV. Comprovante de renda	11
V. Subsídio Médico	9-11
VI. Programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care System	12-16
VII. Cobertura adicional e assistência médica com desconto fornecidas pelo UMMMM aos pacientes	16
Procedimentos de faturamento e cobrança	16-21
I. Cobrança de pagadores terceiros	16
II. Processo de faturamento e cobrança pelo próprio paciente	17-18
III. Atendimento ao cliente	18
IV. Planos de pagamento.....	18
V. Juros	18
VI. Requisitos de depósito	18-19
VII. Garantias	19
VIII. Acidentes com veículos automotores.....	19
IX. Falência.....	19
X. Direitos e responsabilidades dos pacientes	19-20
XI. Isenção da ação de faturamento e cobrança pelo próprio paciente	20-21

Política do UMass Memorial Medical Center

1130 Política de Assistência Financeira, Crédito e Cobrança	
Elaborada por: James Graves, Diretor Sênior de Serviços Financeiros do Paciente	Data da aprovação: 13/12/2017 Aprovada por: Therese Day, CFO
Aplicável a: todos os funcionários que trabalham com operações de ciclos de renda	Rescisão: Substitui a política de: 08/04/2016
Palavras-chave: cobrança de crédito, liquidação duvidosa, assistência financeira e Health Safety Net	

Política:

A Política de Crédito e Cobrança define as normas por meio das quais o UMass Memorial Medical Center, Inc. administrará a coleta de informações financeiras e de planos de saúde ou seguros dos pacientes, a determinação da qualificação para Assistência Financeira e os processos de faturamento e cobrança de acordo com (1) as regulamentações 101 CMR 613.00 dos Serviços Qualificados da Health Safety Net da Diretoria Executiva de Serviços de Saúde e Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS); (2) os Requisitos de Liquidação Duvidosa do Medicare (42CFR 413.89) dos centros de serviços Medicare e Medicaid, 13J do Manual de Reembolso de Prestadores do Medicare (Parte 1, Capítulo 3); e (3) a Seção do Código de Receita Interna 501 (R) conforme a seção 9007 (a) da Lei Federal de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente (Pub. L. N° 111-148) e conforme o esclarecimento do IRS em 29 de dezembro de 2015 sobre a comunicação dessas informações no formulário IRS 990 do hospital. A política de Assistência Financeira, Crédito e Cobrança será arquivada eletronicamente no Health Safety Net Office de acordo com os requisitos da regulamentação.

O UMass Memorial Medical Center, Inc. não faz distinção de raça, cor, nacionalidade, cidadania, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade nem deficiência em nenhuma de suas políticas relacionadas à aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos pré-internação ou pré-tratamento, planos de pagamento, internações aceitas ou recusadas ou status de paciente de baixa renda.

I. Prestação de serviços de assistência médica:

- A. Garantir que todos os pacientes que se apresentam ao UMass Memorial Medical Center (UMMMC) solicitando exame ou tratamento de um quadro clínico de emergência passem por exame médico e estabilização adequados e, se necessário, transferência de acordo com a Lei de Tratamento Médico de Emergência e do Trabalho Ativo (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).

O UMMC não realizará atividades que desestimulem os indivíduos a procurar atendimento médico de emergência. Isso inclui atraso em exames médicos adequados ou exames e tratamentos médicos adicionais para estabilizar o quadro clínico a fim de perguntar sobre o método de pagamento e o status do plano de saúde ou seguro do indivíduo ou para coletar assinaturas de responsabilidade financeira ou em um formulário avançado de notificação do beneficiário. O UMMC não permitirá atividades de cobrança de dívidas no departamento de emergência ou em outras áreas do hospital onde essas atividades possam interferir na prestação de serviços médicos de emergência. A solicitação de copagamentos de plano de saúde ou seguro não será feita antes do exame médico e da estabilização.

1. Os serviços de emergência abrangem:
Serviços médicos necessários fornecidos após o surgimento de um quadro clínico, seja físico ou mental, que se manifeste por meio de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor intensa, sendo que a ausência de atendimento médico imediato que poderia ser esperado por um leigo prudente que possui conhecimento médio de saúde e medicina colocaria a saúde da pessoa ou de outra pessoa em grave risco, causaria graves danos às funções corporais ou grave disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo ou, em relação a grávidas, conforme definido na seção 1867(e) (1) (B) da Lei do Seguro Social (Social Security Act), 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). O exame médico e o tratamento subsequente de um quadro clínico de emergência ou qualquer outro serviço prestado de acordo com a EMTALA federal (42 USC 1395(dd)) se qualifica como serviço de emergência.
2. Os serviços de urgência abrangem:
Serviços médicos necessários fornecidos após o surgimento repentino de um quadro clínico, seja físico ou mental, que se manifeste por meio de sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa), sendo que um leigo prudente acreditaria que a ausência de atendimento médico dentro de 24 horas poderia colocar a saúde do paciente em risco, causar danos às funções corporais ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de urgência são fornecidos para quadros que não ameaçam a vida e que não apresentam um alto risco de danos graves à saúde do indivíduo, mas que necessitam de atendimento médico imediato.

Observação sobre a EMTALA:

De acordo com os requisitos federais, a EMTALA é acionada para qualquer pessoa que chegue ao hospital solicitando exame ou tratamento de um serviço de emergência (quadro clínico de emergência) ou que entre no departamento de emergência solicitando exame ou tratamento de um quadro clínico. Geralmente, pessoas sem hora marcada se apresentam ao departamento de emergência. No entanto, pessoas sem hora marcada que solicitam atendimento para um quadro clínico de emergência quando se apresentam a outra unidade hospitalar, clínica ou outra área auxiliar também podem estar sujeitas ao exame médico de emergência de acordo com a EMTALA. O exame e o tratamento de condições médicas de emergência ou qualquer outro serviço prestado de acordo com a EMTALA serão fornecidos ao paciente e serão qualificados como serviços médicos de emergência. A determinação de que há ou não um quadro clínico de emergência é feita pelo médico responsável pelo exame ou por outros funcionários qualificados do hospital, conforme documentado no prontuário médico. A determinação de que há ou não um quadro clínico urgente ou primário também é feita pelo médico responsável pelo exame ou por outros funcionários qualificados do hospital, conforme documentado no prontuário.

- B. Serviços médicos necessários que não são de emergência nem urgência (“Opcionais”) -**
Para pacientes que (1) chegam ao hospital procurando atendimento para situações que não são de emergência nem urgência ou que (2) procuram atendimento adicional após a estabilização de um quadro clínico de emergência, o UMMMM coletará as informações financeiras, ajudará o paciente com a obtenção ou verificação da cobertura dos serviços e/ou tomará outras providências financeiras descritas aqui.

Serviços opcionais: serviços médicos necessários que não atendem à definição de emergência ou urgência descrita acima. Geralmente, são serviços de atendimento primário/especialidade ou procedimentos médicos agendados com antecedência pelo paciente ou pelo profissional de saúde.

- C. **Eventos graves relatáveis** - O UMMMC cumpre os requisitos de cobrança aplicáveis, como os requisitos do Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health), em relação ao não pagamento de certos eventos graves relatáveis. O UMMMC não cobrará nenhum paciente, inclusive os de baixa renda, pelos pedidos relacionados a eventos graves relatáveis.

II. **Coleta de informações financeiras dos pacientes**

O UMMMC envidará esforços razoáveis e tentará obter todas as informações financeiras, demográficas, de plano de saúde ou seguro e de responsabilidade por terceiros dos pacientes antes de os serviços opcionais serem prestados, conforme descrito abaixo. Essas informações serão coletadas dos pacientes que exigem atendimento de emergência ou urgência o mais rápido possível, mas apenas quando permitido pela EMTALA.

- A. **Pacientes com plano de saúde ou seguro** - Para pacientes com plano de saúde ou cobertos por seguro de compensação dos trabalhadores, seguradora de automóveis ou qualquer outro terceiro responsável pelo pagamento dos serviços fornecidos, o UMMMC envidará seus melhores esforços para coletar todas as informações exigidas para enviar um pedido à operadora do plano de saúde ou seguro pelos serviços prestados.
1. **Verificação do plano de saúde ou seguro** - Sempre que possível, o UMMMC verificará a elegibilidade do plano de saúde ou seguro do paciente por meio eletrônico ou telefônico, além do Sistema de Verificação de Elegibilidade do MassHealth (Eligibility Verification System, EVS) para verificar a elegibilidade em um programa de atendimento público antes da chegada do paciente em cada data de serviço. Quando isso não acontecer, a elegibilidade será verificada na chegada ou posteriormente assim que possível, por meio eletrônico/telefônico e/ou análise do cartão do plano de saúde ou seguro do paciente.
 2. **Requisitos de indicação e autorização** - O UMMMC tentará garantir e/ou verificar todas as indicações e autorizações exigidas pela operadora do plano de saúde ou seguro do paciente antes da prestação dos serviços.
 3. **Copagamentos/Cosseguo/Franquias/Serviços não cobertos** - Quando um paciente segurado for responsável por parte da cobrança, o UMMMC tentará, quando aceitável, recolher esse valor ou estabelecer providências de pagamento antes da prestação dos serviços. Se não for possível recolher o valor devido antes do serviço, o UMMMC o fará por meio do processo de faturamento e cobrança.
 4. **Formulários obrigatórios** - Todos os pacientes segurados terão que assinar um formulário de Atribuição de Benefícios (Assignment of Benefits, AOB) e quaisquer outros formulários exigidos pela operadora do plano de saúde ou seguro ou pela regulamentação a fim de faturar e cobrar da seguradora ou do plano de saúde. Se o UMMMC não conseguir obter um AOB assinado, o paciente será responsável pela cobrança total.

B. Pacientes sem cobertura de plano de saúde ou seguro - O UMMMC tentará auxiliar todos os pacientes registrados como “próprio pagador” com a identificação e a garantia da cobertura e/ou estabelecerá um plano de pagamento pelos valores determinados como responsabilidade do paciente.

1. Afixaremos placas em inglês, espanhol, português, albanês, árabe e vietnamita informando os pacientes sobre a disponibilidade de Assistência Financeira e quem eles devem contatar para obter auxílio com a solicitação. Essas placas serão afixadas em locais claramente visíveis com alto fluxo de pacientes, inclusive nas seguintes áreas:
 - a. Serviço de admissão e áreas de espera
 - b. Registro de pacientes ambulatoriais e áreas de espera
 - c. Registro de emergência e áreas de espera
 - d. Escritórios de aconselhamento financeiro localizados no UMMMC
 - e. Escritório de atendimento ao cliente de serviços financeiros do paciente
2. Folhetos individuais informando sobre a disponibilidade da Assistência Financeira aos pacientes qualificados estarão disponíveis em todos os locais de internação, registro e aconselhamento financeiro.
3. Todos os pacientes da clínica ambulatoria e pacientes com agendamento para procedimento opcional, registrados como próprios pagadores, serão indicados a um assessor de solicitação certificado. Todos os pacientes internados registrados como os próprios pagadores receberão a visita de um assessor de solicitação certificado durante a internação ou serão contatados depois de receberem alta.
4. As contas iniciais do paciente e todos os extratos subsequentes incluirão um aviso alertando sobre a disponibilidade de Assistência Financeira e um número de telefone para chamadas.

III. Programas de Assistência Financeira do Commonwealth de Massachusetts

O UMMMC oferece ampla assistência financeira aos pacientes com base no nível de renda familiar e em outros critérios descritos abaixo. O UMMMC tem contratos com a Diretoria Executiva de Serviços de Saúde e Humanos (Executive Office of Health and Human Services) (MassHealth) e com o Commonwealth Health Insurance Connector Authority (Connector), sendo considerada uma Organização Certificada de Aconselhamento de Solicitação. O UMMMC emprega uma ampla equipe de Conselheiros de Solicitação Certificados (Certified Application Counselors, CAC), que está disponível no UMMMC para ajudar os indivíduos que procuram ajuda para se inscreverem na Assistência Financeira.

Para ajudar os pacientes com a cobertura da assistência financeira adequada, os CAC:

- fornecerão informações sobre todos os programas disponíveis;
- fornecerão aos pacientes as solicitações adequadas do MassHealth, Health Safety Net, Programa de Segurança Médica para Crianças (Children’s Medical Security Program), Programas de Pagamento de Assistência a Prêmios (Premium Assistance Payment Programs) operados pelo Health Connector, Subsídio Médico (Medical Hardship) e outros tipos de assistência financeira que podem cobrir todas ou algumas contas médicas não pagas;
- ajudarão os pacientes no processo de solicitação e renovação;
- trabalharão com os pacientes para obter a documentação necessária;

- envidarão esforços razoáveis para acompanhar o estado da solicitação até a determinação final;
- ajudarão os pacientes a se inscreverem em um plano de saúde;
- oferecerão e fornecerão assistência de registro como eleitor.

A. Health Safety Net - A lei de Massachusetts fornece cobertura de serviços de atendimento médico por meio da Health Safety Net para pacientes de baixa renda com base na residência em Massachusetts, verificação de identidade e Renda Bruta Ajustada do MassHealth (MassHealth Adjusted Gross Income, MAGI) ou Renda Familiar Contabilizável de Subsídio Médico (Medical Hardship Family Countable Income) igual ou inferior a 300% das Diretrizes Federais de Renda de Pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPIG).

Os indivíduos não são elegíveis para a Health Safety Net se tiverem:

- sido considerados elegíveis para o MassHealth ou um Programa de Pagamento de Assistência a Prêmios operado pelo Health Connector, inclusive o programa de assistência superior, e não tiverem se inscrito ou se a cobertura tiver terminado devido ao não pagamento dos prêmios;
- acesso à cobertura do plano de saúde pago pelo empregador que é considerado acessível com a exceção do período de carência.

1. **Health Safety Net - Principal** - Pacientes não segurados com renda familiar MAGI MassHealth verificada ou Renda Familiar Contabilizável de Subsídio Médico de 0 a 300% da FPIG podem ser considerados pacientes de baixa renda com base nas Diretrizes da EOHHS e são elegíveis para os Serviços Elegíveis da Health Safety Net, sujeitos às estipulações abaixo.
 - a. Os pacientes de baixa renda elegíveis para solicitação em um Programa de Pagamento de Assistência a Prêmios operado pelo Health Connector são qualificados por um período de 100 dias a partir da Data de Cobertura Médica do paciente.
 - b. Alunos sujeitos aos requisitos estaduais do Programa de Saúde dos Alunos (Student Health Program) não são elegíveis para a Health Safety Net - Principal.
2. **Health Safety Net - Secundária**. Pacientes com outros planos de saúde principais, inclusive alunos inscritos em um Plano de Saúde de Alunos e com renda familiar MAGI MassHealth verificada ou Renda Familiar Contabilizável de Subsídio Médico de 0 a 300% da FPIG podem ser considerados pacientes de baixa renda e elegíveis para a Health Safety Net - Secundária, sujeitos às exceções abaixo.
 - a. A Health Safety Net - Secundária cobrirá apenas os serviços odontológicos de indivíduos inscritos e não cobertos por um Programa de Assistência a Prêmios operado pelo Health Connector a partir do 101º dia da Data de Cobertura Médica.
 - b. A Health Safety Net - Secundária cobrirá apenas os serviços odontológicos adultos fornecidos por centros de saúde da comunidade, centros de saúde licenciados por hospitais ou clínicas satélite para indivíduos inscritos no MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus e Assistência Familiar (Family Assistance), excluindo Assistência Familiar para Crianças do MassHealth (MassHealth Family Assistance-Children).

3. **Health Safety Net - Parcial** - Pacientes de baixa renda elegíveis para Health Safety Net Principal ou Health Safety Net Secundária com renda familiar MAGI MassHealth verificada ou Renda Familiar Contabilizável de Subsídio Médico entre 150% e 300% da FPIG podem ser elegíveis para a Health Safety Net - Parcial com uma franquia familiar anual. A franquia anual será aplicada se a renda do Grupo Familiar de Cobrança de Prêmio (Premium Billing Family Group, PBFPG) de todos os membros for maior que 150% do limite da linha de pobreza federal (FPL). Se elegível, a franquia anual será igual ao maior entre:

1. 40% da diferença entre a renda familiar MAGI MassHealth mais baixa ou a Renda Familiar Contabilizável de Subsídio Médico no PBFPG do solicitante, e 200% do FPL.
2. O prêmio de custo mais baixo do Programa de Assistência a Prêmios operado pelo Health Connector em relação ao tamanho da família e ao nível de renda no início do ano civil.

Se algum membro do PBFPG tiver uma renda abaixo de 200% da FPIG, não haverá franquia para nenhum membro do PBFPG. As despesas deste valor de franquia ficarão isentas de faturamento e cobrança.

Os Conselheiros de Solicitação Certificados do UMMMC monitorarão as despesas reembolsáveis permitidas até o paciente atingir a franquia. Se o paciente tiver recebido serviços de mais de um fornecedor, será responsabilidade do paciente monitorar o valor da franquia e notificar o UMMMC quando a franquia for atingida. Copagamentos e despesas farmacêuticas não se aplicam à franquia.

A equipe de cobrança do UMMMC monitora os pagamentos de franquias. Se um paciente ou uma família não arcar com a responsabilidade pela franquia, o UMMMC seguirá os procedimentos de faturamento e cobrança das contas de próprios pagadores, conforme descrito na seção relacionada nesta política. O processo de solicitação, as exclusões de coberturas estaduais e os procedimentos de comprovação de renda são os mesmos da Health Safety Net - Principal.

4. **Health Safety Net- Elegibilidade Presumível** - Às vezes, um paciente pode se qualificar para a Health Safety Net e não conseguir preencher uma solicitação completa na data do serviço. O UMMMC pode determinar que o indivíduo seja um paciente de baixa renda de acordo com as diretrizes familiares e de renda por um período limitado. A determinação será baseada nas informações atestadas pelo paciente e fornecidas por ele no formulário especificado pelo Health Safety Net Office. O período de elegibilidade começará na data em que o UMMMC fizer a determinação e continuará até o último dia do mês seguinte ou até o indivíduo enviar uma solicitação completa e receber uma determinação do MassHealth ou Health Connector.

- B. Subsídio Médico** - Um residente de Massachusetts em qualquer nível de renda contável pode se inscrever para receber Subsídio Médico se os custos médicos tiverem esgotado a renda familiar de modo que o residente não consiga pagar pelos serviços elegíveis. As Despesas Médicas Permitidas do solicitante, segundo definição abaixo, devem exceder uma porcentagem especificada da renda contável do solicitante conforme a seguir:

Nível de renda	Porcentagem da renda bruta
0 - 205% FPL	10%
205,1 - 305% FPL	15%
305,1 - 405%	20%
405,1 - 605% FPL	30%
> 605,1% FPL	40%

O Health Safety Net Office fornecerá a solicitação e processará as determinações de Subsídio Médico com base na documentação enviada pelo UMMMC e pelo paciente. O UMMMC enviará a solicitação de Subsídio Médico em cinco dias úteis a partir do recebimento de toda a documentação necessária fornecida pelo paciente. O Health Safety Net Office analisará e processará a solicitação de Subsídio Médico se as Despesas Médicas Permitidas do solicitante excederem à porcentagem da Renda Contável listada acima. O Health Safety Net Office não processará a solicitação de Subsídio Médico de pacientes com renda abaixo de 405% da FPIG, exceto se o indivíduo enviar primeiro uma solicitação à MassHealth Agency e receber uma determinação. Duas solicitações de Subsídio Médico podem ser enviadas durante 12 meses.

1. Despesas Médicas Permitidas - O total de contas médicas familiares de Subsídio Médico de qualquer profissional de saúde que, se pago, seria qualificado como despesas médicas de franquia para fins de imposto de renda. Podem incluir contas pagas e não pagas pelas quais o paciente ainda é responsável e incorridas em até 12 meses antes da data de solicitação. Não incluem contas incorridas enquanto paciente de baixa renda, exceto se for um paciente de baixa renda que recebeu apenas serviços odontológicos na data do serviço. Se um paciente não tiver recebido uma conta por mais de 9 meses a partir da data do serviço, ele ainda poderá ser elegível, se a solicitação de Subsídio Médico for enviada em 90 dias após o faturamento inicial. Contas não pagas inclusas em uma determinação de Subsídio Médico não serão incluídas em uma solicitação de Subsídio Médico subsequente. Isso não incluirá contas de serviços incorridos por pacientes enquanto inscritos no MassHealth ou em um Programa de Pagamento de Assistência a Prêmios operado pelo Health Connector.
2. Contribuição do solicitante - Porcentagem especificada da renda contabilizável, conforme mencionado acima. Há uma contribuição de Subsídio Médico para cada determinação de Subsídio Médico.
3. Notificação de determinação - O Health Safety Net Office notificará os solicitantes sobre a determinação. Tais situações incluirão:
 - datas durante as quais as Despesas Médicas permitidas podem ser incluídas;
 - valor da contribuição de Subsídio Médico do solicitante;
 - serviços que não se qualificam como elegíveis;
 - nome e número da pessoa de contato para mais informações;
 - o aviso de negação explicará o motivo da recusa.

4. Notificação do prestador - A Health Safety Net notificará o prestador sobre o seguinte:
 - determinação com as contas inclusas nas Despesas Médicas Permitidas do solicitante;
 - contribuição do solicitante para cada prestador da Health Safety Net com base nas taxas brutas e nas datas de serviço prestado à família do solicitante.
5. O UMMMC enviará pedidos dos Serviços de Subsídio Médico que excedem à contribuição do Subsídio Médico do paciente.
6. O UMMMC cobrará do solicitante a contribuição do Subsídio Médico, a menos que tenha status de paciente de baixa renda ou elegível para o MassHealth.
7. O UMMMC interromperá a cobrança em face de pedidos de liquidação duvidosa de emergência aprovadas para o Subsídio Médico de acordo com o programa da Health Safety Net.
8. O UMMMC interromperá a cobrança de contas listadas na determinação do Subsídio Médico e que teriam sido elegíveis para pagamento de Subsídio Médico se por algum motivo a solicitação não tiver sido arquivada em cinco dias úteis.

C. As Exclusões de Coberturas Estaduais mencionadas abaixo são situações em que a cobertura não será fornecida pela Health Safety Net. Observação: alguns desses serviços são cobertos por meio de “Cobertura adicional e atendimento com desconto” do UMMMC descritos na Seção VI.

1. Serviços médicos não necessários.
2. MassHealth, Connector Care e copagamentos de planos de saúde ou seguros particulares.
3. Pedidos negados devido a erros administrativos ou de faturamento.
4. Serviços fornecidos a um paciente com plano de saúde ou seguro particular que são considerados como estando fora da rede do fornecedor do plano de saúde ou seguro.

D. Processo de solicitação - Pacientes que procuram assistência financeira deverão solicitar a cobertura ao MassHealth, Programa de Assistência a Prêmios operado pelo Health Connector, Health Safety Net e Programa de Segurança Médica para Crianças. Os pacientes devem preencher e enviar, com a ajuda dos CAC, uma solicitação por meio da Central de Seguros de Saúde (Health Insurance Exchange) localizada no site do Health Connector de Massachusetts, uma solicitação em papel fornecida pelo MassHealth ou uma solicitação por telefone com o representante de atendimento ao cliente localizado no MassHealth ou no Connector. A MassHealth Agency ou o Health Connector processará todas as solicitações e notificará o indivíduo sobre sua determinação de elegibilidade para o MassHealth ou qualificação para um Programa de Assistência a Prêmios operado pelo Health Connector ou status de paciente de baixa renda (Health Safety Net).

Sob circunstâncias especiais, o UMMMC pode realizar a solicitação para o paciente usando um formulário específico designado pelo Health Safety Net Office para indivíduos que procuram cobertura de assistência financeira devido a encarceramento, vítimas de violência doméstica, morte, serviços confidenciais a menores de idade, status presumível de paciente de baixa renda ou solicitação devido a subsídio médico.

E. Comprovante de renda - A renda familiar pode ser comprovada por meio de correspondências de dados eletrônicos ou em papel. O MassHealth utiliza fontes de dados federais e estaduais para tentar corresponder à renda declarada na solicitação. A renda será considerada verificada se a correspondência de dados estaduais for razoavelmente compatível com a renda declarada. Se o MassHealth não puder verificar a renda por meio de correspondência de dados eletrônicos, ela deverá ser verificada por um ou mais meios a seguir:

1. Rendimento salarial:

- Contracheques recentes
- Declaração assinada pelo empregador
- Imposto de renda mais recente
- Outras fontes equivalentes

2. Rendimento não salarial:

- Cópia de cheque ou contracheque recente da fonte de renda
- Declaração da fonte de renda quando a correspondência não estiver disponível
- Imposto de renda mais recente
- Outras fontes equivalentes

F. Comprovante de identidade - Os solicitantes devem fornecer um comprovante de identidade por meio de documentos que contenham uma fotografia ou outras informações de identificação, como nome, idade, sexo, raça, altura, peso, cor dos olhos e endereço. Documentos aceitáveis:

- Carteira de habilitação emitida por algum estado ou território
- Cartão de identificação emitido por escola, exército, governo federal, estadual ou local, cartão de dependente militar ou U.S. Coast Guard Merchant Marine
- Registro clínico, médico, hospitalar ou escolar para crianças com menos de 19 anos
- Dois documentos que contenham informações consistentes com a identidade do solicitante, como diploma de ensino médio e ensino superior, certidões de casamento ou divórcio, escrituras de propriedades, contratos de aluguel
- Descoberta de identidade por agência federal ou estadual, se a agência tiver verificado a identidade
- Atestado assinado, sob pena de perjúrio, por outra pessoa que pode confirmar a identidade de uma pessoa se nenhum outro documento estiver disponível

IV. Programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care System

Esta é a política do UMass Memorial Health Care System para o fornecimento de atendimento com desconto para pacientes qualificados em concordância com a Seção 501 (r) do IRS. Para os considerados elegíveis, o UMass Memorial Health Care System não cobrará pelos serviços médicos necessários de urgência, emergência e atendimento médico mais do que o valor normalmente cobrado dos pacientes com plano de saúde ou seguro. O Departamento de Aconselhamento Financeiro do Paciente (Patient Financial Counseling Department) será o ponto de contato que fornecerá aos pacientes a política escrita, um resumo da política, o formulário do pedido e ajuda para o preenchimento do pedido.

A. Processo de solicitação

Uma pessoa que solicitar Assistência Financeira deverá entregar ao UMass Memorial Health Care um pedido de Assistência Financeira preenchido e assinado. Esse pedido deverá incluir todos os comprovantes de renda necessários.

Um único pedido é suficiente para todos os membros da família listados no pedido.

B. Elegibilidade

Para determinar a elegibilidade para o Programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care, a pessoa deve atender aos seguintes critérios:

- A renda e o tamanho da família devem estar entre 0 e 600% do limite da linha de pobreza federal.
- Preencher e assinar um pedido de Assistência Financeira.
- Fornecer comprovante de renda de todos os membros da família incluídos no pedido.
- Solicitar assistência médica do governo estadual ou federal para a qual possa ser elegível.
- Dar entrada em um pedido 240 dias após a data da primeira conta/extrato.

C. Pedido completo

Um pedido de Assistência Financeira será considerado um “pedido completo” quando os critérios a seguir forem cumpridos:

- O pedido tiver sido recebido no Patient Financial Counseling Department.
- O paciente/fiador ou um representante autorizado tiver assinado o pedido.
- Todas as perguntas do pedido tiverem sido respondidas.
- Uma comprovação de renda suficiente para determinar a elegibilidade tiver sido apresentada.

O pedido preenchido será analisado por um Conselheiro Financeiro para determinar a elegibilidade. Todos os pedidos serão analisados por um Supervisor de Aconselhamento Financeiro do Paciente para a aprovação final.

1. Se todos os critérios de elegibilidade forem cumpridos, uma carta de aprovação será enviada ao solicitante/fiador para indicar o período de elegibilidade e a porcentagem do desconto.
2. Se nenhum critério de elegibilidade for cumprido, uma carta de indeferimento será enviada ao solicitante/fiador.
3. Os pedidos aprovados e processados serão guardados em um arquivo central no Escritório Comercial Central (Central Business Office).

D. Pedido incompleto

Quando o pedido de Assistência Financeira não estiver completo, um Conselheiro Financeiro enviará uma carta de acompanhamento ao paciente. A carta fornecerá as informações necessárias para o processamento do pedido.

O solicitante/fiador deve fornecer a documentação necessária dentro de 30 dias após o recebimento da carta de acompanhamento. Se a informação não tiver sido recebida dentro do prazo estabelecido, o pedido será indeferido. Uma carta com o motivo para o indeferimento do pedido será enviada ao solicitante.

Um período de carência extra de 30 dias será concedido ao solicitante/fiador após o indeferimento para o fornecimento de informações adicionais. No final desse período extra de 30 dias, será necessário dar entrada em um novo pedido.

E. Comprovantes de renda

O solicitante/fiador deve apresentar um comprovante de renda.

Comprovantes de renda aceitáveis:

- Dois contracheques mais recentes.
- Cópia do extrato ou cheque mais recente de recebimento de pensão, seguro social (social security), seguro-desemprego ou outros benefícios.
- No caso de autônomos, os três últimos meses da declaração de lucros e perdas.
- Cópia mais recente do espelho do imposto de renda, desde que não ultrapasse a seis meses.
- Declaração de um empregador indicando a renda bruta semanal.
- No caso de pagamento de pensão/pensão alimentícia aos filhos, uma cópia da sentença judicial ou um cheque dos pagamentos recebidos.
- Uma declaração assinada de suporte financeiro a um solicitante/membro da família que não tenha renda.

F. Período de elegibilidade

A elegibilidade para Assistência Financeira terá início na data em que o pedido preenchido e assinado for recebido no Departamento de Aconselhamento Financeiro do Paciente. A elegibilidade é válida durante um ano, a partir da data da aprovação. Um pedido será considerado completo quando todos os critérios de elegibilidade forem cumpridos.

O período de elegibilidade também cobre um período retroativo de 12 meses a partir da data da aprovação. O mesmo período de elegibilidade será aplicado a todos os membros elegíveis da família que constem no pedido.

A Assistência Financeira será encerrada a qualquer momento se os critérios para elegibilidade mudarem e se o solicitante deixar de ser elegível. Isso pode incluir mudanças na renda, no número de membros da família na residência ou na elegibilidade para os programas de assistência médica do governo estadual ou federal. Em tais casos, o requerente será notificado por carta sobre o encerramento da assistência. A notificação incluirá o motivo para o encerramento da assistência.

G. Serviços elegíveis

Os descontos de Assistência Financeira aprovados pelo Programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Health Care serão aplicados somente aos cuidados de urgência, emergência e cuidados médicos necessários. Isso pode incluir, dentre outros, internação, observação, serviços de ambulatório e transporte terrestre de ambulância. Apenas o atendimento de emergência ou outros atendimentos médicos necessários fornecidos na Instalação Hospitalar pela própria instalação estão cobertos. Aplica-se apenas aos cuidados fornecidos por funcionários da Instalação Hospitalar e a outros custos incorridos diretamente pela instalação.

H. Serviços não elegíveis

Serviços médicos não necessários não serão elegíveis para o desconto de Assistência Financeira. Esses serviços incluem, dentre outros, cirurgia cosmética, tratamento de infertilidade, aparelhos auditivos e serviços sociais e vocacionais. Os serviços médicos não necessários serão cobrados integralmente.

O UMass Memorial Medical Center (“Instalação Hospitalar”) não emprega seus médicos. Cada médico ou outro terceiro, se houver, cobra pelos serviços e segue os próprios procedimentos de assistência financeira, faturamento e cobrança. Do mesmo modo, os serviços prestados pelos médicos ou outros terceiros não são cobertos pela Assistência Financeira e pela Política de Crédito e Cobrança do UMass Memorial Medical Center.

De acordo com a declaração acima, os serviços prestados pelos médicos ou outros profissionais das especialidades abaixo não são cobertos pela Assistência Financeira e pela Política de Crédito e Cobrança do UMass Memorial Medical Center.

Alergia e Imunologia	Medicina Interna
Ambulância (aérea/terrestre)	Laboratório (Quest)
Anestesia	Nefrologia
Audiologia	Neurologia
Saúde Comportamental	Ginecologia e Obstetrícia
Cardiologia	Medicina Ocupacional
Doença Cardiovascular	Ortopedia
Medicina de Cuidados Críticos	Patologia (Anatômica e Clínica)
Odontologia	Pediatria
Equipamentos Médicos Dermatológicos Duráveis	Medicina e Reabilitação Física
Equipamentos Médicos Duráveis	Psiquiatria
Otorrinolaringologia	Medicina Pulmonar
Medicina de Emergência	Radiologia
Endocrinologia	Medicina Renal
Medicina Primária/Familiar	Medicina Esportiva
Gastroenterologia	Cirurgia
Geriatrics, Cuidado Paliativo e Pós-Agudo	Telemedicina
Hematologia/Oncologia	Visão
Doença Infecciosa	

I. Base para cálculo do valor cobrado

O UMass Memorial usará o método de consulta do histórico para determinar a porcentagem do valor geralmente cobrado dos pacientes de acordo com esta Política de Assistência Financeira. Uma combinação das despesas e pagamentos do ano anterior com produtos de seguro comercial e do Medicare é usada para determinar a taxa de cobrança líquida efetiva da organização. Atualmente, o valor cobrado dos pacientes considerados elegíveis ao benefício de acordo com o Programa de Assistência Financeira é de 25% das taxas. Os pacientes que se qualificarem para o Programa de Assistência Financeira e que possuem plano de saúde/seguro terão as obrigações financeiras (como copagamentos e franquias) limitadas a 25% das taxas totais após os pagamentos pelo plano de saúde/seguro. Todos os pedidos, pagamentos e ajustes de planos de saúde/seguros serão efetuados e aplicados antes de qualquer desconto de Assistência Financeira.

J. Ampla divulgação

O Departamento de Aconselhamento Financeiro do Paciente será o ponto de contato para o paciente solicitar e obter, gratuitamente, uma cópia impressa da política, um resumo com linguagem simplificada da política e o pedido. Os três podem ser solicitados por telefone, pessoalmente ou por e-mail:

Informações de contato do UMass Memorial Patient Financial Counseling:

- Telefone: 508-334-9300
- E-mail interno: Financial Counseling

- E-mail externo: needinsurance@umassmemorial.org
- Endereço: Patient Financial Counseling
306 Belmont St.
Worcester, MA 01604

A política de Assistência Financeira, Crédito e Cobrança, o resumo com linguagem simplificada e o pedido podem ser acessados no site do UMass Memorial Health Care: www.umassmemorialhealthcare.org, na seção Pacientes e Visitantes, Aconselhamento Financeiro (Patients and Visitors, Financial Counseling).

V. Cobertura adicional e assistência médica com desconto fornecidas pelo UMMMC aos pacientes

- A. **Continuação da cobertura** - Embora não sejam cobertos pelo Health Safety Net Office, o UMMMC continuará estendendo a cobertura de Assistência Gratuita de serviços médicos necessários para pacientes de baixa renda aprovados de Massachusetts para serviços de ambulância do UMMMC.
- B. **Desconto para pagamento imediato** - O UMMMC pode conceder um desconto aos pacientes de qualquer nível de renda que pagarem ou garantirem via cartão de crédito o saldo antes ou logo após a prestação dos serviços. O desconto reflete o valor temporal do dinheiro, evita os custos de faturamento e cobrança e o risco de crédito. O desconto padrão será de 20% da obrigação líquida do paciente. Nenhum desconto superior será oferecido exceto sob circunstâncias únicas e aprovadas pelo Diretor Sênior de Serviços Financeiros do Paciente.

VI. Procedimentos de faturamento e cobrança

O UMMMC deve administrar processos de faturamento e cobrança que sejam eficientes e efetivos na garantia de valores devidos ao UMMMC a fim de cumprir nossas obrigações financeiras e continuar nossa missão de fornecer atendimento médico excelente aos pacientes e às comunidades que atendemos. Estamos comprometidos com a realização das nossas práticas de faturamento e cobrança de modo justo e respeitoso aos nossos pacientes e suas famílias, conforme descrito abaixo. Os Representantes dos Serviços Financeiros aos Pacientes estão disponíveis por telefone para ajudá-los a resolverem as contas médicas.

- A. **Cobrança de pagadores terceiros** - O UMMMC enviará pedidos de todos os serviços cobertos à seguradora/operadora do plano de saúde do paciente ou outro pagador responsável, se o paciente tiver fornecido essa informação de forma oportuna e exata. Esses pedidos serão enviados assim que possível após a data da alta ou do serviço. Os pacientes continuam sendo financeiramente responsáveis por serviços não cobertos, copagamentos, cosseguro, franquias e/ou outros valores devidos de acordo com os termos do plano de benefícios, conforme determinação da seguradora/operadora do plano de saúde. Os pacientes são responsáveis por compreender e cumprir a indicação, autorização e outros requisitos da cobertura da seguradora/operadora do plano de saúde. Os pacientes também são responsáveis pelo pagamento dos serviços recusados pela seguradora/operadora do plano de saúde de acordo com o contrato e a regulamentação.

O Departamento Contábil dos Pacientes do UMMMC envidará todos os esforços aceitáveis para deliberar sobre as contas de pagadores terceiros, incluindo o recurso de pedidos negados. Relatórios de contas em aberto serão gerados rotineiramente, revisados pela Equipe e Gestão Contábil dos Pacientes e cobrados dos pagadores. Se, apesar dos esforços, o UMMMC não receber o pagamento ou outra solução adequada de um pagador não contratado e dentro de um período de tempo aceitável, uma carta poderá ser enviada ao paciente dizendo que a seguradora/operadora do plano de saúde não deliberou sobre o pedido. Se a conta continuar sem pagamento por um pagador não contratado, o paciente poderá ficar sujeito ao processo padrão de pagamento de faturamento e cobrança pelo próprio paciente de acordo com a lei. O UMMMC envidará o mesmo esforço que usa para cobrar contas de serviços médicos de emergência de pacientes sem seguro ou plano de saúde para cobrar contas de atendimento não emergencial de acordo com os termos desta Política e da lei aplicável.

B. Processo de faturamento e cobrança pelo próprio paciente

1. Pacientes com responsabilidades próprias de pagamento receberão uma conta inicial definindo claramente os serviços pelos quais são responsáveis.
2. Para quaisquer responsabilidades de pagamento pelo próprio paciente que não forem pagas após a conta inicial, o paciente receberá uma série de extratos mensais durante pelos menos três meses ou até o saldo ser quitado. O último extrato indicará um aviso final. Um aviso final por correspondência certificada será enviado ao paciente em relação a serviços médicos de emergência com saldos superiores a US\$ 1.000.
3. Quando o extrato acima de US\$ 1.000 do paciente for devolvido devido a um endereço que não recebe correspondências, o UMMMC tentará ligar para o paciente, que deverá fornecer um endereço adequado. Todos os saldos são enviados ao fornecedor para tentar localizar um endereço correto usando bancos de dados como a Associação Nacional de Mudança de Endereço (National Change of Address Association, NCOA).
4. A Equipe Contábil de Pacientes ou pessoas designadas farão uma ligação telefônica aos pacientes com responsabilidades próprias de pagamento com saldo em aberto acima de US\$ 1.000 durante o processo normal de pagamento de faturamento e cobrança pelo próprio paciente.
5. Avisos e/ou cartas adicionais podem ser enviadas aos pacientes devedores durante o processo de faturamento e cobrança para tentar quitar os saldos em aberto.
6. Todos esses esforços para receber o pagamento dos saldos, além de solicitações de pacientes, serão documentados no sistema de faturamento computadorizado e ficarão disponíveis para análise da Gerência.
7. Se após todas as ações acima e se os departamentos de liberação contábil e financeira do fornecedor tiverem esgotado todos os esforços para determinar se um paciente atende aos critérios de elegibilidade para participação do programa de Assistência Financeira do UMass Memorial Medical Center, qualquer uma das ações abaixo será realizada.
8. As contas que permanecerem sem pagamento após 120 dias e após os esforços de cobrança descritos acima serão consideradas como liquidação duvidosa, conforme a seguir:

<u>Saldo</u>	<u>Nível de avaliação</u>
US\$ 0 a US\$ 999	Cobrador
US\$ 1.000 a US\$ 10.000	Supervisor
US\$ 10.001 a US\$ 50.000	Gerente
US\$ 50.000 e acima	Diretor Sênior

9. O UMMMC analisará o Sistema de Verificação de Elegibilidade do MassHealth (EVS) antes de enviar os pedidos ao Health Safety Net Office para cobertura de emergência de liquidação duvidosa de um serviço de emergência ou urgência.
10. Agências externas de faturamento e cobrança - O UMMMC pode usar agências externas de faturamento e cobrança para ampliar os esforços de resolução de recebíveis em aberto e/ou transferir as contas de liquidação duvidosa às agências externas de cobrança para prosseguimento adicional.
 - O UMMMC não “venderá” a dívida do paciente para agências terceiras.
 - Todas as agências de faturamento e cobrança que trabalham em nome do UMMMC deverão se comprometer por escrito a obedecer às práticas e normas de cobrança aprovadas pelo UMMMC e pela lei aplicável.
 - O UMMMC pode, mediante aprovação do Conselho de Administração e aviso por escrito fornecido com 30 dias de antecedência ao paciente, notificar um serviço de avaliação de crédito sobre uma dívida não paga após terem se esgotado todas as tentativas aceitáveis de identificação de cobertura de assistência médica, acesso a programas de desconto e/ou estabelecimento de planos de pagamento conforme descrito nesta política. Sob circunstância alguma os pacientes que cumprirem os critérios estaduais como pacientes de baixa renda serão considerados para indicação a um serviço de avaliação de crédito.
11. Cosseguro, copagamentos e franquias do Medicare que forem considerados de liquidação duvidosa serão tratados de acordo com o processo de pagamento de faturamento e cobrança pelo próprio paciente conforme especificado acima e segundo a lei aplicável. As agências de cobrança externas envidarão esforços adicionais durante 60 dias antes de devolver as contas ao UMMMC como incobráveis.

- C. Atendimento ao cliente** - O UMMMC possui uma equipe de Representantes de Serviços Financeiros dos Pacientes para atender às preocupações e dúvidas dos pacientes em relação às contas. A equipe fica disponível por telefone e pessoalmente de segunda a sexta, das 9h às 16h30.
- D. Planos de pagamento** - Um indivíduo com um saldo de US\$ 1.000 ou menos receberá a oferta de um plano de pagamento de pelo menos um ano e sem juros. Um paciente com um saldo de mais de US\$ 1.000, após depósito inicial, receberá a oferta de um plano de pagamento de pelo menos dois anos e sem juros. Pacientes que apresentem dificuldade em cumprir as obrigações financeiras (após todas as opções de cobertura se esgotarem) receberão a oferta de um plano de pagamento mensal acessível com um pagamento mensal mínimo de no máximo US\$ 25. Planos de pagamento mais longos podem ser oferecidos mediante aprovação do gerente. Pacientes que pararem de fazer os pagamentos mensais acessíveis sem estabelecer uma providência alternativa estarão sujeitos aos processos normais de pagamento de faturamento e cobrança pelo próprio paciente, incluindo indicação para uma agência de cobrança externa.
- E. Juros** - O UMMMC não avalia os juros em saldos de pagamento pelo próprio paciente.
- F. Requisitos de depósito** - O UMMMC não deve exigir depósitos pré-internação e/ou pré-tratamento para pacientes que exigem atendimento médico de emergência ou urgência ou que considerados pacientes de baixa renda/Health Safety Net. O UMMMC se reserva o direito de solicitar depósitos antecipados nos seguintes casos:

1. Pacientes que receberem serviços médicos não necessários ou cosméticos opcionais podem ter que pagar um valor de até 100% das taxas esperadas antes do serviço.
2. Pacientes que não tiverem comprovante de cobertura de seguro ou plano de saúde e não se qualificarem como pacientes de baixa renda/Health Safety Net podem ter que fazer um depósito com antecedência se o serviço a ser realizado for opcional. O não cumprimento do requisito do depósito pode causar adiamento ou diferimento do serviço com a aprovação do médico que prestou o atendimento.
3. Pacientes que saírem de outros países e viajarem até o UMMMC para tratamento opcional podem ter que pagar a conta estimada total com antecedência.
4. Pacientes da Health Safety Net Parcial podem ter que pagar até 20% do valor da franquia de até US\$ 500 em referência a serviços não emergenciais.
5. Pacientes do Subsídio Médico podem ter que pagar até 20% do valor da franquia de até US\$ 1.000 em referência a serviços não emergenciais.
6. Pacientes segurados com cosseguro, franquias de copagamento ou outras responsabilidades como membros, de acordo com o plano de benefícios, podem ter que pagar esses valores ou garanti-los por meio de cartão de crédito antes do serviço.

G. Garantias - Durante o curso normal das atividades, o UMMMC recorrerá a garantias apenas para assegurar os juros do UMMMC em acordos de terceiros ou conforme solicitado para assegurar os juros do UMMMC durante processos jurídicos. Nenhuma garantia será utilizada contra residência primária ou veículo automotor do paciente sem aprovação prévia por escrito do Conselho de Administração do UMMMC. Todas as aprovações do Conselho de Administração serão feitas individualmente, e um aviso por escrito com 30 dias de antecedência será fornecido ao paciente.

H. Acidentes com veículos automotores/Responsabilidade de terceiros - O UMMMC enviará um pedido ao Health Safety Net Office (HSNO) para um paciente de baixa renda que tenha sido ferido em um acidente com veículo automotor apenas depois de investigar se o paciente, condutor e/ou proprietário do veículo tem uma apólice de seguro automotivo. O UMMMC envidará esforços aceitáveis para a obtenção de informações sobre seguro de terceiros por meio do paciente e guardará evidências desses esforços, incluindo a documentação das chamadas telefônicas e cartas ao paciente. O UMMMC reembolsará o Health Safety Net Office em relação a qualquer pagamento recebido se algum recurso do terceiro tiver sido identificado e se o UMMMC receber o pagamento.

I. Falência - Pacientes que pedirem falência terão seus faturamentos e cobranças descontinuados mediante o recebimento de um Aviso de Falência.

J. Direitos e responsabilidades dos pacientes - O UMMMC avisará certos pacientes sobre seus direitos e responsabilidades sempre que o paciente interagir com a equipe de registro, conforme definido abaixo.

1. O UMMMC avisará os pacientes sobre o direito de:
 - a. inscrição no MassHealth, Programa de Pagamento de Assistência a Prêmios do Health Connector, Plano de Saúde Qualificado, Subsídio Médico e determinação da Health Safety Net;
 - b. um plano de pagamento, conforme definido no processo de pagamento de faturamento e cobrança pelo próprio paciente.

2. Pacientes que receberem Serviços Elegíveis da Health Safety Net devem:
 - a. fornecer toda a documentação necessária;
 - b. informar o MassHealth ou o UMMMC sobre qualquer mudança de status de renda familiar, plano de saúde e responsabilidade de terceiros;
 - c. monitorar a franquia familiar anual conforme determinado para pacientes com renda entre 150% e 300% do limite da linha de pobreza federal (FPL) e fornecer documentação ao UMMMC que comprove que a franquia foi atingida quando mais de um membro do PBFGB for considerado elegível ou se o paciente ou membro da família receber serviços da Health Safety Net de mais de um prestador;
 - d. avisar o Health Safety Net Office ou o MassHealth por escrito em dez dias sobre a apresentação de ação judicial ou pedido de seguro que cobrirá o custo dos serviços prestados pelo hospital. O paciente deve atribuir os direitos ao pagamento de terceiros para a Agência do MassHealth, que cobrirá os custos dos serviços pagos pelo Health Safety Net Office ou MassHealth e apresentará um pedido de compensação;
 - e. reembolsar o Health Safety Net Office por qualquer valor recebido de terceiros em relação a um acidente ou incidente por serviço médico pago pelo Health Safety Net Office;
 - f. o Health Safety Net Office receberá o valor diretamente do paciente apenas quando o paciente tiver recebido o pagamento de terceiros em relação a serviços médicos pago pelos Health Safety Net Office;
 - g. o Health Safety Net Office pode solicitar que o Departamento de Receitas intercepte os pagamentos feitos a um paciente pelos serviços fornecidos em relação a um pedido enviado e pago pela Health Safety Net para Liquidação Duvidosa de Emergência.

K. Isenção da ação de pagamento de faturamento e cobrança pelo próprio paciente -

O UMMMC não iniciará a atividade de pagamento de faturamento e cobrança pelo próprio paciente nos casos a seguir:

1. Mediante comprovante suficiente de que um paciente é o destinatário de uma Ajuda de Emergência a Idosos, Deficientes e Crianças (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, EAEDC) ou está inscrito no MassHealth, Health Safety Net, Plano de Segurança Médica para Crianças cuja renda familiar seja igual ou menor a 300% do FPL ou seja paciente de baixa renda, exceto pacientes de baixa renda que recebem apenas serviços odontológicos conforme determinado pelo escritório do Medicaid, com a exceção de copagamentos e franquias exigidos de acordo com o Programa de Assistência.
2. Se o hospital tiver colocado a conta em espera judicial ou administrativa e/ou se providências de pagamento específicas tiverem sido tomadas a respeito do paciente ou fiador.
3. Contas do Subsídio Médico que excedem a contribuição do Subsídio Médico.
4. Contribuições do Subsídio Médico que continuam em aberto durante o período de elegibilidade para o MassHealth do paciente ou enquanto paciente de baixa renda.
5. Exceto se o UMMMC tiver verificado o sistema de EVS para determinar se o paciente fez um pedido para o MassHealth.
6. Para pacientes elegíveis para a Health Safety Net Parcial, com a exceção das franquias exigidas.

7. O UMMC pode cobrar os pacientes elegíveis para a Health Safety Net e para o Subsídio Médico em relação a serviços médicos não necessários prestados por solicitação do paciente e com os quais o paciente concordou mediante consentimento escrito.
8. O UMMC pode cobrar um paciente de baixa renda mediante solicitação dele para permitir que o paciente atinja a Franquia Única do CommonHealth.