

Índice

I. Propósito	2
A. Visão geral	2
B. Âmbito	3
II. Definições	3
III. Classificação e Acesso à Assistência	5
A. Visão geral	5
B. Tipos de Serviços	6
1. Serviços Emergenciais e Urgentes	6
2. Serviços Não Emergentes, Não Urgentes	6
C. Aquisição e Verificação das Informações do Paciente	6
D. Responsabilidade do Paciente	7
E. Política de Não Discriminação	7
IV. Cobrança e Coletas do Paciente	8
A. Visão geral	8
B. Cobrança do Paciente	8
C. Declarações de Paciente, Cartas e Ligações	8
1. Ligações e Cartas de Cobrança	8
2. Notificação da Disponibilidade da Assistência Financeira	9
3. Pacientes Protegidos da Ação de Cobrança	9
4. Notificação de Cobrança Final	9
5. Suspensão de Cobrança	9
6. Dívidas Incobráveis de Emergência	9
7. Devoluções Devido a Endereços Incorretos	10
8. Ajuste de Saldo Pequeno	10
9. Notificação de Sobretaxa	10
10. Nenhuma Cobrança de Saldo	10
D. Situações Especiais - Cobrança	11
1. Falência do Paciente	11
2. Pacientes Falecidos	11
3. Acidentes de Veículos Motorizados (MVA) e Responsabilidade de Terceiros (MA)	11
4. Acidentes de Veículos Motorizados (MVA) e Responsabilidade de Terceiros (NH)	11
5. Indemnização a Trabalhadores	11
6. Cobertura Secundária da HSN	12
7. Franquia HSN Parcial	12
8. Vítimas de Crimes Violentos	12
V. Compensação Financeira	12
A. Visão geral	12
B. Preparação de Estimativas	13
1. Estimativas de Boa Fé	13
C. Pacientes segurados	14
1. Planos de Seguro Contratados	14
2. Planos de Seguro Não Contratados	14
3. Notificação e Consentimento	15
D. Pacientes Sem Seguro (Pagamento Total Pelo Próprio)	15
E. Pacientes de Baixa Renda (moradores de Massachusetts)	16
1. Definição e Elegibilidade	16
2. Limitações de Serviço	16
3. HSN Dificuldades Médicas	16
4. Responsabilidade Financeira de Pacientes de Baixa Renda	17
5. Determinações de Estado Pendente	18

F. Situações Especiais para Compensação Financeira – Cadastro e Responsabilidade Financeira do Paciente	18
1. Indemnização a Trabalhadores	18
2. Acidentes de Veículos Motorizados (MVA) e Responsabilidade de Terceiros	18
3. Vítimas de Crimes Violentos e Violência Contra Mulheres (MA)	18
4. Lei de Tecnologia de Informações da Saúde para a Saúde Econômica e Clínica de 2010 (HITECH)	18
5. Candidaturas Confidenciais da HSN	19
6. Pessoas Não Documentadas	19
7. Estudos de Pesquisa	19
8. Doadores de Órgãos	19
9. Pacientes Internacionais	20
G. Eventos Relatáveis Graves (SRE)	20
H. Colocação de Crédito Ruim	20
1. Relatório de Crédito	20
2. Litígio	20
3. Penhoras de Propriedade	20
4. Agências de Cobrança	21
VI. Acordos de Pagamento	21
A. Visão geral	21
1. Formas de Pagamento	21
2. Moeda	22
B. Planos de Pagamento	22
1. Planos de Pagamento para Franquias HSN Parcial e Dificuldades Médicas	22
VII. Saldos de Crédito e Reembolsos	22
Apêndice A: Entidades Afiliadas do Mass General Brigham	23
Apêndice B: Candidatura de Assistência Financeira	24
Apêndice C: Relatórios, Auditorias e Conformidade com Regulamentos	25

I. Propósito

A. Visão geral

As entidades do Mass General Brigham (MGB) são entidades com isenção de impostos, cuja missão subjacente é proporcionar serviços para todos com a necessidade de assistência médica. O MGB esforça-se por assegurar que, aos pacientes que requerem serviços urgentes, de emergência e medicamento necessários, não sejam negados esses serviços com base na sua incapacidade em pagar, e essa capacidade financeira não impeça esses indivíduos de procurar ou receber assistência. Todavia, para as entidades do Mass General Brigham continuarem a proporcionar serviços de alta qualidade e a apoiar as necessidades da comunidade, cada entidade tem a responsabilidade de procurar pagamento imediato para serviços onde a recolha é permitida e não estão em conflito com os regulamentos do Commonwealth of Massachusetts (MA) ou os regulamentos Federais incluindo a Lei sobre o Tratamento Médico de Emergência e Trabalho (EMTALA).

Este documento destaca o processo de cobrança das despesas médicas das contas de paciente individual pelo MGB – e potenciais agências de cobrança externa retidas pelo MGB – e estabelece práticas consistentes para cobranças ([Secção IV](#)), auxiliando indivíduos impossibilitados de pagar (por meio de planos de pagamento ou assistência financeira) ([Secção VI](#) e [Secção IV\(C\)\(2\)](#)) ou ação jurídica potencial ([Secção V\(H\)](#)).

B. Âmbito

Esta política aplica-se às entidades do Mass General Brigham no [Apêndice A](#).

Observação: médicos associados a essas entidades, mas que cobrarão “de forma particular” são incentivados, mas não exigidos, a seguir esta política. Os detalhes podem ser encontrados na Lista de Afiliados do Provedor do Mass General Brigham.

II. Definições

Serviços de Saúde Comportamental: serviços medicamente necessários com foco na saúde psicológica e mental do paciente e podem ser fornecidos em vários cenários de prestação de assistência.

Serviços Eletivos: serviços medicamente necessários que não cumpram a definição de Serviços de Emergência ou Urgentes. O paciente tipicamente, mas não exclusivamente, agenda esses serviços de forma antecipada.

Serviços de Emergência: serviços medicamente necessários fornecidos após o início de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se através de sintomas de gravidade suficiente incluindo dor severa, que a ausência de atenção médica poderia ser esperada razoavelmente por uma pessoa leiga prudente que possui um conhecimento de saúde e medicina mediano resultando na colocação da saúde da pessoa ou uma outra pessoa em sério risco, deficiência grave na função corporal ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou com relação a uma mulher grávida, conforme posteriormente definido na secção 1867(e) (1) (B) da Lei da Segurança Social, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Um exame de triagem médica e tratamento para condições médicas de emergência ou qualquer outro serviço rendido à extensão necessária de acordo com a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho **EMTALA** (42 USC 1395(dd)) se qualifica como Assistência de Emergência.

Os serviços de emergência também incluem:

- Serviços determinados como emergência por um profissional médico licenciado
- Assistência Médica Hospitalar a qual é associada com a assistência de emergência ambulatorial; e,
- Transferências hospitalares a partir de um outro hospital de cuidados agudos para um hospital do Mass General Brigham para a prestação de assistência hospitalar que não esteja de outra forma disponível.

Mau Crédito de Emergência: Uma classificação das contas de paciente enviadas à Health Safety Net (HSN) de Massachusetts de acordo com os critérios descritos no 101 CMR 613.06(2) em que a assistência não remunerada é contabilizada por meio da HSN.

Regras Federais da Pobreza da Renda (FPG): Uma medida de rendimentos emitida a cada ano pelo Departamento da Saúde e Serviços Humanos (HHS). Essas diretrizes são usadas para determinar a elegibilidade para determinados programas e benefícios (como o Medicaid).

Assistência Financeira: Uma prestação de serviços de cuidados da saúde fornecida gratuitamente ou com desconto para pacientes elegíveis, com necessidade documentada e financeira, que atendem os critérios estabelecidos dentro desta política.

Descontos de Assistência Financeira: ajustes a saldos de pacientes feitos com base no estado financeiro do paciente de acordo com a Política de Assistência Financeira. Todos os descontos para Assistência Financeira devem estar de acordo com os regulamentos estaduais e federais incluindo o IRS 501 (r).

Consultor Financeiro: Representantes responsáveis por avaliar a responsabilidade de um paciente, identificando e auxiliando com opções de financiamento público (Medicare, Medicaid, etc.), determinando se o paciente é elegível para assistência financeira e estabelecendo planos de pagamento.

Consultoria Financeira: Os serviços fornecidos a pacientes sem cobertura de seguro suficiente, incapacitados de pagar a responsabilidade estimada/real antes do tratamento ou que tem grandes saldos devidos passados.

Paciente de Baixo Rendimento: um indivíduo que é um morador do Commonwealth of Massachusetts e documenta que a Renda Bruta Ajustada Modificada (MAGI) de seu agregado familiar MassHealth é igual ou menor do que 300% da FPL. The state of New Hampshire poverty guidelines is 250% of the FPL.

Crédito Ruim do Medicare: A despesa que o CMS/Medicare permite aos hospitais a reivindicar para a maioria dos cosseguros e franquias Medicare não pagos, desde que o saldo seja completamente processado de acordo com o ciclo de cobrança de pagamento total pelo próprio estabelecido ou uma determinação seja feita de que o paciente é indigente para os propósitos do saldo. A determinação de indigência deve ser baseada no nível de renda do paciente e uma revisão de seus ativos disponíveis que geralmente exclui seus veículos e residência primária e no mínimo uma conta bancária/corrente.

Serviços Medicamente Necessários: serviços que são razoavelmente esperados em prevenir, diagnosticar, prevenir a piora de, aliviar, corrigir ou curar condições que põe em risco a vida, causar sofrimento ou dor, causar deformidade ou avaria física, ameaçar a causar ou agravar uma deficiência ou resultar em doença ou enfermidade. Serviços Medicamente Necessários incluem serviços hospitalares e ambulatoriais conforme autorizados sob o Título XIX da Lei de Seguro Social.

Outros Serviços: os serviços onde a necessidade médica não tenha sido demonstrada para o médico de revisão ou onde as qualificações do paciente para o serviço podem não atender as definições do plano de seguro geral para atender os critérios de necessidade médica principais para o serviço. Outros serviços também incluem serviços que muitos planos de seguro não consideram como Medicamente Necessários, incluindo, mas não limitados a: Cirurgia Cosmética, Fertilização In-Vitro (IVF) ou outra Terapia Reprodutiva Avançada (ART), Serviços de Bypass Gástrico ausentes de uma determinação de necessidade médica do pagador e Itens de Conveniência do Paciente como encargos relacionados a serviços de pernoite acima e além daqueles necessários para obter assistência médica ou serviços de pernoite do paciente (internação ou internação parcial) onde não há uma necessidade médica claramente demonstrada.

Soluções de Cobrança a Pacientes (PBS): o departamento no Mass General Brigham responsável por todos os processos do ciclo de receita de pagamento total pelo próprio incluindo Atendimento ao Cliente, Cobranças, determinações de Assistência Financeira (diferente do WDH, sendo as determinações feitas a essa entidade) e processamento, processamento de Crédito Ruim, créditos/reembolsos de pacientes e processos associados.

Responsabilidade do Paciente: A responsabilidade financeira que é devida à instalação/provedor como um resultado por receber serviços de cuidados da saúde; a quantidade é determinada de acordo com os benefícios do seguro do paciente para o serviço programado específico; incluindo franquias, copagamentos, cosseguro e serviços não cobertos.

Assistência de Cuidados Pós-Agudos: Serviços medicamente necessários, incluindo serviços de reabilitação, fornecidos em um Hospital classificado como de cuidados pós-agudos.

Pagamento total pelo próprio: O paciente identificado como não tendo nenhuma cobertura de seguro ou optando por não participar de sua cobertura de seguro para serviços/eventos específicos.

Paciente Sem Seguro: um paciente que não tem nenhum seguro de saúde em vigor para uma data de serviço específica ou onde sua cobertura não é efetiva para um serviço específico devido às limitações da rede, escape de benefício de seguro ou outros serviços não cobertos.

Paciente Subsegurado: Um paciente com algum seguro ou outra fonte de pagamento de terceiro, cujas despesas não são cobertas excedem a habilidade de pagar.

Serviços Urgentes: Serviços medicamente necessários fornecidos após o início repentino de uma condição médica, seja física ou mental, se manifestando através de sintomas agudos de severidade suficiente (incluindo dor severa) que uma pessoa leiga acreditaria que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente esperar em resultar em: colocar a saúde do paciente em risco, deficiência na função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte corporal. Serviços urgentes são fornecidos para condições que não são ameaçadoras à vida e não representam um alto risco de dano grave para a saúde de um indivíduo.

Internamento: O nível de cuidados de internamento é quando um doente é admitido num hospital ou noutro local de cuidados para tratamento que requer pelo menos uma noite de estadia. Os doentes internados necessitam normalmente de cuidados ou monitorização mais extensos, que podem incluir cirurgia ou tratamento de doenças mais graves.

Ambulatório: O nível de cuidados em ambulatório é quando um doente recebe tratamento ou cuidados médicos sem ser internado num hospital para pernoitar, tratamento esse que é efetuado no consultório médico ou noutra clínica médica num único dia e regressa a casa no mesmo dia.

Observação: O nível de cuidados de observação é um serviço hospitalar de ambulatório que permite ao médico determinar se um doente necessita de cuidados de internamento ou se pode ter alta. O estado de observação baseia-se no nível de cuidados de que o doente necessita e não na duração da sua estadia no hospital. O estado de um doente pode mudar se a sua condição melhorar ou piorar, ou se precisar de mais ou menos cuidados.

Unidade de Recuperação: Unidade hospitalar destinada a doentes que foram submetidos a uma intervenção cirúrgica e que necessitam de um período de recuperação prolongado ou de um internamento de curta duração.

* O estado de classificação do doente não depende da localização do doente (piso/unidade), mas é representativo do nível de cuidados.

III. Classificação e Acesso à Assistência

A. Visão geral

Todos os pacientes apresentando tratamento não agendado serão avaliados de acordo com as classificações incluídas nesta seção. Serviços hospitalares Urgentes ou Emergenciais não serão negados ou atrasados com base na capacidade do MGB de identificar um paciente, sua cobertura de seguro ou capacidade de pagamento. Todavia, serviços de assistência à saúde não emergenciais ou não urgentes podem ser atrasados ou deferidos com base na consulta com a equipe clínica do MGB, em cujos casos quando o MGB não tiver possibilidade de determinar uma fonte de pagamento para seus serviços. A urgência de tratamento associada com a apresentação de sintomas clínicos do paciente será determinada por um profissional médico conforme estabelecido pelos padrões locais da prática, padrões clínicos nacionais e estaduais de assistência e políticas e procedimentos da equipe médica do MGB. Posteriormente, todos os hospitais seguem os requisitos da Lei de Tratamento Médico Emergencial e de Trabalho Ativo (EMTALA) ao conduzir um exame de triagem médica para determinar se uma condição médica de emergência existe.

B. Tipos de Serviços

1. Serviços Emergenciais e Urgentes

O MGB proporcionará serviços emergenciais e urgentes independentemente da identificação do paciente, cobertura de seguro ou capacidade de pagamento. O registro e admissão de pacientes emergentes e urgentes serão realizados de acordo com os requisitos da EMTALA. As informações demográficas e de seguro do paciente devem ser coletadas assim que possível. Todavia, a coleta das informações devem ser deferidas quando a coleta dessas informações puder atrasar a triagem médica ou impactar negativamente a condição clínica do paciente. Quando um paciente for incapaz de fornecer informações de seguro ou demográficas no momento do serviço e o paciente consentir, todo o esforço deverá ser feito para entrevistar amigos ou pacientes que podem acompanhar ou de outra forma serem identificados pelo paciente. Onde as informações práticas e de seguro fornecidas pelo paciente deverão ser confirmadas com o pagador por meio de um site do pagador ou um processo de intercâmbio de dados eletrônicos (EDI) ou de Elegibilidade em Tempo Real (RTE).

2. Serviços Não Emergentes, Não Urgentes

O registro e recebimento de pacientes não emergenciais/não urgentes deve ser realizado antes dos serviços serem rendidos. Pacientes que retornam ou estabelecidos também terão as informações demográficas, financeiras e de seguro revisadas e atualizadas conforme necessário, incluindo, onde aplicável, a verificação de seu estado de seguro, por meio do EDI/RTE ou outros métodos disponíveis. Serviços não emergenciais, não urgentes podem geralmente ser subclassificados como:

- Serviços Eletivos
- Outros Serviços
- Assistência de Cuidados Pós-Agudos
- Serviços de Saúde Comportamental

O MGB pode recusar o fornecimento a um paciente de serviços não emergenciais, não urgentes, em cujos casos quando o MGB não for bem-sucedido em determinar que o pagamento será feito por seus serviços. De acordo com a [Seção III\(F\)\(2\)](#) a seguir, os pacientes com o Health Safety Net Integral e Health Safety Net Parcial serão presumivelmente elegíveis para obter Assistência Financeira; os pacientes poderão buscar serviços elegíveis (de acordo com a [Seção III\(C\)](#)) sem uma Candidatura de Assistência Financeira. Os serviços determinados como não medicamente necessários podem ser deferidos indefinidamente até que acordos de pagamento adequados possam ser feitos. Esses incluem, mas não estão limitados a:

- cirurgia cosmética
- serviços sociais, educacionais e vocacionais

C. Aquisição e Verificação das Informações do Paciente

- O MGB se esforçará diligentemente para identificar positivamente todos os pacientes e obter, registrar e verificar as informações demográficas e financeiras completas para cada paciente buscando assistência.
- As informações a serem obtidas incluirá as informações demográficas (como nome do paciente, endereço, número de telefone, número do seguro social, se aplicável, sexo, data de nascimento e identificação de paciente aplicável) e as informações de seguro da saúde (incluindo nome e endereço, informações do assinante e informações de benefício como copagamento, franquia e quantias de cosseguro) suficientes para fixar pagamento para serviços.

- A exigência para a obtenção pelo MGB das informações completas será sempre atenuada pela condição do paciente, com as necessidades de cuidados da saúde imediatas do paciente tendo prioridade.
- É a obrigação do paciente fornecer informações de seguro e demográficas pontuais e saber quais serviços são cobertos por sua política de seguro.

D. Responsabilidade do Paciente

É a obrigação do paciente:

- Fornecer informações de seguro e demográficas completas e pontuais e informar ao MGB (e ao Estado se o paciente está em um Programa Estadual) sobre quaisquer alterações em suas informações de seguro ou demográficas incluindo, mas não limitadas a, alterações no estado de renda ou seguro.
- Candidatar-se para e manter cobertura por meio de qualquer programa(s) patrocinado(s) pelo governo em que possa se qualificar, incluindo o envio de toda a documentação necessária dentro dos cronogramas necessários. Todos os pacientes devem obter e manter a cobertura de seguro, se uma cobertura acessível estiver disponível a eles.
- Notificar o MGB sobre qualquer cobertura de Acidente de Veículo Motorizado, cobertura de Responsabilidade de Terceiro ou cobertura de Indenização a Trabalhadores ([Seção IV\(D\)](#) e [Seção V\(F\)](#)).
 - Para os pacientes cobertos por um Programa Estadual, apresentar um pedido de indenização, se disponível, em relação a qualquer acidente, lesão ou perda e notificar ao Programa Estadual (por ex.: Escritório do Medicaid e a Health Safety Net) dentro de dez dias das informações relacionadas a qualquer pedido de ação jurídica ou seguro que cobrirá a despesa dos serviços fornecidos pelo MGB.
 - Ao doente deve ainda ser exigido que atribua o direito a um pagamento de terceiro que cobrirá as despesas dos serviços pagos pelo Escritório do Medicaid ou Health Safety Net de Massachusetts.
 - O Estado de New Hampshire não pode faturar a cobertura do veículo automóvel. O doente tem a opção de faturar ao seu seguro de saúde ou ser responsável pelo doente.
- Esforçar-se razoavelmente para entender os limites de sua cobertura de seguro incluindo limitações de rede, limitações de cobertura de serviço e responsabilidades financeiras devido à cobertura limitada, copagamentos, cosseguro e franquias.
- Seguir indicação de seguro, pré-autorização e outras políticas de gerenciamento médico, onde aplicável.
- Concluir quaisquer outros requisitos de seguro, incluindo, mas não limitados à conclusão da coordenação dos formulários de benefícios, atualizando as informações de membro e atualizando as informações de médico.
- Pagar valores de copagamentos, franquias e cosseguros a tempo hábil.
- Proporcionar atualizações pontuais sobre elegibilidade de demografia, de seguro e da HSN e dados de franquia anual.

E. Política de Não Discriminação

O MGB não discriminará com base na raça, cor, origem nacional, cidadania, estado de estrangeiro, religião, credo, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, idade ou deficiência, em suas políticas ou em sua aplicação de políticas, sobre a aquisição e verificação das informações financeiras, pré-admissão ou depósitos de pré-tratamento, planos de pagamento, admissões deferidas ou rejeitadas ou elegibilidade para a Health Safety Net.

IV. Cobrança e Coletas do Paciente

A. Visão geral

Os Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB esforçar-se-ão diligentemente para coletar todos os encargos devidos das seguradoras de acordo com os padrões da indústria e buscarão aplicar pagamentos e ajustes contratuais em uma base pontual à conta do paciente. Esses esforços incluirão a cobrança de todos os planos de seguro disponíveis de acordo com os requisitos dos pagadores e pontualmente acompanhar os pedidos negados. Os pacientes ou outros fiadores serão responsabilizados por todos os saldos de contas que permanecerem após a aplicação de todos os pagamentos de seguro, ajustes contratuais e concordam com desconto/ajustes de acordo com qualquer aviso de remessa recebido do pagador, exceto onde o saldo possa ser enviado à HSN ou considerado isento das ações de cobrança de acordo com o regulamento estadual. As ações de cobrança podem incluir as declarações do paciente, cartas do paciente, contatos telefônicos e notificações finais de cobrança certificadas.

B. Cobrança do Paciente

O MGB tem um processo consistente para enviar e coletar pagamento para serviços nos Hospitais de Cuidados Pós-Agudos e outros Provedores do MGB (veja o [Apêndice A](#) para obter a lista completa). O MGB seguirá o seguinte procedimento de coleta/cobrança:

- Uma cobrança inicial é enviada ao paciente ou para a parte responsável pelas obrigações financeiras individuais do paciente (por ex.: pagador terceiro)
- O MGB enviará cobranças subsequentes, chamadas telefônicas, cartas de cobrança, notificações por e-mail, ou qualquer outro método de comunicação empregado pelo MGB (veja a [Seção IV\(C\)](#)) que constitui um esforço genuíno para entrar em contato com a parte responsável pela conta não paga.
- Tentaremos coletar um saldo em aberto por 120 dias a partir da data do serviço.
- Após 90 dias, uma notificação final de cobrança será enviada. As contas ED acima de US\$ 1.000 serão enviadas por meio de correio certificado.
- Vamos reter a documentação desses esforços de acordo com as políticas de retenção de documento interno.

C. Declarações de Paciente, Cartas e Ligações

Os Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB, diretamente ou através de seus agentes designados, prepararão ou enviarão por correio declarações a pacientes em uma base regular para os aconselhar sobre os saldos devidos. Na medida do possível, o paciente receberá um resumo de todas as cobranças, pagamentos e ajustes incluídos com a cobrança inicial para cada data do serviço. No geral, os pacientes devem receber quatro (4) ou mais declarações não físicas/físicas ou cartas no decorrer do curso de um ciclo de cobrança esperado a durar no mínimo 120 dias, desde que as outras ações não ocorram que indiquem que essa cobrança adicional é não-aconselhável.

1. Ligações e Cartas de Cobrança

Os Hospitais de Cuidados da Saúde e outros provedores do MGB esforçar-se-ão para coletar todos os saldos em aberto devidos ao MGB. O esforço de cobrança gasto variará dependendo de vários fatores incluindo, mas não limitado ao saldo das contas e o histórico de coleta anterior do paciente. Esforços de coleta adicionais podem incluir ligações, e-mail e cartas do paciente para complementar o processo de declaração do paciente de rotina conforme descrito na [Seção IV\(B\)](#). Na medida do possível, essas ligações e cartas incluirão lembretes sobre a disponibilidade da assistência financeira.

2. Notificação da Disponibilidade da Assistência Financeira

As declarações do paciente incluirão quaisquer notificações necessárias pelos regulamentos para informar aos pacientes sobre a disponibilidade e meios para acessar a assistência financeira. O idioma e conteúdo dessas notificações se conformarão com os regulamentos do Escritório Executivo de Serviços da Saúde e Humanos (EOHHS) e IRS 501(r). As notificações sobre a disponibilidade da assistência financeira também serão incluídas em todas as outras comunicações por escrito e verbais na medida do que for viável. Para obter mais informações, veja a [Assistência Financeira e Paciente Sem Seguro](#).

3. Pacientes Protegidos da Ação de Cobrança

Os Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB adotarão as etapas razoáveis para assegurar que nenhuma ação de cobrança, incluindo chamadas telefônicas, declarações ou cartas, sejam iniciadas por aqueles saldos de pacientes que possam ser isentos da ação de cobrança pelo regulamento, incluindo pacientes determinados como Pacientes de Baixa Renda pelo Escritório do Medicaid (exceto para Paciente de Baixa Renda Apenas para Odontologia), ou inscritos no MassHealth/Medicaid, Plano de Segurança Médica Infantil (CMSIP) com uma renda familiar MAGI igual a, ou menor do que 300% da FPG, NH Medicaid com uma renda familiar MAGI igual a, ou menor do que 250% da FPG, Auxílio Emergencial ao Idoso, Deficiente e Crianças (EAEDC) e Health Safety Net (Integral ou Parcial).

- Se for determinado que um paciente estava inscrito numa dessas categorias, todas as ações de cobrança (exceto co-pagamentos aplicáveis, franquias, despesas Medicaid e franquias HSN) com o paciente serão encerradas para serviços que ocorreram durante o período de elegibilidade do paciente.
- As ações de cobrança também cessarão pelo tempo que o paciente for determinado como Baixa Renda se o saldo for de um período quando o paciente não estava inscrito em um programa de qualificação.
- Os Hospitais de Cuidados da Saúde e outros provedores do MGB podem continuar a enviar cargas solicitando informações ou ação pelo paciente para solucionar problemas de cobertura e/ou elegibilidade com um pagador primário, Programa de Indenização a Trabalhadores ou para obter qualquer responsabilidade civil ou informações sobre o portador MVA.

4. Notificação de Cobrança Final

Os Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB farão os esforços razoáveis para enviar a cada paciente uma notificação de cobrança final antes da conta ser amortizada como Crédito Ruim. Na maioria dos casos, o aviso de cobrança final será incluído na declaração do fiador (parte responsável).

5. Suspensão de Cobrança

Em determinadas situações, a atividade de cobrança e coleta continuada pode ser inapropriada e pode ser suspensa ou descontinuada. Essas situações incluem, mas não estão limitadas a: Endereço Incorreto ([Secção IV\(C\)\(7\)](#)), casos de falência ([Secção IV\(D\)\(1\)](#)), paciente falecido ([Secção IV\(D\)\(2\)](#)), reclamação de paciente ou problema de atendimento ao cliente, Saldos Pequenos ([Secção IV\(C\)\(8\)](#)), determinações do MassHealth ou de Baixa Renda pendentes ([Secção V\(E\)\(5\)](#)).

6. Dívidas Incobráveis de Emergência

Para aqueles casos em que uma conta está sendo considerada para candidatura ao HSN como Crédito Ruim Emergencial, Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB assegurarão que as seguintes condições sejam atendidas:

- A conta foi sujeita à ação de cobrança contínua por um mínimo de 120 dias.
- Foi efetuado um inquérito de elegibilidade ao Sistema de Informação de Gestão da Medicaid (MMIS) para verificar a cobertura.
- Os serviços fornecidos se qualificam como Emergenciais ou Urgentes de acordo com as definições nesta política.
- Uma notificação de cobrança final foi enviada por correspondência para saldos de US\$ 1.000 ou mais. As contas adequadamente documentadas como contas de Endereço Incorreto podem ser submetidas à HSN sem o envio de uma notificação de cobrança final por meio de correspondência certificada desde que 120 dias tenham decorrido desde a cobrança inicial e que após um esforço razoável, o MGB foi incapaz de obter um endereço atualizado. Tentativas razoáveis serão feitas para notificar os moradores de MA que a HSN pode fornecer detalhes sobre quaisquer reclamações enviadas ao empregador do paciente.

7. Devoluções Devido a Endereços Incorretos

Os Hospitais de Cuidados da Saúde e outros provedores do MGB farão esforços razoáveis para rastrear e responder a todas as declarações de pacientes devolvidas pelo USPS que não forem entregáveis. Após uma conta ter sido sinalizada como Endereço Incorreto, nenhuma declaração ou carta posterior será processada a não ser que um novo endereço tenha sido identificado. Contas com Endereços Incorretos serão sinalizadas no sistema de Registro para alertar qualquer funcionário envolvido no processo de registro para obter um novo endereço do paciente. As contas em que a maioria das informações demográficas contêm um Endereço Incorreto podem ser referidas a agências externas como Crédito Ruim para acompanhamento adicional exceto quando contas de Crédito Ruim Emergencial potenciais serão seguidas por 120 dias antes da colocação.

8. Ajuste de Saldo Pequeno

Reconhecendo a despesa com processamento de declarações e atividades de cobrança, o MGB poderá suprimir declarações de contas abaixo de seu limiar de “cobrança de pouco dólar”. Similarmente, após a cobrança, o MGB pode limitar atividade de cobrança e pesquisa em saldos pequenos e ajustar as contas abaixo de seu limiar de “amortização de saldo pequeno”. Sob nenhuma circunstância ajustes de saldo pequeno adotados sob esta seção serão cobrados à HSN. O limiar de saldo baixo típico se aplica a saldos de conta do fiador abaixo de US\$ 10,00.

9. Notificação de Sobretaxa

O MGB manterá um processo para identificar todos os saldos de paciente sujeitos à Sobretaxa de Fundo de Fideicomisso da Health Safety Net conforme especificado no 101 CMR 614. Os valores de sobretaxa serão cobrados ao paciente e os fundos coletados remetidos à HSN de acordo com o seu cronograma solicitado, excluindo o Wentworth-Douglass Hospital

10. Nenhuma Cobrança de Saldo

O MGB manterá um processo para identificar todos os saldos do paciente que, de acordo com a “Lei Para Evitar Surpresas da Lei de Apropriações Consolidadas de 2021”, não permitiria cobrança de saldo. Essas contas/saldos são relacionados ao seguinte: (1) serviços emergenciais fora da rede; (2) serviços não emergenciais por provedores não participantes em determinadas instalações de cuidados da saúde participantes (a não ser que os requisitos de notificação e consentimento sejam atendidos) e (3) divulgação das proteções de pacientes contra cobrança de saldo (contas de notificação de consentimento).

- As Contas de Pacientes do MGB não cobrarão saldo de pacientes por serviços de provedor fora da rede identificados quando não for obtido a Notificação e Consentimento, ou quaisquer serviços de prestadores de serviços de provedor auxiliar ou excluído fora da rede, de acordo com os requisitos delineados pela NSA.
- As contas de pacientes do MGB não cobrarão pacientes por valores acima da responsabilidade de paciente baseada na Quantia de Pagamento de Qualificação (QPA) para pedidos aplicáveis; os saldos não cobráveis ao paciente serão amortizados usando o código de ajuste NSA apropriado.

D. Situações Especiais - Cobrança

1. Falência do Paciente

O MGB esforçar-se-á razoavelmente para rastrear todas as notificações de Falência e mantê-las arquivadas para assegurar que todos os procedimentos de tribunal aprovados sejam seguidos, incluindo o arquivamento de pedidos com o Tribunal conforme apropriado para a anistia do débito.

2. Pacientes Falecidos

Quando apropriado e com boa relação custo-benefício, o MGB realizará buscas de propriedades, cobrará propriedades e arquivará penhoras contra a propriedade.

3. Acidentes de Veículos Motorizados (MVA) e Responsabilidade de Terceiros (MA)

- Esforços razoáveis serão feitos para cobrar o portador MVA/TPL para receber quaisquer valores de Proteção contra Lesão Pessoal (PIP) disponíveis.
- Pedidos de seguro serão processados após o PIP ser esgotado.
- O MGB também poderá arquivar uma penhora contra pagamentos de Lesão Corporal feitos pelo portador MVA ao paciente se pudermos estabelecer o nome do advogado do paciente gerenciando o pedido.
- os pedidos não serão submetidos à HSN até que se esgotem os esforços diligentes para receber saldos de outras partes.
- Na medida do possível, os pacientes serão lembrados sobre o dever de relatar qualquer pedido de TPL potencial dentro de dez dias da abertura de uma reclamação ao Escritório do Medicaid ou HSN. Quaisquer recuperações recebidas após o envio de um pedido à HSN serão indenizadas de acordo com o pedido original e relatadas à HSN incluindo anulações ou devoluções exigidas.

4. Acidentes de Veículos Motorizados (MVA) e Responsabilidade de Terceiros (NH)

Os pacientes com cobertura de seguro de saúde podem optar pela cobrança do MGB de seu seguro de saúde. Os saldos cobrados ao paciente não serão sujeitos a nenhum desconto ou ajuste de rotina. O Estado de New Hampshire não pode faturar a cobertura do veículo automóvel.

5. Indemnização a Trabalhadores

Uma reclamação da WCA é geralmente estabelecida inteiramente com a portadora WCA se a cobertura for válida. O MGB fará tentativas razoáveis para buscar a cobertura WCA incluindo o arquivamento de ações judiciais. Se não há cobertura WCA, então o pedido é gerenciada na forma típica.

6. Cobertura Secundária da HSN

O MGB esforçar-se-á diligentemente para limitar o envio dos pedidos à HSN como cobertura secundária para aqueles saldos que possam ser cobertos pela HSN, incluindo franquias, cosseguro e serviços não cobertos. Isto inclui os casos em que um paciente esgotou seu benefício ou cuja inscrição com o pagador não foi ativo no momento do(s) serviço(s) rendido.

Os pedidos por serviços negados devido a uma falha técnica com o pedido ou outra negação técnica conforme destacado no 101 CMR 613.03(1)(c) não serão enviados à HSN. Se o MGB receber um pagamento adicional ou corrigido em um pedido previamente enviado à HSN, então um pedido corrigido será enviado à HSN, excluindo o Wentworth-Douglass Hospital

7. Franquia HSN Parcial

O MGB cobrará pacientes 100% de sua Franquia HSN Parcial anual até que os encargos iguais à franquia anual do paciente tenham sido cobrados, incluindo quaisquer saldos incluídos nos planos de pagamento. Os pedidos não serão enviados à HSN até que a franquia do paciente tenha sido cumprida. Isto inclui todas as instalações de satélite e as Centrais de Saúde do Hospital que estão operando como parte da licença do MGB (veja o [Apêndice A](#)).

8. Vítimas de Crimes Violentos

Os pacientes que apresentarem um pedido ao programa de Vítima de Crime Violento do Procurador-Geral devem notificar a MGB's Patient Billing Solutions se receberem uma fatura. Assim que a MGB tiver conhecimento da apresentação de um pedido, todos os pedidos qualificados serão enviados diretamente para o Gabinete do Procurador-Geral. Se o pedido do paciente estiver pendente, a faturação ao paciente será suspensa até que o processo esteja concluído. Os pagamentos recebidos do programa "Vítima de crime violento" são geralmente considerados como pagamento integral.

- Para aceder a estes programas, visite:
 - MA: www.mass.gov/massachusetts-victims-of-violent-crime-compensation
 - NH: www.doj.nh.gov/bureaus/victims-compensation-program
 - ME: www.maine.gov/ag/crime/victims_compensation

V. Compensação Financeira

A. Visão geral

O MGB esforçar-se-á diligentemente para determinar a responsabilidade financeira do paciente assim que razoavelmente possível no decorrer da assistência do paciente. Onde viável, os Hospitais de Cuidados da Saúde e outros provedores do MGB coletarão valores de copagamentos, franquias, cosseguros ou depósitos necessários antes de qualquer prestação de serviços. Os pacientes membros de planos de saúde de assistência gerenciada ou planos de seguro com requisitos de acesso específico, são responsáveis por compreender e cumprir com os requisitos do plano de seguro, incluindo indicações, autorizações ou outras restrições da 'rede'. O MGB solicitará qualquer pré-aprovação, autorização ou garantias de pagamento necessárias da seguradora sempre que possível. Sob algumas circunstâncias, incluindo a entrega de serviço Emergencial e Urgente; essas indicações e autorizações podem ocorrer após a prestação dos serviços.

Todos os pacientes que incorrerem um saldo para serviços serão informados sobre a disponibilidade dos serviços de Aconselhamento Financeiro do Paciente para auxiliá-los no cumprimento de sua responsabilidade financeira. O MGB fará seus melhores esforços para aconselhar todos os pacientes

sobre qualquer responsabilidade financeira significativa antes da prestação do serviço na medida que essas informações forem disponibilizadas. A triagem consistente com a EMTALA será concluída antes das atividades para determinar a responsabilidade financeira do paciente.

B. Preparação de Estimativas

De acordo com o M.G.L. c. 111 s. 228 para o estado de Massachusetts, Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB fornecerão estimativas aos pacientes mediante a solicitação dentro de dois dias úteis da data da solicitação por quanto um paciente possa pagar pelo seguinte (com base no plano de seguro do paciente):

- Duração estimada da estadia no hospital
- Procedimento médicos
- Serviços de cuidados da saúde
- Potenciais Despesas não cobertas

Cuidados de Especialidade

O departamento responsável pelo fornecimento das estimativas varia consoante o local, mas geralmente envolve a Equipe de Experiência Financeira do Paciente e/ou o Aconselhamento Financeiro ao Paciente. O MGB manterá um processo de estimativa de paciente de autosserviço no seu site (www.patientgateway.org) para ambos os pacientes registrados e não registrados com acesso a uma ampla gama de serviços de acordo com os regulamentos do Centro para Transparência de Preços de Serviços Medicare. Detalhes adicionais sobre processos de estimativa estão na Política de Estimativas e Procedimento incluindo os requisitos específicos para fornecer uma estimativa finalizada ao paciente por escrito junto com as opções de pagamento.

1. Estimativas de Boa Fé

- Os funcionários de Acesso do Paciente fornecerão uma Estimativa de Boa-Fé (GFE) para pacientes com pagamento total pelo próprio agendados com dez ou mais dias antes do serviço dentro de três dias úteis a partir da data do agendamento. Quando agendado três dias antes do serviço, dentro de um dia útil após o agendamento e quando solicitado, dentro de três dias.
- Em determinados cenários, a responsabilidade do paciente acima do valor estimado pode ser amortizada.
- Estimativas de Boa-Fé incluirão o seguinte:
 - a. Códigos de diagnóstico
 - b. Código de serviço esperado
 - c. Cobranças esperadas
 - d. Nome do paciente e Data de Nascimento
 - e. Descrição do item ou serviço primário
 - f. Data que o item ou serviço foi agendado
 - g. Nome do provedor
 - h. NPI e TIN
 - i. Localização do provedor
- Estimativas de boa-fé incluirão os seguintes avisos legais:
 - a. A estimativa de boa-fé é uma estimativa e sujeita à alteração
 - b. Pode haver itens ou serviços adicionais contidos na estimativa de boa-fé
 - c. Notificação do direito de disputa do paciente
 - d. A estimativa de boa-fé não é um contrato

C. Pacientes segurados

- Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB farão todos os esforços para validar o estado de seguro do paciente e de acordo com o M.G.L. c. 111 s. 228 notificarão o paciente se o provedor está fora do plano de benefício de paciente (por ex.: o provedor está fora da rede). O MGB também auxiliará o paciente no cumprimento dos requisitos de seu plano de seguro de saúde, de acordo com os princípios previamente destacados na [Seção III\(D\)](#).
- Sempre que possível, esta verificação incluirá uma determinação da responsabilidade financeira esperada do paciente, incluindo co-seguro, franquias e co-pagamentos aplicáveis, ou saldos de pagamento por conta própria.
- Onde viável e clinicamente apropriado, o pagamento de quaisquer valores pré-determinados (copagamento, franquias fixas) serão solicitados do paciente antes ou no momento do serviço.
- Em alguns casos, o plano de seguro do paciente e tipo de cobertura podem não permitir uma determinação exata da responsabilidade financeira do paciente para serviços no momento de registro. Nesses casos, o MGB pode solicitar um depósito igual à melhor estimativa da responsabilidade financeira do paciente esperada.
- Os pacientes incapazes de fornecer pagamento podem ser indicados para Aconselhamento Financeiro do Paciente e a [Política de Assistência Financeira e Desconto para Pacientes Sem Seguro](#).

1. Planos de Seguro Contratados

Os contratos do MGB com um grande número de planos de seguro. Nesses casos, o MGB buscará pagamento do plano de seguro para todos os serviços cobertos.

- O pagamento de paciente de todos os valores de copagamentos, franquias e cosseguros serão solicitados antes da prestação dos serviços.
- Se um serviço particular for determinado pela seguradora como não coberto ou de outra forma rejeitado para pagamento, então o pagamento para esse serviço será buscado diretamente do paciente de acordo com o contrato de serviço relevante.
- Sempre que possível, o MGB auxiliará o paciente na apelação de negações ou outros julgamentos adversos com seu plano de seguro reconhecendo que o plano de seguro frequentemente exige essas apelações a serem realizadas pelo paciente.

2. Planos de Seguro Não Contratados

- O MGB prolongará a cortesia de cobrança de uma empresa de seguro do paciente nos casos em que o MGB não tem um contrato com uma seguradora, quando autorização tiver sido obtida ou sabe-se que o paciente tem benefícios fora da rede.
- Enquanto o MGB cobrar o plano de seguro do paciente, a responsabilidade financeira definitiva repousa com o paciente ou o fiador e a falha da seguradora em responder a cobrança a tempo hábil pode resultar na cobrança do paciente diretamente para os serviços, exceto nos casos onde o paciente esteja protegido das ações de cobrança ([Seção IV\(C\)\(3\)](#)).
- Os saldos remanescentes após qualquer pagamento de seguro poderão ser cobrados ao paciente.
- Sempre que possível, o MGB auxiliará o paciente na apelação de negações ou outros julgamentos adversos com seu plano de seguro reconhecendo que o plano de seguro frequentemente exige que a apelação seja realizada pelo paciente.

3. Notificação e Consentimento

- O MGB fornecerá Notificação e Consentimento a seus pacientes em conformidade de boa-fé com os requisitos de Notificação e Consentimento da Lei de Serviço da Saúde Pública (Lei de PHS), incluindo:
- Os funcionários do Acesso de Paciente do MGB identificarão serviços não participantes sujeitos aos requisitos de Notificação e Consentimento da Lei Para Evitar Surpresas[1] e fornecerá e obterá Notificação e Consentimento dentro dos cronogramas a seguir de acordo com os requisitos da NSA destacados:
- Se o agendamento for feito 72 horas antes que os itens ou serviços forem fornecidos, os documentos de Notificação e Consentimento serão fornecidos 72 horas antes que os itens ou serviços serem fornecidos.
- Se o indivíduo fizer um agendamento para os itens ou serviços relevantes dentro de 72 horas da data que os itens e serviços deverão ser fornecidos, esses documentos serão fornecidos no dia que o agendamento for programado.
- Em uma situação onde um indivíduo é fornecido com os documentos de Notificação e Consentimento no dia que os itens ou serviços serem fornecidos, incluindo para serviços de pós-estabilização, os documentos serão fornecidos não mais do que três horas antes do fornecimento dos itens ou serviços relevantes.
 - Os funcionários do Acesso de Paciente do MGB não exigirão Notificação e Consentimento por serviços onde a Notificação e Consentimento não for aplicável, de acordo com os requisitos da NSA destacados (por ex.: emergencial, complementar).
 - Os funcionários do Acesso de Paciente do MGB fornecerão o formulário de Notificação e Consentimento fisicamente separado de, e não incorporado com outros documentos.

D. Pacientes Sem Seguro (Pagamento Total Pelo Próprio)

Os pacientes que não tem seguro de saúde e não foi anteriormente determinado como aprovados para Assistência Financeira, ou Paciente de Baixa Renda conforme adiante descrito na [Seção V\(E\)](#), serão solicitados a fornecer um depósito adiantado de serviços não necessários a ser realizados pela EMTALA.

- O depósito será igual a 100% das cobranças estimadas para o serviço a ser fornecido, menos qualquer desconto (veja a [Seção V\(E\)](#)).
 - Nesses casos, onde uma estimativa precisa dos encargos não é possível, o MGB poderá cobrar um valor de depósito pré-determinado ou de outra forma assegurar garantias de pagamento.
- Se o paciente não fornecer o depósito ou indicar uma incapacidade para pagar o depósito, então o paciente pode ser indicado ao [Aconselhamento Financeiro de Paciente](#).
- Todos os pacientes serão fornecidos com informações sobre quaisquer programas de Assistência Financeira disponíveis a eles.
- Os moradores sem seguro serão oferecidos com Aconselhamento Financeiro para determinar sua elegibilidade para quaisquer dos Programas Estaduais disponíveis ou outros programas patrocinados do governo, assim como o fornecimento das informações para auxiliar o paciente na aplicação para esses programas.
 - Os Programas Estaduais incluem, mas não são limitados a: Medicaid, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net.
 - Se não há necessidade imediata para fornecer serviços, o serviço de admissão ou ambulatorial pode ser deferido ou cancelado até a época em que o paciente seja capaz de pagar, fazer acordos financeiros adequados, obter seguro ou se inscrever em um programa de assistência financeira que cobrirá o serviço.

E. Pacientes de Baixa Renda (moradores de Massachusetts)

1. Definição e Elegibilidade

- Os Pacientes de Baixa Renda são definidos como atendendo os critérios no MA 101 CMR 613.04(1).
- Isto geralmente inclui pacientes que são moradores de Massachusetts que se candidataram para cobertura com o EOHHS e têm uma Renda Bruta Ajustada Modificada (MAGI) de MA igual a ou menor do que 300% das Regras Federais da Pobreza (FPG).
- O estado de elegibilidade do Paciente para cobertura sob qualquer programa (Medicaid, Health Safety Net e Children's Medical Security Plan (CMSP) sob 300%) será verificado no momento do registro.
- As limitações destacadas nesta seção para Pacientes de Baixa Renda são necessárias para os serviços nos Hospitais de Cuidados da Saúde (consulte o [Apêndice A](#)) e Centros de Saúde Federalmente Qualificados em Massachusetts e geralmente exclui serviços nas práticas de afiliados, hospitais em New Hampshire, McLean Hospital e a Spaulding Rehabilitation Network. Descontos para serviços nessas entidades estão incluídos na [Política de Assistência Financeira e Desconto para Pacientes Sem Seguro](#).

Pacientes com Baixos Rendimentos (residentes em New Hampshire)

- O rendimento bruto de New Hampshire é igual ou inferior a 250% das diretrizes federais para a pobreza
- O rendimento bruto WDH Dental Center é igual ou inferior a 300% das diretrizes federais para a pobreza

2. Limitações de Serviço

Os pacientes identificados como Pacientes de Baixa Renda serão, na medida do possível, fornecidos com serviços consistentes com as diretrizes de cobertura tanto da HSN quanto do Medicaid, incluindo, as limitações de “serviço elegível” (sob os regulamentos estaduais e o formulário de medicamento aplicável).

3. HSN Dificuldades Médicas

Um morador de Massachusetts em qualquer nível de renda pode se qualificar para o HSN Dificuldades Médicas se suas despesas médicas permissíveis excederem a renda familiar além de sua habilidade de pagar por serviços elegíveis. Este programa retrospectivo é de acordo com os regulamentos, limitado em âmbito, é uma determinação de uma única vez por ano e não é uma categoria de cobertura (101 CMR 613.05). Só pode haver candidatura para este programa após a prestação do serviço quando o paciente incorreu uma responsabilidade financeira.

a. Qualificação de Despesas

O tipo e quantidade de despesas médicas permissíveis estão especificados no 101 CMR 613.05. Contas pagas e não pagas com datas de serviço até 12 meses antes da data de candidatura podem ser enviadas com um limite de duas candidaturas dentro de um período de 12 meses.

b. Processo de Candidatura

O MGB auxiliará o paciente na coleta de todas as informações aplicáveis e enviará candidaturas do Dificuldades Médicas para a HSN para revisão e aprovação ou fornecerá ao paciente as informações necessárias para a candidatura. Os pacientes têm a responsabilidade de coletar e enviar documentação de todas as despesas médicas qualificadas. O MGB é exigido a enviar as candidaturas à HSN dentro de cinco dias do recebimento de toda a documentação e verificações do paciente.

c. Determinação

A HSN determinará a qualificação do paciente para o programa e notificará ao MGB sobre quais contas são as responsabilidades do paciente e quais contas podem ser enviadas à HSN. A Determinação do programa Dificuldades Médicas está limitada às contas incluídas com a candidatura. Não há período de elegibilidade e as contas podem apenas ser usadas uma vez após suportar uma candidatura.

d. Proteção contra Cobrança

Todas as ações de cobrança serão descontinuadas para todos os saldos determinados pela HSN a serem elegíveis para cobertura sob o programa Dificuldades Médicas. Isto inclui saldos que possam ter sido atribuídos a um agente externo ou agência de cobrança trabalhando em nome do MGB. Se o MGB falhar em se candidatar dentro de cinco dias após receber todas as verificações do paciente, então todos os saldos que possam ter se qualificado sob o programa Dificuldades Médicas são protegidos contra ações de cobrança.

4. Responsabilidade Financeira de Pacientes de Baixa Renda

A responsabilidade financeira para um Paciente de Baixa Renda está limitada a copagamentos (a partir de qualquer pagador exceto Medicare) ou franquias determinadas pela HSN.

a. Copagamentos Farmacêuticos

Pacientes de baixa renda acima de 18 anos são responsáveis por copagamentos para serviços farmacêuticos. Consistente com as políticas gerais, copagamentos serão solicitados no momento dos serviços. Copagamentos não-pagos serão tratados como uma responsabilidade de paciente e coletados de acordo com o processo de coleta de pagamento total pelo próprio.

b. Depósitos para Pacientes de Baixa Renda designados como HSN Parcial ou Dificuldades Médicas

Os depósitos serão solicitados desses pacientes desde que esta seja a cobertura primária para os saldos abertos para todos os serviços necessários Não Emergenciais ou Não Urgentes ([Seção III\(B\)\(2\)](#)). O estado atual da franquia de família anual do paciente será revisto e um depósito da franquia anual do paciente, ou contribuição para Dificuldades poderá ser cobrado ao paciente.

c. Planos de Pagamento

Os Pacientes de Baixa Renda serão notificados sobre a disponibilidade dos planos de pagamento para satisfazer todos os saldos abertos de acordo com os termos especificados na [Seção VI\(B\)](#).

d. Serviços Não Elegíveis

Os Pacientes de Baixa Renda serão exigidos a pagar por quaisquer Serviços Não Elegíveis, incluindo, mas não limitados a Serviços de Infertilidade, Serviços Cosméticos ou serviços de pediatria não-medicamente necessários ([Seção III\(B\)\(2\)](#)), antecipadamente, desde que o paciente seja informado da despesa máxima desses serviços e sinalizar um reconhecimento de que os serviços não são cobertos pela HSN ou quaisquer outros programas de assistência do Massachusetts. Os serviços serão deferidos até que o pagamento seja feito de acordo com as diretrizes na [Seção III\(B\)\(2\)](#).

e. Hospitais de Saúde e Reabilitação Comportamental

A responsabilidade financeira para esses serviços está coberta na [Política de Assistência Financeira e Desconto para Pacientes Sem Seguro](#).

5. Determinações de Estado Pendente

Os pacientes para quem o MGB enviou uma candidatura para um programa patrocinado pelo estado ou algum outro programa patrocinado pelo governo geralmente terá suas contas retidas por até 30 dias enquanto aguardam determinação. Após 30 dias, poderão ser processados como Pagamento Total Pelo Próprio até que uma determinação tenha sido feita. Os Requisitos para depósitos podem ser dispensados enquanto aguardam uma determinação por um Conselheiro Financeiro do Paciente de que uma candidatura do paciente está concluída e esperada a ser aprovada.

F. Situações Especiais para Compensação Financeira – Cadastro e Responsabilidade Financeira do Paciente

Sob algumas circunstâncias, informações ou procedimentos adicionais podem ser necessários para apoiar o processamento das reclamações do paciente.

1. Indemnização a Trabalhadores

Serviços relacionados a acidentes industriais devem ser identificados apropriadamente no momento do registro. As informações adicionais necessárias do paciente inclui a data e hora do acidente, nome e número de telefone do empregador e a operadora de indenização a trabalhadores e número de telefone do empregador (veja a [Seção IV\(D\)\(5\)](#) sobre o envio das reclamações às operadoras de Indenização a Trabalhadores antes do envio da HSN.)

2. Acidentes de Veículos Motorizados (MVA) e Responsabilidade de Terceiros

Os serviços relacionados a um acidente de veículo motorizado ou outra responsabilidade de terceiro devem ser identificados apropriadamente no momento do registro. Esforços diligentes serão feitos para coletar informações adicionais necessárias para o envio de pedidos de MVA incluindo a data e a hora do acidente, a localização para casos de responsabilidade de terceiros, qualquer seguradora de automóveis conhecida (exceto em New Hampshire (NH) onde o MGB poderá não enviar pedidos para a operadora de (MVA) de qualquer advogado associado com a reclamação (se estiver disponível) (veja a [Seção IV\(D\)\(3\)](#) sobre o envio dos pedidos às operadoras de responsabilidade de MVA no MA antes do envio da HSN.)

- No NH, a pedido será apresentado com o seguro médico do paciente ou cobrado diretamente ao paciente com base na orientação do paciente. Os serviços cobrados ao paciente por um MVA não estão sujeitos a descontos (veja a [Seção IV\(D\)\(4\)](#)).

3. Vítimas de Crimes Violentos e Violência Contra Mulheres (MA)

Os serviços relacionados a vítimas que caem sob essas categorias devem ser apropriadamente identificados no momento do registro, incluindo a criação de qualquer cobertura especial necessária quando indicado. Em alguns casos, há fundos limitados disponíveis do escritório da Procuradoria Geral da República de MA, NH e ME para compensar despesas médicas que não são de outra forma cobertas pelo seguro médico ou a Health Safety Net. As vítimas do VVA não devem ser cobradas por quaisquer serviços qualificados.

4. Lei de Tecnologia de Informações da Saúde para a Saúde Econômica e Clínica de 2010 (HITECH)

Fornece aos pacientes o direito no momento do serviço para solicitar que suas Informações de Saúde de Paciente (PHI) sobre um item ou serviço específico não sejam enviadas para seu seguro de saúde para propósitos de pagamento.

- Espera-se que o paciente pague qualquer saldo em aberto integralmente no momento do serviço ou mediante o recebimento das declarações.
- A HITECH apenas permite ao paciente não ter seguro cobrado.
- A HITECH impede qualquer divulgação de informações a terceiros na visita identificada. Não nega ao paciente a responsabilidade financeira do paciente para o pagamento de contas.

5. Candidaturas Confidenciais da HSN

As candidaturas confidenciais podem ser enviadas sob duas circunstâncias.

- Menores de idade: As candidaturas confidenciais podem ser enviadas por menores de idade apresentando serviços de planejamento de família e serviços relacionados a doenças sexualmente transmissíveis. Essas candidaturas podem ser processadas sob a renda do menor de idade sem qualquer relação com a renda familiar.
- Indivíduos Feridos ou Abusados: Esses indivíduos também podem se candidatar para a cobertura HSN na base da renda individual. Esses pacientes podem ser aprovados por toda a gama de serviços cobertos pela HSN.

6. Pessoas Não Documentadas

Os pacientes podem estar preocupados sobre as implicações de imigração de candidatar-se para estado de Paciente de Baixa Renda.

- Os pacientes com meios limitados devem ser incentivados a se candidatar para um programa patrocinado estadual ou algum outro programa patrocinado pelo governo.
- Se o paciente continuar a expressar preocupação, os pacientes podem ser referidos a agências externas para aconselhamento.
- Os pacientes que se recusarem a se candidatar para obter assistência, continuarão a ser tratados como pagamento total pelo próprio.
- Serviços Urgentes e Emergenciais (incluindo até duas semanas de medicamentos necessários para responder a ameaças imediatas à saúde do paciente) devem continuar a ser fornecidos ([Seção IV\(B\)\(1\)](#)).
- Serviços não urgentes e não emergenciais ([Seção III\(B\)\(2\)](#)) podem ser deferidos ou cancelados até a época em que o paciente possa pagar, fazer acordos financeiros adequados, obter seguro ou inscrever-se em um programa de assistência financeira que cobrirá o serviço.

7. Estudos de Pesquisa

Serviços relacionados a estudos de pesquisa devem ser identificados no momento do registro para esse serviço para assegurar que as cobranças para esses serviços sejam enviadas ao fundo de pesquisa designado. O seguro de saúde do paciente pode ser faturado pelos encargos normais de cuidados relacionados com o estudo e o paciente pode ser facturado pelos saldos de co-pagamento, franquia e co-seguro.

8. Doadores de Órgãos

O MGB identificará os doadores de órgãos no momento do serviço e assegurará que os pedidos para esses serviços sejam aplicados ao seguro apropriado ou outra fonte de financiamento.

9. Pacientes Internacionais

Adicionalmente aos seguintes procedimentos para os pacientes Segurados ([Seção V\(C\)](#)) e Sem Seguro ([Seção V\(D\)](#)), o MGB esforçar-se-á razoavelmente para reunir informações de endereço local e permanente para moradores de países estrangeiros e adotará quaisquer ações apropriadas adicionais que forem necessárias para assegurar pré-pagamento para todos os serviços sem seguro.

G. Eventos Relatáveis Graves (SRE)

O MGB mantém a conformidade com os requisitos de cobrança aplicáveis, incluindo, os regulamentos do Departamento de Saúde Pública (105 CMR 130.332) para o não-pagamento de serviços específicos ou novas admissões que o MGB determinar que foi o resultado de Eventos Relatáveis Graves (SRE). Os SREs que não ocorrerem nos Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB (veja o [Apêndice A](#)) são excluídos desta determinação de não-pagamento. O MGB também não busca pagamento de um paciente de baixa renda determinado elegível para o programa da Health Safety Net cujos pedidos foram inicialmente negados por um programa de seguro devido a um erro administrativo de cobrança pelo MGB. O MGB também mantém todas as informações de acordo com as leis estaduais e federais de privacidade, segurança e roubo de identidade.

H. Colocação de Crédito Ruim

As contas geralmente serão amortizadas para Crédito Ruim quando esforços de cobrança interna forem esgotados. Isto geralmente ocorre após a conta ter completado seu ciclo de cobrança de 120 dias ([Seção IV\(B\)](#)). Algumas contas podem ser colocadas mais cedo do que 120 dias devido às circunstâncias de mitigação como a incapacidade de localizar o fiador (por ex.: endereço incorreto). As contas em Crédito Ruim geralmente receberão esforço de coleta adicional primariamente por Agências de Cobrança ou advogados de cobrança. O MGB assegurará que todo o acompanhamento de Crédito Ruim, independentemente se através de funcionários internos ou agência externa, cumpra com o seguinte:

1. Relatório de Crédito

O MGB e seus agentes não relatam Crédito Ruim a nenhuma agência de crédito. O MGB e seus agentes podem utilizar os serviços de uma agência de crédito para identificar a classificação de crédito de um paciente visando determinar a habilidade do paciente de cumprir suas obrigações financeiras.

2. Litígio

O MGB e seus agentes podem buscar litígio contra um paciente para assegurar um julgamento no tribunal por débitos devidos ao MGB. Em nenhum caso será utilizado um escrito de capias (conhecido como “anexo de corpo”) como parte de um esforço de cobrança.

3. Penhoras de Propriedade

O MGB apenas buscará o anexo, execução e venda da propriedade mediante a revisão e aprovação do Hospital de Cuidados Agudos ou outro CFO do provedor do MGB. Se o paciente tiver sido designado pelo Escritório do Medicaid como Baixa Renda ou qualificado para obter qualquer programa de assistência, então o MGB não buscará execução jurídica contra a residência pessoal de um paciente ou Fiador sem a aprovação específica do Conselho de Diretores.

4. Agências de Cobrança

- Qualquer busca de agência para coletar saldos de paciente em nome do MGB será necessária para conformar com esta Política de Crédito e Cobrança.
- Quaisquer reclamações de paciente substanciais serão relatadas ao MGB para revisão e rastreamento.
- Todos os agentes cumprirão totalmente os regulamentos de Cobrança de Débito Justo Federal assim como os regulamentos de cobrança de débito que podem ser determinados pelo Procurador Geral da República de Massachusetts ou o estado em que o serviço foi prestado.
- Todas as agências relatarão quaisquer cobranças ou outras ações de conta, incluindo a decisão para cessar os esforços de cobrança, a tempo hábil.
- Geralmente, as agências cessarão os esforços de cobrança em qualquer conta que lhes for colocada assim que determinarem que não há potencial para cobrança e quando não tenha havido nenhuma ação ou pagamento na conta por não mais do que um ano.

VI. Acordos de Pagamento

A. Visão geral

Os pagamentos podem ser feitos em uma variedade de cenários em todos os Hospitais de Cuidados Agudos ou outro Provedor do MGB. Acordos de pagamento para cobranças pré-serviço, planos de pagamento ou consideração de pagamento parcial de depósitos. Todos os acordos de pagamento conformarão aos critérios pré-determinados.

1. Formas de Pagamento

- Os pagamentos antecipados podem ser efetuados por cheque visado/bancário, transferência bancária (podem ser aplicadas taxas de transferência bancária) ou cartões de crédito/débito. Dinheiro físico não é aceito na maioria das localizações de hospitais. Cheques pessoais de bancos americanos são tipicamente aceitos para saldos abaixo de US\$ 5.000 a não ser que haja um histórico de cheques não compensados devido a fundos insuficientes. Cheques pessoais podem ser solicitados suficientemente de forma antecipada de um serviço agendado para permitir tempo para a verificação do cheque. Os pacientes com um histórico de crédito ruim podem ser revisados individualmente para determinar o modo de pagamento apropriado.
- Os pagamentos por cheque pessoal devem ser efetuados para o endereço de envio constante do extrato do doente, incluindo o número de conta completo, a fim de evitar atrasos ou o envio incorreto dos fundos.
- Cobrança e pagamento eletrônico: Muitas localizações do MGB fornecem acesso eletrônico a declarações e pagamento dessas declarações eletronicamente usando os cartões de crédito/débito.
- Se os pré-pagamentos estiverem a ser objeto de recurso junto do seguro de saúde, os pré-pagamentos não serão reembolsados até que o seguro de saúde receba a totalidade dos pagamentos.
- Os pagamentos são aceitos ao ligar para a Central de Atendimento das Soluções de Cobrança do Paciente ou outros centros designados de Atendimento ao Cliente.
- O MGB manterá um processo para rastrear cheques 'ruins' sem fundos suficientes e reverter quaisquer pagamentos que possam ter sido aplicados à conta do paciente. A apresentação de um cheque "sem provisão" com fundos não suficientes pode ser motivo para aplicar a conta a dívidas incobráveis.

2. Moeda

A não ser que de outra forma acordada, o pagamento será feito em Moeda americana. Pagamento feito em moeda não americana será aplicado na taxa de conversão especificada pelo banco do MGB, menos quaisquer taxas de conversão.

B. Planos de Pagamento

Planos de pagamento livres de juros estão disponíveis a todos os pacientes mediante solicitação. A aceitação final de um plano de pagamento está sujeita a uma revisão completa do estado do paciente e histórico de pagamento. Os planos de pagamento podem ser definidos no Portal do Paciente ou ao entrar em contato com as Soluções de Cobrança do Paciente em (617) 726-3884. As Soluções de Cobrança do Paciente processam e monitorizam todos os planos de pagamento dos pacientes. Os planos geralmente cobrirão saldos abertos em todas as localizações do MGB ([Apêndice A](#)).

Nenhum juros será cobrado em saldos onde um paciente concordou com um plano de pagamento e o paciente está atualizado com pagamentos.

Os planos serão revisados em uma base regular para assegurar que todos os pagamentos estejam atualizados. Se um paciente perder dois pagamentos, o MGB pode colocar a conta em Crédito Ruim. Mediante a notificação do paciente de circunstâncias financeiras alteradas, o MGB poderá reavaliar a obrigação de pagamento em aberto do paciente.

Os saldos inferiores a US\$100,00 serão automaticamente adicionados a um plano de pagamento existente, se o pagamento mensal não aumentar, mas podem prolongar o prazo do plano de pagamento. Se o pagamento mensal aumentar e/ou o(s) novo(s) saldo(s) for(em) superior(es) a US\$100,00, estes saldos não serão automaticamente adicionados a um plano de pagamento existente. A parte responsável pode adicionar novos saldos a um pagamento existente através do portal Patient Gateway ou contactando as Soluções de Cobrança do Paciente através do número 617-726-3884.

1. Planos de Pagamento para Franquias HSN Parcial e Dificuldades Médicas

Um pagamento inicial do menor de US\$ 500 ou 20% do saldo da franquia poderá ser exigido, incluindo todos os depósitos aceitos antes do serviço prestado em eventos não urgentes/não emergenciais.

VII. Saldos de Crédito e Reembolsos

Geralmente, o MGB reembolsará aos pacientes quaisquer saldos de crédito, que possam resultar da cobrança ao paciente de fundos em excesso. Nos casos onde os esforços para reembolsar um saldo de crédito do paciente/fiador for malsucedido, o MGB enviará saldos de crédito ao Tesoureiro do Commonwealth of Massachusetts de acordo com os regulamentos de Propriedade Abandonada do estado.

1. Os pagamentos em excesso e os créditos serão aplicados primeiro a quaisquer saldos pendentes em aberto com qualquer outra entidade afiliada do Mass General Brigham, incluindo contas em Dívidas Incobráveis, antes de processar quaisquer reembolsos, exceto para Cosmética, Dentária, FIV, McLean e Mass Eye and Ear. Os créditos serão reembolsados na forma original de pagamento. Um cheque pode demorar até 30 dias a partir do momento em que o cheque é compensado pelo banco. Os pagamentos em cheque são reembolsados à parte responsável para montantes iguais ou inferiores a US\$999,99. Qualquer pagamento em cheque recebido a partir de US\$1000 será devolvido ao beneficiário quando a documentação do cheque estiver disponível. Se a documentação do cheque não estiver disponível, o reembolso será emitido para a parte responsável pela conta.

2. Pagamentos com cartão de crédito efetuados com um cartão fechado ou um token expirado: O gateway de pagamento não processará um reembolso de cartão de crédito se o pagamento original tiver mais de 18 meses ou se o cartão de crédito registado tiver expirado. Estes reembolsos devem ser efetuados por cheque.
3. As transferências eletrônicas requerem documentação adicional que pode exigir a aprovação total do reembolso. As verificações exigem normalmente que os fundos sejam devolvidos à mesma conta bancária a partir da qual os fundos foram desembolsados. Esta verificação acompanha normalmente o pedido. Isto inclui também os reembolsos Flywire.

O reembolso para um Paciente Falecido: Os reembolsos serão efetuados da seguinte forma:

1. Cartão de Crédito: Emitido para o cartão de crédito se o cartão ainda puder aceitar o reembolso.
2. Estado: Se um estado tiver sido aberto e ainda estiver ativo, o reembolso será preferencialmente emitido para esse estado.
3. Se o saldo for inferior a US\$500 e não existirem bens, o reembolso pode ser emitido para o cônjuge sobrevivente, desde que este seja identificado como o parente mais próximo no ficheiro.
4. Se não existirem bens e o saldo for igual ou superior a US\$500, será pedido ao parente/cônjuge identificado que preencha uma declaração juramentada antes da emissão do reembolso.
5. Se não existirem bens e o saldo for igual ou superior a US\$500, e um familiar que não seja o cônjuge telefonar, é necessário abrir um processo de inventário voluntário.

Apêndice A: Entidades Afiliadas do Mass General Brigham

Esta política se aplica às seguintes entidades do Mass General Brigham:

Hospitais de Cuidados Agudos

Massachusetts General Hospital (MGH)
Brigham and Women's Hospital (BWH)
North Shore Medical Center (NSMC)
Newton-Wellesley Hospital (NWH)
Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)
Martha's Vineyard Hospital (MVH)
Nantucket Cottage Hospital (NCH)
Cooley Dickinson Hospital (CDH)
Wentworth Douglass Hospital (WDH)
Massachusetts Eye and Ear (MEE)

Hospitais de Saúde Comportamental

McLean Hospital (MCL)

Hospitais de Cuidados Pós-Agudos

Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)
Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC)
Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)

Organizações de Médicos

Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
North Shore Physicians Group (NSPG)
Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)

Nantucket Medical Group (NMG)
Associados do Mass Eye and Ear
Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)
Mass General Brigham Community Physicians - grupos de propriedade total
Pentucket Medical Associates (PMA)
Mystic Health Care
Assistência Residencial
Mass General Brigham Home Care
Mass General Brigham Ambulatory Care
Mass General Brigham Urgent Care

Observe que médicos associados com essas entidades, mas que cobram “de forma particular” são incentivados, mas não são exigidos, a seguir esta política. Os detalhes podem ser encontrados na [Lista de Afiliados do Provedor do Mass General Brigham](#)

Apêndice B: Candidatura de Assistência Financeira

A candidatura de Assistência Financeira do Mass General Brigham pode ser encontrada aqui:

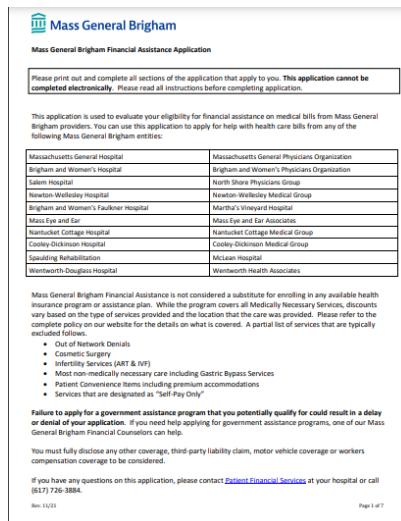
<https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf>

Assistência Financeira | Wentworth-Douglass Hospital

O Wentworth-Douglass está empenhada em fornecer serviços de saúde de qualidade a todas as pessoas da nossa área de serviço, independentemente da sua capacidade de pagamento.

<https://www.wdhospital.org/wdh/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>

A candidatura está disponível em dez idiomas em www.massgeneralbrigham.org: Inglês, árabe, chinês, crioulo haitiano, indonésio, khmer, português, russo, espanhol e vietnamita.



Mass General Brigham
Mass General Brigham Financial Assistance Application

Please print out and complete all sections of the application that apply to you. This application cannot be completed electronically. Please read all instructions before completing application.

This application is used to evaluate your eligibility for financial assistance on medical bills from Mass General Brigham providers. You can use this application to apply for help with health care bills from any of the following Mass General Brigham entities:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Norfolk Cottage Hospital	Norfolk Cottage Medical Group
Cosley Dickinson Hospital	Cosley Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham Financial Assistance is not considered a substitute for enrolling in any available health insurance program or assistance plan. While the program covers all Medically Necessary Services, discounts vary based on the type of services provided and the location that the care was provided. Please refer to the complete policy on our website for the details on what is covered. A partial list of services that are typically excluded follows:

- Out of Network Details
- Cosmetic Surgery
- Infertility Services (ART & IVF)
- Most non-medically necessary care including Gastric Bypass Services
- Patient Convenience Items including premium accommodations
- Services that are designated as "Self-Pay Only"

Failure to apply for a government assistance program that you potentially qualify for could result in a delay or denial of your application. If you need help applying for government assistance programs, one of our Mass General Brigham Financial Counselors can help.

You must fully disclose any other coverage, third-party liability claim, motor vehicle coverage or workers compensation coverage to be considered.

If you have any questions on this application, please contact [Patient Financial Services](#) at your hospital or call (617) 726-1888.

Rev 1/23 Page 1 of 7

Apêndice C: Relatórios, Auditorias e Conformidade com Regulamentos

Essas políticas são destinadas a ajudar assegurar conformidade com os regulamentos estaduais aplicáveis em New Hampshire e Massachusetts incluindo os critérios para as políticas de crédito e cobrança sob o MGL c.58 e regulamentos relacionados especificamente promulgados pelo Escritório Executivo de MA dos Serviços de Saúde e Humanos, 101 CMR 614 e 101 CMR 613 (Health Safety Net), doravante referidos como “Regulamentos Estaduais”. Adicionalmente, esta política adereça os requisitos para o Manual de Reembolso do Provedor Medicare Parte 1, Capítulo 3), os Centros Para Serviços Medicare e Medicaid, Requisitos de Crédito Ruim Medicare (42 CFR 413.89 e o Código da Receita Interna Seção 501 (r) conforme exigido sob a Seção 9007 (a) da Lei de Proteção e Assistência Acessível Federal (Pub. L. No. 111-148).

O MGB cumprirá com todos os requisitos de relatório conforme definido pelo MGL c. 118G e relacionados 101 CMR 613, 614 e Boletins Administrativos associados. O MGB manterá registros auditáveis de atividades realizadas em conformidade com os critérios e requisitos do 101 CMR 613 e 101 CMR 614. O MGB arquivará esta Política de Crédito e Cobrança eletronicamente com o Escritório do Medicaid, Health Safety Net conforme exigido quando a política for alterada ou quando houver alterações regulamentares promulgadas pelo Escritório do Medicaid, Health Safety Net autorizando uma nova submissão de política.

Referência:

Regulamentos MA 101 CMR 613, 614 e MGL c. 118G.
IRS 501 (r) c