

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

### **PROPÓSITO:**

A Política de Desconto e Assistência Financeira ao Paciente determina todas as circunstâncias nas quais são fornecidos descontos em contas de serviços prestados em instalações da Partners HealthCare. Isso inclui descontos baseados no status de seguro do paciente, sem considerar seu status financeiro, e descontos baseados no status financeiro do paciente normalmente determinados pela verificação da renda e/ou participação por parte do paciente em um plano de saúde patrocinado pelo governo.

As entidades filiadas ao sistema da Partners HealthCare reconhecem que alguns pacientes possuem meios limitados e podem não ter acesso a cobertura por seguros para todos os serviços. Esta política foi desenvolvida para assistir paciente não-segurados e pacientes com seguros insuficientes com recursos financeiros limitados.

### **DEFINIÇÕES:**

**Paciente não-segurado:** paciente que não possui qualquer seguro vigente em uma data de serviço específica, ou no caso em que sua cobertura de seguro não esteja vigente para um serviço específico devido a limitações da rede, esgotamento de benefícios de seguro ou outros serviços não-cobertos.

**Serviços medicamente necessários:** serviços que se entendem como razoavelmente capazes de prevenção, diagnóstico e prevenção do agravamento, alívio, correção ou cura de condições que ponham em risco a vida, causem dor ou sofrimento, causem deformidade ou mal-funcionamento físico, ameacem originar ou agravar deficiências ou resultem em doença ou enfermidade. Serviços medicamente necessários incluem serviços ambulatoriais e de internação, conforme autorizado no Título XIX do Social Security Act.

**Serviços de emergência:** serviços medicamente necessários, fornecidos após o estabelecimento de uma condição médica, seja ela física ou mental, manifestada através de sintomas de severidade suficiente incluindo dores severas, para os quais a ausência de atenção médica imediata, partindo da apreciação de uma pessoa leiga prudente com conhecimento normal de saúde e medicina, poderia ter os resultados razoavelmente esperados de risco de perigo à saúde da pessoa ou de terceiros, sérios prejuízos a funções corporais ou sérias disfunções de qualquer órgão ou parte ou, tratando-se de mulheres grávidas, conforme definido adiante na seção 1867(e) (1) (B) do Social Security Act, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B), Um exame médico de triagem e tratamento para condições médicas de emergência ou qualquer outro serviço afim fornecido no âmbito requerido previsto pelo **EMTALA** (42 USC 1395(dd) se qualifica como Cuidado de Emergência.

Serviços emergenciais também incluem:

- Serviços determinados como emergência por um profissional médico licenciado;
- Cuidado de internamento associado ao cuidado ambulatorial; e
- Transferências de internações de outros hospitais de cuidados intensivos para um hospital da Partners (PHS) visando a provisão de cuidados de internação que não estejam disponíveis de outro modo.

## Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020

**Serviços de urgência:** serviços medicamente necessários fornecidos após estabelecimento repentino de uma condição médica, seja ela física ou mental, manifestada por sintomas agudos de severidade suficiente (incluindo dor intensa) para que uma pessoa leiga prudente acredite que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas possa razoavelmente resultar em: risco à saúde do paciente, prejuízo de funções corporais ou disfunção de qualquer órgão o parte do corpo. Serviços de urgência são fornecidos para condições que não apresentem risco de morte e não apresentem alto risco de danos sérios à saúde de um indivíduo.

**Serviços eletivos:** serviços medicamente necessários que não atendam à definição de serviços de emergência ou urgência acima. O paciente tipicamente, mas não exclusivamente, agenda tais serviços com antecedência.

**Outros serviços:** serviços para os quais a necessidade médica não tenha sido demonstrada ao médico revisor, ou para os quais as qualificações do paciente para o serviço não atendam definições gerais do plano de seguro para correspondência aos critérios centrais para o serviço. Serviços também incluem serviços que muitos planos de saúde não consideram medicamente necessários, incluindo, mas não limitando-se a: Cirurgia cosmética, fertilização in-vitro (IVF) ou outra terapia reprodutiva avançada (ART), serviços de bypass gástrico sem a determinação de necessidade médica do pagador, e Itens de conveniência do paciente tais como contas relacionadas aos serviços de pernoite acima e além daqueles necessários para os serviços de atendimento médico ou pernoite (internação ou hospitalização parcial) para os quais não exista uma necessidade médica claramente demonstrada.

**Insolvência Medicare:** as despesas que a CMS/Medicare permite que sejam reclamadas pelos hospitais para a maior parte de cosseguro e franquias, contanto que a conta seja completamente processada através do ciclo de cobrança de pagamento pessoal estabelecido ou quando seja realizada uma determinação de que o paciente é indigente para os fins de contas. A determinação de indigência deverá se basear no nível de renda do paciente e em uma revisão de seus bens disponíveis, os quais normalmente excluem seus veículos e residência principal, e uma conta bancária/corrente mínima.

**Cuidado pós-agudo:** serviços medicamente necessários considerados como cuidados pós-agudos prestados em um Hospital, incluindo serviços de reabilitação.

**Serviços de saúde comportamental:** serviços medicamente necessários que focam na saúde psicológica e mental do paciente, e que podem ser prestados em diversos contextos de atendimento.

**Soluções de cobrança ao paciente (PBS):** o departamento da Partners HealthCare responsável por todos os processos de ciclo de cobrança de pagamento próprio, incluindo Atendimento ao Cliente, Cobranças, processamento de Insolvência, créditos/reembolsos ao paciente e processos associados.

## Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020

### DECLARAÇÃO DE POLÍTICA:

As entidades filiadas à Partners HealthCare são entidades isentas de impostos, cuja missão consiste na prestação de serviços a todos que necessitem de atendimento médico. Pacientes que necessitem de serviços de urgência ou emergência não deverão ter tais serviços negados com base em sua incapacidade de pagar por eles. Os hospitais da Partners de Cuidados Pós-Agudos e Saúde Comportamental trabalharão com pacientes que tenham demonstrado necessidade para fornecer assistência financeira àqueles buscando atendimento em tais contextos. Contudo, para que entidades filiadas ao Partners HealthCare System continuem a fornecer serviços de alta qualidade e a atender às necessidades da comunidade, cada entidade possui a responsabilidade de buscar pagamento adequado por serviços cuja cobrança seja permitida e não se encontre em conflito com as regulamentações da Commonwealth de MA ou com regulamentações federais incluindo a EMTALA.

**Escopo:** esta política se aplica às seguintes entidades da Partners HealthCare:

#### Hospitais de cuidado agudo

- 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 cuidado pós-agudo

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

#### Organizações médicas

- 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)
- Mass Eye and Ear Associates

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

Wentworth Health Partners (WHP)

Partners Community Physicians Organization (PCPO) - wholly owned groups  
only

Pentucket Medical Associates (PMA)

Mystic Health Care

Atendimento domiciliar

Partners HealthCare at Home (PHH)

Notar que médicos associados a tais entidades, mas que cobrem de modo “particular” são encorajados, mas não obrigados a seguir esta política. Detalhes podem ser encontrados na Lista de Filiados Prestadores da Partners HealthCare.

### **Visão geral**

Esta política estabelece uma política de descontos para hospitais da Partners, seus grupos médicos associados e Partners HealthCare at Home. Em alguns casos, as entidades da Partners seguem aplicando descontos existentes que ultrapassem esta política, com a aprovação do Diretor Financeiro CFO) da entidade local. A política inclui um programa geral de desconto para todos os pacientes não segurados que esteja disponível, independentemente da situação financeira do paciente, se os outros parâmetros para o desconto forem atendidos. Os descontos baseados no status financeiro do paciente são abordados na seção Política de Assistência Financeira (FAP).

### **Programa de desconto a pacientes não-segurados**

Todos os Hospitais de cuidados intensivos da Partners, organizações médicas e entidades da Partners HealthCare at Home fornecem um desconto, para a maioria dos serviços, nas contas de pacientes não-segurados. Este programa inclui pacientes de todos os níveis de renda sem necessidade de qualificações financeiras ou inscrição, embora o paciente deva estar em dia com todas as contas pendentes para qualificar-se.

#### *Exclusões do Programa de Desconto ao Paciente Não-Segurado*

- Serviços classificados como “Outros Serviços” são excluídos deste desconto.
- Serviços prestados por médicos que cobrem de modo “particular”, ao invés de através de grupos médicos, são excluídos deste desconto.
- As contas pós-processamento de seguro são excluídas deste desconto, incluindo: coparticipações, cosseguros e franquias de seguro. Os saldos devidos a Benefícios Esgotados que não foram descontados pelo pagador são elegíveis para esse desconto. Os serviços classificados como não cobertos pelo pagador podem ser elegíveis, desde que não sejam especificamente excluídos do desconto por esta política.
- Os serviços a seguir estão excluídos deste desconto: cirurgia cosmética, serviços de infertilidade, reivindicações de acidentes por veículos automotores, serviços de taxa fixa, acupuntura, tele-health, e-visits (visitas virtuais), outros serviços medicamente desnecessários ou serviços para os quais tenham sido incluídos outros descontos na

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

cobrança e quaisquer serviços que sejam cobrados com um cronograma próprio de pagamento automático da taxa.

### *Cronograma de descontos*

#### Hospitais de cuidados agudos

Todos, exceto WDH: 25%

WDH: 40%

#### Organizações médicas

Todas, exceto WHP: 25%

WHP: 15%

Exclusões do desconto: MGPO Dental Services

#### Rede de reabilitação de Spaulding

##### *Exclusões do desconto*

- Serviços na Spaulding Rehabilitation – Brighton
- Terapia ambulatorial, incluindo Saúde Física, Ocupacional, Fonoaudiológica ou SRH
- Avaliações especializadas (ATEC, AAC, Lokomat)
- Tratamentos especializados (Lokomat, serviços de intérpretes, tratamento complexo, tratamento alimentar)
- Taxa técnica da visita ao consultório médico
- Outros procedimentos no consultório ou exames de diagnóstico

Tratamento de saúde domiciliar da Partners: 25%

Tratamento de urgência da Partners: excluído - os serviços de pagamento automático são cobrados em um cronograma fixo.

#### Serviços de saúde comportamental - McLean Hospital

• Incluído - Admissões psiquiátricas e serviços psiquiátricos ambulatoriais (excluindo programas com outros descontos): desconto de 25%

• Serviços excluídos

o Taxa noturna associada a uma hospitalização parcial quando não estiver coberta por seguro com base na necessidade médica. O serviço é cobrado em uma escala de taxas variável, com base nos seguintes níveis de Renda Federal das Diretrizes para a Pobreza:

- Em 100% ou menos do FPG - 90%
- De 100,1% a 200% do FPG - 75%
- De 200,1% a 300% do FPG - 50%
- De 300,1% a 400% do FPG - 25%

o Programas residenciais com tudo incluído, baseados em diárias e programas parciais com tudo incluído

o Procedimentos designados fornecidos em regime ambulatorial, incluindo: neuropsicológicos, tratamentos TMS, programa CATS (Exame Psicológico, Status Neurocomportamental, Exame Neuropsicológico), serviços de cetamina e esketamina

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

### **Política de Assistência Financeira**

As determinações de assistência financeira podem ser realizadas após ou antes da prestação do serviço, com base no status financeiro do paciente, o tipo e local do serviço prestado, o status de seguro do paciente e a classificação geral do serviço prestado. Serviços de emergência sempre serão prestados sem uma revisão do status financeiro do paciente até os limites exigidos pela EMTALA. Esta política aborda todos os serviços medicamente necessários. Contudo, apenas alguns tipos de serviços medicamente necessários serão qualificados para desconto de assistência financeira, incluindo:

- Serviços de urgência e emergência
- Serviços eletivos em um hospital de cuidados agudos, desde que o paciente tenha cumprido todas as responsabilidades que lhe são inerentes.
- Serviços eletivos em um hospital de cuidados pós-agudo e serviços de saúde comportamental são elegíveis para um Desconto de Assistência Financeira, desde que o paciente tenha cumprido todas as responsabilidades que lhe são inerentes. Os pacientes normalmente são triados para liberação financeira em unidades de Cuidados Pós-Agudo e de Saúde Comportamental, e poderão ser deferidos da admissão após uma análise clínica se uma unidade mais apropriada estiver disponível.
- Serviços odontológicos no Wentworth Douglas Dental Center.

### **Descontos de assistência financeira**

#### *Responsabilidades do Paciente:*

Os pacientes devem atender suas responsabilidades para qualificação para assistência financeira. Não atender a tais responsabilidades resultará na desqualificação do paciente para consideração.

Os pacientes são obrigados a:

1. Obter e manter cobertura de seguro, caso cobertura acessível esteja disponível para o paciente por parte de um programa de seguro patrocinado pelo governo (Medicaid/Medicare), seguro comercial de seu empregador, ou de ConnectorCare ou de programas similares oferecidos sob o Affordable Care Act ou qualquer plano sucessor/substituinte que possa seguir. O Paciente deve ser solicitado a apresentar provas de inscrição para cobertura.
2. Divulgar integralmente quaisquer coberturas de acidente de trabalho, acidente envolvendo veículo automotor e responsabilização de terceiro e cooperar com as solicitações de processamento por tais coberturas.
3. Enviar toda a documentação de renda, bens e residência solicitada e necessária para matrícula em cobertura estadual, ou para verificação de suas qualificações para qualquer assistência financeira da PHS de modo tempestivo.



## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

4. Manter as entidades do Partners HealthCare System cientes de informações demográficas e de seguro atuais.
5. Pagar contas em conformidade com o cronograma acordado.

### *Exclusões de descontos de assistência financeira*

- Pacientes que chegaram a uma instalação da Partners de fora de nossa área de serviço principal, para obter atendimento que uma pessoa responsável poderia ter previsto como necessário normalmente, não serão considerados, tipicamente, para o Desconto de Assistência Financeira. Isso inclui a apresentação como emergências quando a condição pendente era conhecida pelo paciente anteriormente à sua viagem para uma instalação da Partners para receber atendimento. Exemplos de exclusão incluem cuidado obstétrico e especialidades nas quais o paciente está ciente de uma condição para a qual seria possível esperar a necessidade de cuidados, incluindo atendimento oncológico, serviços cardíacos, serviços especiais de reabilitação e serviços psiquiátricos. Isto não exclui serviços de emergência devidos a acidentes ou complicações por uma condição pré-existente quando uma pessoa razoável não seria capaz de prever a necessidade de cuidado emergencial com antecedência à viagem para nossa área de serviço.
- Pacientes que contem com seguro de saúde com rede de fornecimento limitada, das qual a Partners não participa, e que se apresentem para um serviço que poderia ser prestado em outra instalação que aceite seu plano de saúde ou quando estiver disponível outro tipo de suporte financeiro geralmente não se qualificarão para assistência financeira. Isso inclui saldos devido a uma negação por não encaminhamento, falta de autorização ou serviços fora da rede
- Outros serviços são excluídos, incluindo, mas não limitando-se a
  - Cirurgia cosmética
  - Fertilização in-vitro (IVF)
  - Terapia reprodutiva avançada (ART)
  - Serviços de bypass gástrico sem determinação de necessidade médica por um pagador
  - Itens de conveniência do Paciente, inclusive acomodações premium e acomodações de pernoite baseadas na solicitação do paciente e tipicamente não cobertas por um seguro de saúde.
  - Outros serviços medicamente desnecessários cobrados conforme um cronograma pré-determinado de taxas de pagamento pessoal.
  - McLean Hospital: Todos os programas All Residencial All-Inclusive que não enviem reivindicações às seguradoras de saúde.

### *Qualificações de serviços para descontos de assistência financeira*

- Serviços medicamente necessários que atendam a definição de serviços urgentes ou serviços de emergência serão considerados para Assistência Financeira caso o paciente não tenha cobertura de seguro disponível para os serviços, incluindo cobertura por acidentes de trabalho ou por acidentes envolvendo veículos automotores.
- Serviços que se qualificarão para assistência financeira sob circunstâncias limitadas incluem:

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

- Serviços eletivos, apenas quando:
  - O paciente for residente na área de serviço principal da Partners e tenha se inscrito para todos os programas governamentais e não-governamentais disponíveis. Para residentes em MA, isso é demonstrado normalmente por sua inscrição na MassHealth Limited e/ou na Massachusetts Safety Net (HSN). Isso normalmente se aplica a serviços prestados em Organizações de Cuidados Pós-Agudo, Saúde Comportamental, Atendimento Domiciliar e Organizações Médicas quando os serviços não se qualifiquem para cobrança de contas à HSN.
  - Serviços em uma instalação de cuidados intensivos são diretamente imediatos, dentro de 60 dias, para um serviço de urgência/emergência, e são um cuidado de acompanhamento para o serviço prévio.
  - O paciente passa por triagem quanto à sua situação financeira e determinado a buscar diligentemente todas as opções disponíveis para cobertura e foi considerado inelegível para cobertura. A triagem deve ocorrer não menos que a cada 12 meses.
- Serviços pós-intensivos e serviços de saúde comportamental apenas quando:
  - A pré-triagem de tais serviços identificar que serviços especializados são disponíveis apenas na instalação da Partners.
  - A instalação aceitar o paciente para atendimento com a compreensão de que o mesmo possui recursos limitados ou não possui recursos para o atendimento. Tais pacientes são normalmente da área de serviço principal da Partners e são matriculados na MassHealth Limited e/ou na HSN, comprovando seus recursos financeiros limitados.
  - Saúde comportamental (McLean Hospital): Um paciente estabilizado que assuma despesas significativas para cuidado eletivo medicamente necessário e que venha a se tornar não-segurado durante a terapia, será considerado para Assistência Financeira até que seja capaz de restabelecer seu seguro de saúde ou até que o atendimento possa ser transferido para um contexto apropriado. A recomendação da operadora do paciente em relação à necessidade clínica é solicitada juntamente com sua caracterização para o processo de Assistência Financeira de rotina.

### *Qualificações financeiras/de renda para descontos de assistência financeira*

Pacientes com necessidades financeiras comprovadas devido a renda limitada ou porque suas contas médicas correspondam a uma porção excessiva de sua renda serão considerados para descontos. Para residentes dos Estados Unidos, o Guia Federal de Pobreza (FPG) será usado como principal determinante. Para não-residentes dos Estado Unidos, uma combinação de renda e bens disponíveis será usada para determinar o desconto apropriado disponível. Em todos os casos, a renda total da família será usada em tal determinação. Descontos baseados somente na renda são geralmente limitados a pacientes com rendas familiares abaixo ou iguais a 300% do FPG.



## Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020

Guia federal de baixa renda - 1 de fevereiro de 2018

	150% FPG	250% FPG	300% FPG
Tamanho da família = 1	\$ 18.375	\$ 31.225	\$37.470
Tamanho da família = 2	\$ 25.365	\$ 42.275	\$ 50.730
Tamanho da família = 3	\$ 31.995	\$ 53.325	\$ 63.990
Tamanho da família = 4	\$ 38.625	\$ 64.375	\$ 77.250
Tamanho da família = 5	\$ 45.255	\$ 75.425	\$ 90.510

Pacientes com uma renda familiar de mais de 300%, porém menor ou igual a 600% do FPG, também poderão se qualificar, caso possam comprovar que suas despesas médicas anuais excedem 30% de sua renda no último período de 12 meses. Para famílias com uma renda de mais de 600%, o limiar é que as contas médicas excedam 40% de suas rendas. As despesas devem ocorrer dentro dos 12 meses anteriores e se limitam àquelas que poderiam ser qualificadas como despesas médicas pela Receita Federal (IRS) dos EUA. Pacientes que desejem ser considerados para descontos sob esta política deverão fornecer a documentação de renda, residência e qualificação de despesas médicas requerida de modo tempestivo.

### *Uso de bens nas determinações de Assistência Financeira*

O uso de informações sobre bens em determinações de Assistência Financeira é limitado a estas situações:

- A residência do paciente é fora dos Estados Unidos ou Canadá
- O paciente faleceu. As determinações devem incluir uma revisão do espólio.
- Foi determinado que o paciente é inelegível e está recorrendo para consideração individual devido a circunstâncias singulares.
- O paciente está coberto pela Medicare (excluindo planos de substituição) e os saldos são cosseguro ou franquias. As determinações de Insolvência da Medicare requerem:
  - Renda inferior a 201% do FPG
  - Bens de menos de \$10.000 para o primeiro membro da família com um adicional de \$3.000 para cada membro adicional da família, excluindo a residência principal ou o automóvel principal.
  - Declaração de que o paciente é incapaz de usar bens para pagamento de suas contas pendentes.

### *Metodologia e taxas de desconto*

Conforme a IRS 501(r), os hospitais devem limitar cobranças a pacientes e serviços qualificados pela Política de Assistência Financeira (FAP) às Quantidades geralmente cobradas (AGB) a operadoras comerciais e à Medicare. A Partners determina a AGB ao dividir o total de pagamentos pelas cobranças totais de todos os planos comerciais e Medicare em agregado para o ano fiscal anterior para determinação do Fator de Pagamento de Contas (PAF) para o ano fiscal anterior. Isso é realizado geralmente em dezembro, quando os dados mais precisos estão disponíveis, sendo a atualização de taxas de desconto realizada em janeiro. O desconto FAP mínimo para o ano fiscal atual é o inverso do PAF do ano anterior. Isso reduzirá as cobranças aos pacientes qualificados a menos do AGB para o ano anterior.

## Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020

Exemplo:

Total de pagamentos da Medicare e de planos comerciais	\$200.000.000
Total de cobranças da Medicare e planos comerciais	\$500.000.000
PAF	40%
Desconto FAP mínimo líquido	60%

*Atuais taxas de desconto por Assistência Financeira*

<b>Renda familiar como percentual de FPG</b>	<b>Hospitais de cuidados intensivos e organizações médicas</b>	<b>Hospitais da Spaulding Rehabilitation Network e Partners Health Care at Home</b>	<b>McLean Hospital</b>	<b>Wentworth Douglas Hospital</b>
0 a 150%	100%	100%	100%	100%
150,1 a 250%	85%	85%	80%	100%
251 a 300%	70%	64%	60%	0%

<b>Renda familiar como percentual de FPG</b>	<b>Contas médicas como percentual de renda</b>	<b>Desconto para hospitais de cuidados intensivos e organizações médicas</b>	<b>Desconto para Hospitais da Spaulding Rehabilitation Network e Partners Health Care at Home</b>	<b>Desconto para Hospital McLean</b>
301 - 600%	30%	70%	64%	60%
Acima de 600%	40%	70%	64%	60%

Wentworth Douglas Dental Center

Pacientes com renda familiar igual ou inferior a 300% do FPG podem se qualificar para descontos em assistência financeira.

- Taxa fixa de US\$ 35 por consulta
- Alguns serviços, incluindo dentaduras e coroas, terão uma taxa mais alta de até 50% do custo da consulta inicial e 50% do custo no acessório
- Limitado a residentes de Barrington, NH; Dover, NH; Durham, NH; Lee, NH; Madbury, NH; Rollinsford, NH; Somersworth, NH; Berwick, ME; South Berwick, ME.

*Processo de inscrição e desconto*

Pacientes serão encorajados para inscrever-se para consideração de Assistência Financeira em todos os casos em que forem atendidas as qualificações básicas destacadas nesta política. Todas as inscrições serão revisadas, incluindo casos em que todas as qualificações não tenham sido atendidas. O processo de inscrição pode ser iniciado tanto diretamente com o Atendimento ao Consumidor PBS, Cobranças PBS ou através de contato com um Consultor Financeiro em qualquer hospital ou centro de saúde da Partners. Esta política e todos os formulários de inscrição também estão disponíveis em <http://www.partners.org/for->

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

patients/Patient-Financial-Assistance.aspx. Esta webpage também pode ser acessada da home page da Partners HealthCare através do menu em lista em “Para Pacientes”.

Normalmente, apenas inscrições preenchidas por completo serão revistas para consideração, sendo todas as inscrições enviadas à PBS para determinação. Todas as inscrições serão triadas para determinar se o paciente atendeu suas obrigações, incluindo a obrigação de obter qualquer cobertura de seguro disponível. O status do paciente também será revisto para determinar se ele/ela pode ser elegível para quaisquer programas federais ou estaduais. Funcionários designados da PBS revisarão todas as inscrições, contatarão o candidato para informações de acompanhamento e comunicarão os resultados ao mesmo. As inscrições geralmente terão validade por um ano a partir da data da inscrição.

Descontos aprovados sob esta política serão aplicados quando um paciente for considerado qualificado. Planos de pagamento livres de juros serão oferecidos aos pacientes conforme existentes na Política de Crédito & Cobrança Hospitalar PHS. Tais diretrizes exigem um pagamento mensal mínimo de \$25 com um cronograma de pagamento de um ano para contas abaixo de \$1.000 e dois anos para contas maiores. Todas as outras práticas de cobrança, incluindo as ações a serem tomadas para contas em aberto são especificadas na Política de Crédito e Cobrança Hospitalar PHS. Esta política pode ser encontrada em <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>.

### **Relação da Política de Assistência Financeira da Partners com a Health Safety Net (HSN) de Massachusetts**

A Commonwealth de Massachusetts mantém um programa de rede de segurança que oferece cobertura em um hospital de cuidados agudos de MA para residentes de Massachusetts com rendas familiares de até 300% do Guia Federal de Pobreza (FPG) que não se qualificam para a MassHealth (Medicaid). A cobertura total da HSN está disponível para até 150% do FPG, e a cobertura parcial da HSN está disponível a partir de 150% até 300% do FPG. Esta cobertura pode ser secundária a outros seguros (Medicare, Medicaid ou Commercial) e funções como rede de apoio para pacientes designados como de baixa renda pelas regulamentações de Massachusetts. Todos os serviços Médicos Necessários serão disponibilizados a esses pacientes seja sem custos (HSN Integral) ou depois que os mesmos atinjam uma franquia anual (HSN Parcial).

Todos os hospitais de cuidados intensivos da Partners, incluindo centros de saúde licenciados por hospitais e hospitais designados com base em práticas médicas, participam desta cobertura e cumprem com todos os aspectos das regulamentações da HSN. A cobertura normalmente exclui valores de coparticipação determinados por uma cobertura de seguro principal, exceto coparticipações para Medicare ou planos de substituição da Medicare. Todas as outras entidades da Partners, que são excluídas por estatuto da participação na HSN, usarão o status aprovado na HSN do paciente como qualificação presumida para a Assistência Financeira da Partners. O desconto aplicável será baseado no programa HSN para o qual o paciente se qualificou. Com base nessa designação, os descontos de assistência financeira serão aplicados conforme apropriado com outras disposições desta política.

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

Os descontos de assistência financeira para os Serviços de Cuidados Pós-Agudos e Serviços de Saúde Comportamentais também podem estar disponíveis com a determinação a ser feita durante a pré-triagem financeira do paciente para esses serviços.

A HSN também inclui três programas adicionais (serviços confidenciais para adultos, serviços confidenciais para menores e Medical Hardship) que estão disponíveis para os pacientes. A participação nesses programas é normalmente facilitada por um consultor financeiro em um dos hospitais.

O programa Medical Hardship da HSN está disponível para os residentes de MA com níveis mais altos de renda. Os pacientes deverão ser incentivados a inscrever-se neste programa quando seus custos pessoais com cuidados médicos corresponderem à maior porção de sua renda, geralmente mais de 30% de sua renda doméstica. As inscrições devem ser iniciadas por um consultor financeiro em um hospital de cuidados intensivos. Cada inscrição pode incluir despesas médicas realizadas dentro dos 12 meses anteriores ao preenchimento de uma inscrição, com um limite de 3 inscrições por ano. Todas as contas continuam sendo consideradas como contas válidas de pagamento pessoal até que a HSN aprove a inscrição. Isso não corresponde a uma cobertura geral no programa HSN. Os pacientes normalmente serão informados sobre o programa quando ligarem para o Atendimento ao Consumidor da PBS ou para um consultor financeiro quando há saldos grandes e preocupações sobre o pagamento das contas. Certa busca proativa limitada é realizada tanto pelos consultores financeiros à grandes contas de internação, como pelos representantes de cobrança, para grandes contas de avalistas. Os consultores financeiros de Pacientes aconselharão todos os pacientes que entrem em contato com eles, ou que sejam indicados a eles a respeito da aplicabilidade do programa, e trabalharão com o paciente para completar a inscrição e enviá-la para a HSN.

Pacientes cuja cobertura única seja a MassHealth Limited e/ou HSN normalmente são considerados como não-segurados, visto que tais programas não funcionam conforme as regras-padrão de cobertura de seguros. Contas devidas a hospitais de cuidados intensivos como parte de uma franquia HSN Parcial são elegíveis para o Desconto a paciente não-segurado.

### **Consideração Individual**

Pacientes são encorajados a manter as Soluções de contas de pacientes ou os Serviços financeiros ao paciente cientes de suas situações financeiras específicas em quaisquer hospitais da Partners. Entidades filiadas da Partners devem fornecer descontos além de outras provisões nesta política com base em cada caso para reconhecer situações únicas de dificuldades financeiras, conforme suas Políticas de Crédito e Cobranças.

### **Publicação e disseminação da Política de Desconto ao Paciente e de Assistência Financeira**

A política de Assistência Financeira d Partners, seus formulários de inscrição e um resumo em linguagem simplificada estão disponíveis em <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>. Esta webpage também pode ser acessada da home page da Partners HealthCare através do menu em lista em "Para Pacientes". O website inclui vários

## **Política de descontos e assistência financeira ao paciente 1 de janeiro de 2020**

modos através dos quais pacientes podem se inscrever para assistência, incluindo uma lista de locais de orientação financeira a pacientes em hospitais e centros de saúde; um número central de telefone e um endereço de e-mail. O website também informa os pacientes de que os formulários de inscrição e assistência são gratuitos.

Informações sobre a política e como aplicá-la se encontra disponível em todas as entidades da Partners aplicáveis, com comunicação pública realizada de diversos modos:

- 11 x 17 notificações postadas na área de registro e em outras áreas de grande circulação
- Brochuras em linguagem simplificada, que divulgam a disponibilidade de opções de assistência financeira fornecidas pela Partners, apresentadas em clínicas e departamentos de emergência
- Informações gerais sobre a disponibilidade de assistência financeira é incluída nas declarações de todos os pacientes
- Recursos de orientação financeira ao paciente disponíveis para qualquer paciente que solicite assistência, tenha perguntas específicas ou deseje uma inscrição por escrito. Materiais, incluindo a política, formulário de inscrição e resumo em linguagem simplificada estão disponíveis em Inglês e outras línguas, conforme exigido pela regulamentação.
- Funcionários do programa comunitário do Hospital são educados a respeito da FAP e são instruídos a informar e notificar os membros de suas comunidades a respeito da disponibilidade de assistência financeira em locais da Partners.