

**Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare
1 de janeiro de 2020**

1. ESCOPO	3
2. QUESTÕES DE GOVERNANÇA.....	3
3. DECLARAÇÃO DE PRINCÍPIO	3
4. CLASSIFICAÇÃO E ACESSO AOS CUIDADOS.....	4
A. PRINCÍPIO GERAL.....	4
B. SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	4
C. SERVIÇOS NÃO-EMERGENCIAIS, NÃO-URGENTES	5
D. LOCALIZAÇÕES ONDE OS PACIENTES DEVEM SE APRESENTAR PARA OS SERVIÇOS.....	5
5. AQUISIÇÃO E VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE	6
A. SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	6
B. SERVIÇOS NÃO-EMERGENCIAIS, NÃO-URGENTES	6
6. LIBERAÇÃO FINANCEIRA	6
A. PRINCÍPIOS GERAIS.....	6
B. PREPARO DE ESTIMATIVAS	7
C. PACIENTES SEGURADOS.....	7
D. PACIENTES NÃO-SEGURADOS (PAGAMENTO PESSOAL).....	8
E. PACIENTES DE BAIXA RENDA (RESIDENTES DE MASSACHUSETTS).....	8
F. SITUAÇÕES ESPECIAIS – REGISTRO E RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO PACIENTE	10
7. SERVIÇOS DE ORIENTAÇÃO FINANCEIRA	12
A. GERALMENTE	12
B. COMUNICAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS DE ORIENTAÇÃO FINANCEIRA	13
C. REQUISITOS DE RESIDÊNCIA PARA PROGRAMAS ESTADUAIS	13
D. INSCRIÇÃO EM PROGRAMAS ESTADUAIS.....	14
E. APROVAÇÃO PARA COBERTURA.....	14
F. RECURSO DE RESULTADO.....	15
8. DESCONTOS, AJUSTES E ATENDIMENTO DE CARIDADE	15
A. GERALMENTE	15
B. OUTROS DESCONTOS, AJUSTES E ATENDIMENTOS DE CARIDADE.....	16
9. COBRANÇAS DE PACIENTES.....	16
A. GERAL	16
B. DECLARAÇÕES, CARTAS E LIGAÇÕES DO PACIENTE.....	16
C. NOTIFICAÇÃO DE SOBRETAXA.....	18
D. ARRANJOS DE PAGAMENTO	19
E. SITUAÇÕES ESPECIAIS - COBRANÇA	20
10. ESTABELECIMENTO DE INSOLVÊNCIA.....	21

**Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare
1 de janeiro de 2020**

A.	INFORMAÇÃO DE CRÉDITO	21
B.	LITÍGIO.....	22
C.	PENHORA DE PROPRIEDADE	22
D.	AGÊNCIAS DE COBRANÇA	22
11.	SALDO CREDOR E REEMBOLSOS.....	22
12.	EVENTOS INFORMÁVEIS SÉRIOS (SRE)	22
13.	DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE	23
A.	RESPONSABILIDADE DO PACIENTE.....	23
B.	POLÍTICA DE NÃO-DISCRIMINAÇÃO.....	23
14.	DENÚNCIAS, AUDITORIAS E CUMPRIMENTO DE REGULAMENTAÇÕES	24
	OUTRAS POLÍTICAS DA PARTNERS HEALTHCARE APLICÁVEIS:	24
	REFERÊNCIAS:.....	24

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

1. ESCOPO

Esta política de Crédito e Cobrança busca gerar a cobertura de todas as entidades hospitalares que integrem a Partners HealthCare, Inc. ("Partners" ou "PHS"), assim como qualquer entidade que constitua parte da licença do hospital referido, incluindo: Massachusetts General Hospital (MGH), Brigham and Women's Hospital (BWH), Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH), Cooley Dickinson Hospital (CDH), Newton-Wellesley Hospital (NWH), Martha's Vineyard Hospital (MVH), McLean Hospital (MH), Nantucket Cottage Hospital (NCH), North Shore Medical Center (NSMC), Wentworth Douglas Hospital (WDH), Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH), Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC), Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC) e Massachusetts Eye and Ear (MEE), referidos como "Hospital" pelo presente. São incluídos todos os médicos empregados diretamente pela entidade hospitalar. Todas as outras entidades da Partners de forma geral cumprem com esta política. Listas completas de Provedores Filiados estarão disponíveis para revisão a partir de 1 de outubro de 2017, por 101 CMR 613.08(d).

2. QUESTÕES DE GOVERNANÇA

Esta Política foi desenvolvida em consulta com representantes de cada entidade, e foi planejada para atender às necessidades de cada entidade. Entretanto, há áreas nas quais as condições locais podem necessitar de provisões excepcionais específicas à entidade. Provisões específicas à entidade devem receber aprovação prévia por parte do (1) vice-presidente executivo de Finanças da PHS ou pelo (2) vice-presidente de Operações de Ciclo de Receita. Propostas da Política de Crédito e Cobranças Hospitalares à Health Safety Net serão coordenadas pelas Soluções de Cobrança a Pacientes da PHS com quaisquer documentações ou provas de apoio.

3. DECLARAÇÃO DE PRINCÍPIO

As entidades da Partners são entidades isentas de impostos, cuja missão de base consiste no fornecimento de serviços a todos aqueles que necessitem de cuidados médicos.

Pacientes que necessitem de serviços de urgência ou emergência (conforme definido na seção 4B) nos Hospitais não deverão ter negados tais serviços com base em sua capacidade de pagar por eles. Entretanto, para que os hospitais da Partners (incluindo os hospitais pós-intensivos e de saúde comportamental) continuem a fornecer serviços de alta qualidade e a apoiar as necessidades da comunidade, cada entidade possui responsabilidade de buscar pagamento imediato pelos serviços fornecidos.

Tais políticas se destinam a ajudar a garantir a conformidade com as regulamentações estaduais vigentes em New Hampshire e em Massachusetts, incluindo os critérios para políticas de crédito e cobrança sob a MGL c.58 e regulamentações especificamente promulgadas pelo MA Executive Office of Health and Human Services, 101 CMR 614 e 101 CMR 613 (Health Safety Net), referidos adiante como "Regulamentações Estaduais". Em adição, esta política aborda os requisitos para o Manual de Reembolso do Fornecedor Medicare (Parte 1, Capítulo 3), para os Centros de Serviços Medicare e Medicaid, para os Requisitos de Insolvência Medicare (42 CFR 413.89 e a Seção de Código de Receita Interna 501 (r), conforme exigido pela Seção 9007 (a) do Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Pub. L. No. 111-148).

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

4. CLASSIFICAÇÃO E ACESSO AOS CUIDADOS

A. PRINCÍPIO GERAL

Todos os pacientes apresentados para tratamentos não-agendados serão avaliados conforme as classificações incluídas nesta Seção. Serviços hospitalares de urgência ou emergência não deverão ser negados ou atrasados com base na capacidade do Hospital de identificar um paciente, sua cobertura por seguros ou capacidade de realizar pagamento. Entretanto, serviços de saúde não-emergenciais ou não-urgentes poderão ser atrasados ou diferidos em tais casos, com base na consulta ao corpo clínico do hospital quando o Hospital for incapaz de determinar uma fonte de pagamento por seus serviços.

O tratamento de urgência associado aos sintomas clínicos apresentados por cada paciente será determinado por um profissional médico, conforme determinado por padrões de prática locais, nacionais e estaduais, e as políticas e procedimentos do corpo médico do hospital. Ademais, todos os hospitais seguem os requisitos do Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) federal ao conduzir exames médicos de triagem para determinar se existe uma condição médica de emergência. É importante assinalar que a classificação da condição médica dos pacientes se destina apenas a fins de gestão clínica, e tais classificações têm como objetivo a determinação da ordem pela qual os médicos devem atender pacientes, com base nos sintomas clínicos apresentados. Tais classificações não refletem na avaliação médica da condição médica do paciente refletida no diagnóstico final.

A determinação de urgência médica se dá conforme as seguintes definições:

B. SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Hospital fornecerá serviços de urgência e emergências independentemente da identificação, cobertura por seguro ou capacidade de pagamento do paciente.

Serviços de Emergência incluem:

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 a PHS visando a provisão de cuidados de internação que não estejam disponíveis de outro modo.*

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

Serviços Urgentes incluem:

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.

C. SERVIÇOS NÃO-EMERGENCIAIS, NÃO-URGENTES

Serviços não-emergenciais, não-urgentes podem geralmente ser sub-classificados como:

“Serviços eletivos”: serviços medicamente necessários que não atendam à definição 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 clínico revisor.

“Cuidado pós-intensivo”: serviços medicamente necessários fornecidos em um Hospital que seja classificado como de cuidado pós-intensivo, incluindo serviços de reabilitação.

“Serviços de saúde comportamental”: serviços medicamente necessários fornecidos em ambientes focados na saúde mental e psicológica do paciente.

O Hospital pode recusar-se a fornecer serviços não-emergenciais, não-urgentes a um paciente nos casos em que o Hospital não consiga determinar que o pagamento para tais serviços será realizado. Serviços determinados como não-medicamente necessários podem ser deferidos indefinidamente até que arranjos de pagamento adequados sejam realizados. Esses incluem, mas não se limitam a: cirurgia cosmética; serviços sociais, educacionais e vocacionais; serviços de telehealth e evisit; tratamentos relacionados a cirurgia de redesignação de gênero e terapia hormonal pré-cirurgia; serviços fornecidos em todas as instalações residenciais especializadas no McLean Hospital que não apresentarem reivindicações às seguradoras.

D. LOCALIZAÇÕES ONDE OS PACIENTES DEVEM SE APRESENTAR PARA OS SERVIÇOS

Todos os pacientes podem buscar serviços de nível emergencial e serviços de cuidados de urgência ao chegar ao departamento de emergência do hospital ou nas áreas designadas para cuidados urgentes. Contudo, os pacientes com condições emergenciais ou urgentes também podem se apresentar em vários outros locais, incluindo, mas não limitando-se a, departamentos auxiliares, ala de parto, clínicas hospitalares e outras áreas. O Hospital fornece também outros serviços eletivos em sua sede, nos centros comunitários de saúde filiados, clínicas e outras localizações ambulatoriais.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

5. AQUISIÇÃO E VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE

O Hospital fará esforços diligentes para identificar positivamente todos os pacientes e obter, registrar e verificar informações demográficas e financeiras completas para cada paciente que busca atendimento. As informações a ser obtidas incluirão informações demográficas (tais como nome do paciente, endereço, número de telefone, RG - caso aplicável, gênero, data de nascimento e identificações do paciente cabíveis), e informações de seguro de saúde (incluindo nome e endereço, informações do titular e informações de benefícios, tais como coparticipação, valores dedutíveis e cosseguro) suficientes para garantir o pagamento pelos serviços prestados. A exigência para que o Hospital obtenha informações completas será sempre sujeita às condições do paciente, sendo prioritárias suas necessidades imediatas de cuidado em saúde.

É obrigação do paciente fornecer seguro completo e oportuno, e informações demográficas, além de conhecer que serviços são cobertos por seu plano de saúde.

A. SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O registro e a admissão de pacientes de urgência e emergência serão realizados em conformidade com as exigências da EMTALA. Geralmente, as informações demográficas e de seguro de saúde do paciente devem ser coletadas o mais breve possível; entretanto, a coleta de informações deve ser postergada quando ela puder atrasar a triagem médica ou impactar negativamente sobre as condições clínicas do paciente. Quando um paciente for incapaz de fornecer informações demográficas e de seguro de saúde no momento do serviço, e o mesmo consentir, devem ser despendidos todos os esforços para entrevistar amigos ou familiares que possam acompanhá-lo ou que sejam identificados de outra maneira pelo paciente. Quando possível, as informações fornecidas pelo paciente devem ser confirmadas com o pagador através de seu website ou através do intercâmbio eletrônico de dados (EDI).

B. SERVIÇOS NÃO-EMERGENCIAIS, NÃO-URGENTES

O registro e a admissão de pacientes não-emergenciais/não-urgentes devem ser realizados antes do fornecimento dos serviços solicitados. Pacientes de retorno ou admitidos também terão suas informações demográficas, financeiras e de seguro de saúde revisadas e atualizadas conforme necessário, incluindo a verificação do status de seu seguro de saúde via EDI ou outros membros disponíveis, quando aplicável.

6. LIBERAÇÃO FINANCEIRA

A. PRINCÍPIOS GERAIS

O Hospital fará esforços diligentes para determinar a responsabilidade financeira do paciente assim seja razoavelmente possível durante seu curso de atendimento hospitalar. Quando possível, o Hospital coletará coparticipações, franquias, valores de cosseguro ou depósitos requeridos anteriormente ao fornecimento de qualquer serviço. Pacientes que sejam membros de planos gerenciais de assistência de saúde ou de planos de saúde com requisitos de acesso específicos, são responsáveis pela compreensão e conformidade com todos os requisitos de seu plano de saúde, incluindo consultas, autorizações ou outras restrições de "rede". O Hospital solicitará quaisquer pré-aprovações, autorizações ou garantias de pagamento do usuário sempre que possível. Sob algumas circunstâncias, incluindo o fornecimento de serviços de urgência e emergência, tais consultas e autorizações podem ser realizadas após a prestação do serviço.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

Todos os pacientes que incorrerem em um saldo para serviços serão informados da disponibilidade de serviços de Orientação Financeira para ajudá-los a manter suas responsabilidades financeiras em relação ao Hospital. O Hospital se esforçará ao máximo para aconselhar todos os pacientes a respeito de qualquer responsabilidade financeira anteriormente ao fornecimento do serviço à medida que tais informações estejam disponíveis ao Hospital. Uma triagem consistente com a EMTALA será completada anteriormente às atividades para determinar a responsabilidade financeira do paciente.

B. PREPARO DE ESTIMATIVAS

O Hospital fornecerá estimativas aos pacientes mediante solicitação em até 2 dias úteis da data de solicitação. A estimativa será gerada usando as informações mais atuais disponíveis, geralmente usando o módulo no sistema de cobrança. O departamento responsável pelo fornecimento de estimativas variará conforme localidade, porém, o mesmo geralmente envolve alguns ou todos os aspectos a seguir: Acesso do paciente, Orientação Financeira, Cobrança do paciente e Soluções de cobrança do paciente.

A estimativa final será fornecida ao paciente juntamente com opções de pagamento.

C. PACIENTES SEGURADOS

O Hospital fará esforços diligentes para verificar o status de cobertura do paciente e ajudá-lo a cumprir com os requisitos de seu plano de seguro de saúde. Essa verificação ocorrerá em conformidade com os princípios previamente destacados na Seção 5. Sempre que possível, tal verificação incluirá uma determinação da expectativa de responsabilidade financeira do paciente, incluindo cosseguro, franquias e coparticipações aplicáveis. Sempre que possível e clinicamente apropriado, o pagamento de quaisquer valores predeterminados (coparticipações, franquias fixas) será requisitado ao paciente antes ou no momento da prestação do serviço. Em alguns casos, o plano de seguro do paciente e o tipo de cobertura podem não permitir uma determinação exata de sua responsabilidade financeira pelos serviços no momento do registro. Em tais casos, o Hospital poderá solicitar um depósito equivalente à melhor estimativa de expectativa de responsabilidade financeira do paciente. Pacientes incapazes de fornecer pagamento poderão ser encaminhados à Orientação Financeira.

- 1) Planos de saúde autorizados. O Hospital aceita vários planos de saúde. Em tais casos, o Hospital buscará pagamento por todos os serviços cobertos por parte do plano de saúde. O pagamento de todos os valores em coparticipações, franquias e cosseguros por parte do paciente será solicitado anteriormente ao fornecimento do serviço. Caso um serviço específico seja determinado como não-coberto ou tenha seu pagamento rejeitado pela seguradora, o pagamento do mesmo será solicitado diretamente ao paciente, em conformidade com o contrato de seguro relevante. Sempre que possível, o Hospital ajudará o paciente a apelar em caso de indeferimentos ou outros julgamentos adversos junto ao seu plano de saúde, reconhecendo que este frequentemente exige que tais apelações sejam realizadas pelo paciente.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- 2) Planos de saúde não-autorizados. O Hospital fará a cortesia de cobrar à companhia de seguros de um paciente nos casos em que o Hospital não tiver um contrato com um segurador. O Hospital cobrará o plano de saúde do paciente, enquanto a responsabilidade financeira final será de obrigação deste ou de seu avalista, e se o seguro não responder à cobrança do Hospital de modo tempestivo, será feita uma cobrança direta ao paciente pelos serviços, exceto nos casos em que o mesmo seja protegido contra ações de cobrança (Seção 9.B.3). Saldos remanescentes após qualquer pagamento de seguro serão cobrados ao paciente. Sempre que possível, o Hospital ajudará o paciente a apelar em indeferimentos ou outros julgamentos adversos junto ao seu plano de saúde, reconhecendo que o plano de saúde exige que a apelação seja feita pelo paciente.

D. PACIENTES NÃO-SEGURADOS (PAGAMENTO PESSOAL)

Pacientes que não contem com seguro de saúde e não tenham sido previamente classificados como aprovados para Assistência Financeira, ou Pacientes de Baixa Renda conforme descrito adiante na seção 6(E), serão solicitados a realizar um depósito antecipado à prestação dos serviços não solicitado a ser realizado pela EMTALA. O depósito corresponderá a 100% das cobranças estimadas para o serviço a ser prestado, deduzidos quaisquer descontos (ver Seção 8). Em tais casos, quando uma estimativa de cobranças precisa não for possível, o Hospital deverá arrecadar um valor pré-determinado de depósito, ou outras garantias seguras de pagamento. Se o paciente não fornecer o depósito, ou indicar uma incapacidade de pagar pelo mesmo, então o mesmo será encaminhado à Orientação Financeira. Todos os pacientes receberão informações sobre quaisquer programas de descontos hospitalares que lhes estejam disponíveis. Será oferecida Orientação Financeira a residentes não-segurados para determinar sua elegibilidade para qualquer um dos Programas Estaduais ou outros programas patrocinados pelo governo disponíveis, assim como auxílio na inscrição para tais programas por parte do paciente. Os Programas Estaduais incluem, mas não se limitam a: MassHealth, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net e quaisquer outros programas que possam ser oferecidos através do Health Connector no futuro. Orientadores Financeiros normalmente também ajudarão os pacientes a inscrever-se para programas de seguro não-subsidiados oferecidos através do Health Connector (Qualified Health Plans). Caso não haja necessidade imediata de fornecimento de serviços, a admissão ou o serviço ambulatorial deverá ser adiado ou cancelado até que o paciente seja capaz de realizar o pagamento, realizar arranjos financeiros necessários, obter seguro ou matricular-se em um programa de assistência financeira que cobrirá os custos do serviço a ser prestado.

E. PACIENTES DE BAIXA RENDA (RESIDENTES DE MASSACHUSETTS)

- 1) Definição e elegibilidade: Pacientes de baixa renda são definidos conforme os critérios em MA 101 CMR 613.04(1). Isto geralmente inclui pacientes residentes em Massachusetts que tenham se inscrito para cobertura com EOHS e possuam um MA MAGI verificado correspondente a ou inferior a 300% do Guia Federal de Pobreza (FPG). O status de elegibilidade para cobertura de um paciente para qualquer programa (MassHealth, Health Safety Net e CMSP abaixo de 300%) será verificado no momento do registro, usando a agência em MA do sistema Medicaid MMIS, TriZetto ou outros sistemas de registro do Hospital, conforme aplicável, e quaisquer alterações ao status do paciente serão destacadas no registro. As limitações descritas nesta seção para Pacientes de Baixa Renda são necessárias para serviços em hospitais de tratamento intensivo em Massachusetts, e

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

geralmente excluem serviços em clínicas afiliadas, hospitais em New Hampshire, McLean Hospital e Spaulding Rehabilitation Network. Os descontos por serviços nessas entidades estão incluídos na Política de Assistência Financeira e Desconto para Paciente Não-Segurados.

- 2) Limitações de serviços: Pacientes identificados como Pacientes de baixa renda receberão serviços consistentes com as diretrizes de cobertura da HSN ou MassHealth na medida do possível, incluindo limitações de “Serviços Elegíveis” conforme regulamentações estaduais e o formulário de medicamentos aplicável. Um paciente buscando receber um serviço “Não-Elegível” será informado por escrito a respeito do custo máximo de tal serviço, e deverá assinar um termo de reconhecimento sobre a aceitação de responsabilidade financeira anteriormente à prestação do serviço em questão. A lista de programas qualificando pacientes como de “baixa renda” se encontra em 9 B (3) - Pacientes Protegidos contra Ações de Arrecadação.

- 3) HSN Medical Hardship: Um residente de Massachusetts com qualquer nível de renda deverá ser qualificado para o HSN Medical Hardship caso suas despesas médicas superem as rendas da família além de sua capacidade de pagar pelos serviços para os quais ele qualifica. Este programa retroativo é limitado em escopo conforme regulamentações, correspondendo a uma determinação única e não consistindo em uma categoria de cobertura (101 CMR 613.05). Este programa poderá ser aplicado apenas para prestações após o serviço, quando o paciente tiver incorrido em uma dívida financeira.
 - (a) Qualificação de despesas: O tipo e a quantia de despesas médicas admissíveis estão especificados em 101 CMR 613.05. Contas pagas e não-pagas com datas de atendimento até 12 meses antes da data de inscrição podem ser submetidas com um limite de 2 inscrições dentro de um período de 12 meses.
 - (b) Processo de Inscrição: O hospital ajudará o paciente na coleta de todas as informações aplicáveis e enviará inscrições de Medical Hardship à HSN para revisão e aprovação. Os pacientes possuem a responsabilidade de coletar e enviar a documentação de todas as despesas médicas qualificatórias. É exigido que o Hospital envie as inscrições à HSN dentro de 5 dias a partir do recebimento de toda a documentação e das verificações do paciente.
 - (c) Determinação: A HSN determinará a qualificação do paciente para o programa e notificará o hospital a respeito de quais contas constituem responsabilidade do paciente e quais contas deverão ser enviadas à HSN. A determinação de Medical Hardship é limitada às contas que foram incluídas com a inscrição. Não há período de elegibilidade e as contas podem ser usadas para sustentar uma inscrição apenas uma vez.
 - (d) Proteção contra cobranças: Todas as ações de cobrança serão descontinuadas para todos os saldos que sejam determinados como elegíveis para cobertura como Medical Hardship pela HSN. Isto inclui saldos que possam ter sido designados a um agente externo ou agência de cobranças atuando em nome do Hospital. Se um Hospital falhar em enviar uma inscrição dentro de 5 dias após o recebimento de todas as verificações por parte do paciente, todos os saldos qualificados como Medical Hardship estarão protegidos contra ações de cobrança.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- 4) Responsabilidade financeira de Pacientes de baixa renda
 - (a) A responsabilidade financeira de um Paciente de baixa renda é limitada a coparticipações (de qualquer pagador, exceto Medicare), franquias determinadas pela HSN ou um CommonHealth Spend Down fornecida em último caso, para a qual o paciente tenha assentido em ser cobrado pelo CommonHealth Spend Down.
 - (b) Coparticipações de farmácia: Pacientes de baixa renda acima de 18 anos de idade são responsáveis pelas coparticipações para serviços de farmácia. Em conformidade com políticas gerais, as coparticipações serão solicitadas no momento dos serviços. Coparticipações não-pagas serão tratadas como dívidas do paciente e cobradas em conformidade com o processo de cobranças normal de pagamento pessoal. Há um valor máximo anual de \$250 para as coparticipações de farmácia.
 - (c) Depósitos para Pacientes de baixa renda designados como HSN Parcial ou Medical Hardship: Os depósitos serão solicitados pelos pacientes, caso esta seja a cobertura principal para os saldos abertos para serviços medicamente necessários não-emergenciais e não-urgentes. O status atual da franquia familiar anual do paciente será revisado e um depósito de até 20% da franquia anual do paciente, ou da contribuição de Hardship até um máximo de \$500, deverá ser cobrado do paciente.
 - (d) Planos de pagamento: Pacientes de baixa renda serão notificados da disponibilidade de planos de pagamento para satisfazer todos os saldos em aberto conforme os termos especificados na Seção 9 D 4).
 - (e) Serviços não-elegíveis: Pacientes de baixa renda serão solicitados a pagar com antecedência por quaisquer serviços não-elegíveis, incluindo, mas não limitando-se a serviços de infertilidade, TeleHealth, eHealth, serviços cosméticos ou serviços de podologia não-necessários medicamente, dado que o paciente seja informado anteriormente sobre o custo máximo de tais serviços e assine um termo de reconhecimento de que os serviços não são cobertos pela HSN ou quaisquer outros programas de assistência de Massachusetts. Os serviços serão atrasados até que seja realizado o pagamento em conformidade às diretrizes em 4 A.
- 5) Responsabilidade financeira de Pacientes de Baixa Renda - Hospitais Comportamentais de Saúde e Reabilitação - A responsabilidade financeira por esses serviços está coberta na Política de Assistência Financeira a Pacientes Não-Segurados
- 6) Determinações com status pendente: Pacientes para os quais o hospital tenha enviado uma inscrição para um programa patrocinado pelo estado ou outro órgão governamental geralmente terão suas contas pausadas por até 30 dias em espera das informações pendentes. Após 30 dias, elas serão processadas como Pagamento Pessoal até que uma determinação seja feita. As solicitações de depósitos podem ser dispensadas na pendência de uma determinação, por parte de um consultor financeiro, de que a inscrição de um paciente esteja completa e devendo ser aprovada.

F. SITUAÇÕES ESPECIAIS – REGISTRO E RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO PACIENTE

Sob algumas circunstâncias podem ser necessárias informações ou procedimentos adicionais para sustentar o processamento das alegações do paciente.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- 1) Seguro de acidente de trabalho: Serviços relacionados a acidentes industriais devem ser marcados apropriadamente no registro de inscrição do fiador. As informações adicionais solicitadas incluem a data e hora do acidente, nome e número de telefone do empregado e nome e número de telefone da operadora de seguro acidente de trabalho. (Ver 10, F, 4 a respeito do envio de reivindicações às operadoras de seguro de acidente de trabalho anteriormente à inscrição da HSN).
- 2) Danos pessoais causados por veículos automotores terrestres (MVA) e responsabilidade de terceiros: Serviços relacionados a um acidente envolvendo veículo automotor ou responsabilidade de terceiros deverão ser apropriadamente marcados no registro de inscrição. Serão realizados esforços diligentes para coletar informações adicionais necessárias para o envio de reclamações de MVA, incluindo data e hora do acidente, a localização para casos envolvendo responsabilidade de terceiros e quaisquer seguradores automotivos conhecidos, exceto em New Hampshire, onde o Hospital não pode enviar reclamações à operadora de MVA. O nome de qualquer advogado associado à reclamação deverá ser assinalado no sistema de registro, caso esteja disponível. (Ver 10, F, 3 a respeito do envio de reclamações a operadoras de responsabilidade MVA no MA antes do envio para a HSN). Em NH, a solicitação será registrada no seguro médico do paciente ou cobrada diretamente ao paciente, dependendo das instruções do paciente. Os serviços cobrados ao paciente por uma MVA não estão sujeitos a descontos.
- 3) Vítimas de crimes violentos (MA): Serviços relacionados a vítimas de crimes violentos deverão ser apropriadamente marcados com a hora e local do incidente no registro de inscrição. Em alguns casos, fundos limitados estão disponíveis por parte do gabinete de Procurador-Geral para amortizar custos médicos que não são cobertos por seguros de saúde ou pela Health Safety Net. Quando indicado, os pacientes devem ser encaminhados para a Orientação Financeira para preenchimento da documentação apropriada para compensação pelo Fundo de vítimas de crimes violentos.
- 4) O HITECH (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2010) outorga aos pacientes o direito de solicitar, no momento do serviço, que sua PHI (Informação de Saúde do Paciente) relacionada a um item ou serviço específico não seja enviada ao seu seguro de saúde para fins de pagamento. Espera-se que o paciente pague por completo um saldo excepcional no momento do serviço ou ao receber as contas. O HITECH permite apenas que o paciente não tenha o seguro cobrado. Isto não revoga a responsabilidade financeira do paciente pelo pagamento de contas. Contas devem ser apontadas por procedimento para proteção contra divulgação inapropriada.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- 5) Inscrições HSN confidenciais: Inscrições confidenciais podem ser enviadas sob duas circunstâncias:
 - (a) Menores: inscrições confidenciais para menores podem ser enviadas apresentados para serviços de planejamento familiar e serviços relacionados a doenças sexualmente transmissíveis. Tais inscrições podem ser processadas sob a renda do menor, sem menção à renda familiar. Tais pacientes devem ser encaminhados para Orientação Financeira.
 - (b) Indivíduos agredidos ou vítimas de abuso: tais indivíduos podem inscrever-se para cobertura HSN com base em suas rendas individuais. Tais pacientes devem ser aprovados para a gama completa de serviços cobertos pela HSN. Tais pacientes devem ser encaminhados para Orientação Financeira.
- 6) Pessoas não-documentadas. Os pacientes podem se preocupar a respeito das implicações de imigração resultantes da inscrição para o status de Paciente de baixa renda. Pacientes com meios limitados devem ser estimulados a inscrever-se para um programa patrocinado pelo estado ou outro órgão governamental. Caso os pacientes continuam manifestando preocupações, os mesmos devem ser encaminhados a agências externas para orientação. Pacientes que se recusem a inscrever-se para assistência seguirão sendo tratados como casos de pagamento pessoal. Serviços de urgência e emergência (incluindo até duas semanas de medicamentos necessários para resposta a ameaças imediatas à saúde do paciente) devem continuar sendo fornecidos. Serviços não-emergenciais e não-urgentes podem ser atrasados ou cancelados até o momento em que paciente tenha condições de realizar pagamento, realizar arranjos financeiros adequados, obter seguro ou matricular-se em um programa de assistência financeira que cubra o serviço.
- 7) Estudos de pesquisa: Serviços relacionados a estudos de pesquisa devem ser assinalados no momento de registro para tal serviço e marcados para garantir que as cobranças por tais serviços sejam submetidas ao fundo de pesquisa designado.
- 8) Doadores de órgãos: O Hospital identificará doadores de órgãos no momento do serviço e garantirá que reivindicações para tais serviços sejam requeridas ao seguro ou outras fontes de fundos apropriadas.
- 9) Pacientes Internacionais: Além dos seguintes procedimentos indicados para pacientes segurados e não-segurados, o Hospital realizará todos os esforços possíveis para reunir informações de endereço local e permanente para residentes de países estrangeiros, e tomará quaisquer ações adicionais adequadas necessárias para garantir o pré-pagamento por todos os serviços não-segurados.

7. SERVIÇOS DE ORIENTAÇÃO FINANCEIRA

A. GERALMENTE

O Hospital buscará identificar pacientes que possam não ter seguro ou sejam inadequadamente segurados, com vistas a fornecer orientações e assistência. O Hospital fornecerá aconselhamento

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

financeiro a tais pacientes e seus familiares, incluindo a triagem de elegibilidade para outras fontes de cobertura, tais como Programas Estaduais e outros programas governamentais (incluindo, dentro do possível, programas Medicaid em estados diferentes de Massachusetts ou New Hampshire), e fornecerá informações a respeito de todos os métodos aceitáveis de pagamento das contas hospitalares. O Hospital encorajará os pacientes potencialmente elegíveis a cobertura por parte de Programas Estaduais ou outros programas governamentais a inscrever-se para cobertura e assistirá os pacientes na inscrição para tais benefícios. Os residentes em MA também podem se inscrever e ser aprovados para cobertura pela HSN para cosseguro ou franquias não cobertas por seu plano de seguro principal.

B. COMUNICAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS DE ORIENTAÇÃO FINANCEIRA

O Hospital publicará uma notificação (anúncios) sobre a disponibilidade de programas de orientação financeira e descreverá onde ir para obter assistência nas seguintes localizações:

1. Internação, clínica, departamento de emergência e áreas de admissão e/ou registro em centros comunitários de saúde.
2. Áreas de espera para Orientação Financeira
3. Áreas de admissão/registo centrais que sejam abertas aos pacientes
4. Áreas de escritório abertas aos pacientes

Anúncios serão traduzidos a outros idiomas conforme o idioma principal de mais de 10% dos residentes dos residentes nos serviços do Hospital. Os anúncios serão geralmente escritos em inglês e espanhol. Os anúncios divulgados estarão claramente visíveis e legíveis para os pacientes que visitem tais áreas. A sinalização também incluirá instruções sobre como acessar serviços de tradução para pacientes que necessitem de outros idiomas.

Anúncios padronizados serão fornecidos a todos os pacientes no momento de seu registro inicial com a Partners HealthCare. Tais anúncios serão disponibilizados em larga escala por todos os hospitais e centros de saúde, e oferecidos rotineiramente aos pacientes prévios sempre que se espere que eles contem com custos pessoais com os serviços realizados. Cópias completas desta política e da Política de Assistência Financeira e Descontos para Pacientes Não-Segurados da PHS também estarão disponíveis aos pacientes conforme solicitado. Ambas as políticas serão divulgadas também na Internet em www.partners.org/patientbilling com links para as homepages de todas as entidades hospitalares em localizações prontamente identificáveis.

C. REQUISITOS DE RESIDÊNCIA PARA PROGRAMAS ESTADUAIS

A elegibilidade para a maior parte dos Programas Estaduais geralmente é limitada a pacientes que possam comprovar residência no respectivo estado. Em geral, os pacientes que tenham se mudado temporariamente com o único intuito de receber benefícios para atendimentos de saúde não atendem aos requisitos de residência. O Hospital trabalhará com pacientes de renda limitada que não se qualifiquem para um programa estadual para identificar outras alternativas e aconselhá-los sobre suas responsabilidades.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

D. INSCRIÇÃO EM PROGRAMAS ESTADUAIS

O Hospital assiste o paciente no preenchimento da inscrição para programas estaduais e na proteção e envio da documentação necessária solicitada pelo programa estadual aplicável. Os indivíduos se inscreverão para cobertura através de um único formulário uniforme que é enviado através do sistema de matrícula estadual (hCentive). Ao longo desse processo, o indivíduo pode apresentar uma inscrição através de um website online (o qual é centralmente localizado no website do Health Connector estadual), uma aplicação por escrito, ou por telefone com um representante de atendimento ao público localizado na MassHealth ou no Health Connector. A documentação necessária poderá incluir, mas não se limitará a comprovantes de: (1) renda doméstica anual (canhotos de holerite, registro de pagamentos de previdência social e uma carta do empregador, declarações fiscais ou extratos bancários), (2) cidadania e identidade, (3) status migratório para não-cidadãos (caso aplicável), e (4) bens dos indivíduos de 65 anos ou mais. O Estado notificará o paciente a respeito de qualquer documentação a ser enviada para verificação final. O paciente deverá receber cobertura provisória, caso as diretrizes do programa aplicável sejam atendidas.

- 1) Envio de uma Inscrição para um programa estadual. Todas as inscrições para programas estaduais, incluindo inscrições por escrito ou online, deverão ser assinadas pelo paciente ou por seu representante legal. Os comprovantes devem ser enviados apenas após o processamento da inscrição e após a solicitação da documentação pelo Estado. Durante o processo de inscrição, os pacientes serão informados sobre a possibilidade de que a HSN relate detalhes da utilização da HSN ao seu empregador. Tal divulgação é parte da inscrição no programa estadual.
- 2) Determinação de elegibilidade. Todas as inscrições para programas estaduais são revisadas e processadas pelo Escritório da Medicaid, o qual utiliza as Diretrizes Federais de Pobreza, assim como a documentação necessária listada acima como base para determinação de elegibilidade para todos os programas estaduais.
- 3) Preenchimento de uma aplicação de Medical Hardship. O Formulário de circunstâncias especiais será preenchido pelo Hospital e enviado para a HSN através do sistema INET para sua determinação.
- 4) Notificação de responsabilidades do paciente. Os conselheiros financeiros farão o máximo esforço para notificar quaisquer pacientes da HSN a respeito de suas responsabilidades, conforme destacado em 13 A, incluindo a exigência de reportar quaisquer recursos ou reembolsos da HSN para quaisquer ressarcimentos de terceiros que possam ser recebidos.

E. APROVAÇÃO PARA COBERTURA

O Hospital não desempenha qualquer papel na determinação de elegibilidade para programas realizadas pelo Escritório em MA da Medicaid ou Programa Medicaid de NH, porém, a pedido do paciente, poderá desempenhar um papel direto na apelação ou busca de informações relacionadas às decisões de cobertura.

Todas as notificações de elegibilidade serão emitidas pelo escritório do respectivo Estado. Informar o hospital de todas as decisões de cobertura tomadas pelo Estado é responsabilidade do paciente, visando garantir adjudicação tempestiva e precisa de todas as contas hospitalares.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

F. RECURSO DE RESULTADO

O paciente pode pedir uma revisão de uma determinação do programa do respectivo Estado em relação ao seu status. A solicitação deve ser enviada para o Escritório da Medicaid com documentação comprobatória. Solicitações de informações adicionais feitas ao Hospital serão concluídas dentro de 30 dias.

8. DESCONTOS, AJUSTES E ATENDIMENTO DE CARIDADE

A. GERALMENTE

O Hospital deverá conceder descontos ou outros ajustes a pacientes, caso eles se qualifiquem conforme a Política de Assistência Financeira e Descontos para Pacientes Não-Segurados da PHS ou com base em casos individuais, caso o diretor financeiro do Hospital, o vice-presidente de Operações de Ciclo de Receita, o diretor de Soluções de Cobranças de Pacientes ou seus respectivos representantes autorizem tais descontos. Os descontos devem ser claramente definidos, documentados e consistentes com as boas práticas de negócios, estatutos estaduais e federais vigentes e em conformidade com diretrizes que possam ser emitidas periodicamente por autoridades estaduais ou federais.

Os descontos não se basearão em qualquer relacionamento que o paciente ou sua família possa ter com qualquer empregado do Hospital ou membro do conselho administrativo.

Os descontos não serão concedidos com base em qualquer consideração de "cortesia profissional" para médicos e seus familiares.

Os descontos não serão oferecidos aos pacientes para induzi-los a receber serviços, e não serão ligados de qualquer maneira à geração de negócios pagáveis por um programa de saúde federal; eles também não serão reembolsáveis em relação a dinheiro ou serviços fornecidos pelo Hospital, ou quaisquer outras entidades da Partners (isto inclui descontos na loja de presentes, cafeteria, etc.).

Em geral, coparticipações, cosseguros ou franquias não serão dispensadas ou descontadas.

Os motivos para dispensa ou fornecimento de desconto sobre coparticipações, cosseguro ou franquias são:

- Dificuldades financeiras comprovadas, geralmente com base na renda do paciente e informações de bens aplicáveis.
- A ocorrência de um evento sério relatável ou outra questão clínica que faça com que toda a estada seja eximida de cobranças. Quaisquer coparticipações ou franquias cobradas com antecedência do evento (p. Ex. no check in) seriam reembolsadas também. (Para maiores detalhes, veja a Política de Não-Pagamento da Partners para Qualidade e Eventos de Segurança).
- Em raros casos, podem ser autorizadas exceções pelo diretor financeiro do Hospital, o vice-presidente de Operações de Ciclo de Receita da PHS ou seus respectivos representantes.

Motivos para concessão de outros tipos de descontos incluem:

- Estimular o pagamento imediato,

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- Reconhecer casos singulares de dificuldades financeiras;
- Minimizar os custos administrativos de cobranças;
- Arranjos de taxas em casos especiais negociadas antes da prestação dos serviços, e
- Conforme necessário para a manutenção de relações positivas com os pacientes, incluindo, mas não limitando-se a itens tais como um atraso inesperado no serviço ou outros eventos sub-ideais na prestação de serviços.

B. OUTROS DESCONTOS, AJUSTES E ATENDIMENTOS DE CARIDADE

O Hospital manterá programas para Descontos a pacientes não-segurados e uma Política de Assistência Financeira para descontos adicionais. Os descontos de Assistência Financeira serão normalmente reconhecidos pelo Hospital como atendimentos de caridade. Tais programas serão aprovados financeiramente pelo vice-presidente financeiro da Partners e arquivados conforme previsto na Seção 2. O Hospital deverá reconhecer também como atendimentos de caridade as contas que não podem ser cobradas de um paciente devido a sua proteção contra ações de cobrança, conforme destacado em 101 CMR 13.08 (3) e na seção 9 B (3) desta política. As contas de pacientes qualificados pelas políticas de atendimento de caridade do Hospital serão reportadas como Insolvência da Medicare.

9. COBRANÇAS DE PACIENTES

A. GERAL

O Hospital realizará esforços diligentes para cobrar todas as despesas devidas pelos seguradores de acordo com os padrões do mercado e buscará aplicar ajustes contratuais e de pagamento à conta do paciente de modo tempestivo. Tais esforços incluem a cobrança de todos os planos de saúde disponíveis, conforme as solicitações dos pacientes e o acompanhamento tempestivo de reclamações indeferidas. Pacientes ou outros avalistas serão responsabilizados por todas as contas remanescentes após a aplicação de todos os pagamentos de seguro, ajustes contratuais e descontos/ajustes acordados, em conformidade com quaisquer avisos de remessa recebidos pelo pagador, exceto ações de cobrança nas que o saldo seja enviado à HSN o declarado dispensado de cobrança por regulação estadual. Ações de cobrança podem incluir declarações do paciente, cartas do paciente, contatos telefônicos e notas de cobrança final certificadas.

B. DECLARAÇÕES, CARTAS E LIGAÇÕES DO PACIENTE

O Hospital, diretamente ou através de seus agentes designados, preparará ou enviará declarações aos pacientes de modo regular, visando aconselhá-los sobre contas devidas ao Hospital. Conforme possível, o paciente receberá um resumo de todas as cobranças, pagamentos e ajustes juntamente com a conta inicial para cada data de serviço. Em geral, os pacientes devem receber três (3) ou mais declarações ou cartas ao longo do curso de um ciclo de cobrança, o qual deverá durar 120 dias, dado que outras ações não ocorram, o que indicará que cobranças adicionais não sejam aconselháveis. Um registro de todas as ações de conta e comunicações, incluindo faturas, tipicamente é refletido nos registros de transação do sistema de cobranças e/ou nos comentários de contas. Os funcionários deverão documentar todos os contatos com o paciente (ou avalista) no sistema aplicável ou no sistema de cobrança de pagamento pessoal.

- 1) Suspensão de cobrança Em certas situações, a atividade de cobrança continuada poderá ser inapropriada e deverá ser suspensa ou descontinuada. Tais situações incluem, mas não

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- se limitam a: Endereço errado (seção 7 abaixo), casos de falência (seção F (1)), paciente falecido, queixa de paciente ou problema com atendimento ao consumidor, saldos pequenos (seção 10(B) (8)), ou determinações pendentes de MassHealth ou Baixa Renda.
- 2) Notificação de disponibilidade para assistência financeira Declarações de pacientes incluirão quaisquer notificações solicitadas por regulamentações para informá-los a respeito da disponibilidade e meios de acesso a assistência financeira. O idioma e o conteúdo de tais notificações se darão em conformidade com as regulamentações EOHHS e IRS 501(r) atuais. Notificações relativas à disponibilidade de assistência financeira também estarão incluídas conforme possível em todas as outras comunicações verbais ou escritas com os pacientes.
 - 3) Pacientes protegidos contra ações de cobrança O Hospital tomará os passos adequados para garantir que nenhuma cobrança de ações, incluindo ligações telefônicas, declarações ou cartas sejam iniciadas para as contas de pacientes que possam ser isentas de ações de cobrança por regulamentação, incluindo pacientes determinados Pacientes de baixo risco pelo Escritório da Medicaid (exceto pelos Pacientes de baixa renda apenas em relação à atenção odontológica), ou matriculados na MassHealth, no Children's Medical Security Plan (CMSP) com uma renda familiar MAGI igual o inferior a 300% do FPG, Atendimento emergencial para Idosos, deficientes e crianças (EAEDC), e Health Safety Net (Total ou Parcial) excetuando-se franquias e coparticipações determinadas por tais programas como responsabilidade do paciente, e coparticipações de quaisquer terceiros pagadores, exceto a Medicare. Caso seja determinado que um paciente foi matriculado em uma dessas categorias, todas as ações de cobrança por serviços prestados durante o período de elegibilidade do paciente (exceto coparticipações e franquias HSN aplicáveis) serão encerradas. Ações de cobrança também serão interrompidas durante o tempo em que o paciente seja classificado como de baixa renda, caso a conta corresponda a um período durante o qual o mesmo não estivesse matriculado em um programa qualificatório. O Hospital deverá seguir enviando cartas solicitando informações ou ações por parte do paciente para resolução de questões de cobertura e/ou elegibilidade com um pagador principal, Workers Compensation Program ou obter quaisquer responsabilizações de terceiros ou informações de portador de MVA.
 - 4) Última Notificação de Cobrança O Hospital realizará esforços razoáveis para enviar a cada paciente uma última notificação de cobrança antes da classificação da conta como insolvência. Na maioria dos casos, a última notificação de cobrança será incluída na declaração de avalista.
 - 5) Nova Insolvência Para os casos em que uma conta esteja sendo considerada pelo Hospital para a inscrição como nova insolvência na HSN, o Hospital garantirá que sejam atendidas as seguintes condições:
 - (a) A conta foi sujeita a ações de cobrança contínuas pelo tempo mínimo de 120 dias.
 - (b) Uma pesquisa de elegibilidade foi realizada pela MMIS para triagem de cobertura.
 - (c) Os serviços prestados se qualificam como emergenciais ou urgentes conforme as definições netas política.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- (d) Uma última notificação de cobrança para contas de \$1.000 ou mais foi enviada por correio certificado. As contas que estejam adequadamente documentadas como insolvência deverão ser submetidas à HSN sem o envio de uma última notificação de cobrança através de correio, visto que tenham passado os 120 dias da cobrança inicial e que, após esforço razoável, o hospital tenha sido incapaz de obter um endereço atualizado. Serão realizadas tentativas razoáveis de notificação aos residentes de Massachusetts a respeito de que a Health Safety Net poderá fornecer detalhes de quaisquer reclamações apresentadas à HSN pelo empregador do paciente.
- 6) Ligações e cartas de cobrança O Hospital realizará esforços razoáveis para cobrar todas as contas pendentes devidas. O esforço de cobrança realizado variará dependendo de vários fatores, incluindo, mas não limitando-se ao saldo das contas e ao histórico anterior de cobranças anteriores ao paciente. Esforços de cobrança adicionais poderão incluir telefonemas e cartas ao paciente visando complementar o processo rotineiro de faturamento de paciente conforme descrito na seção 10 B. Conforme possível, tais ligações e cartas incluirão lembretes a respeito da disponibilidade de assistência financeira.
- 7) Devoluções por endereço errado O Hospital realizará esforços razoáveis para rastrear e responder a todas as declarações de pacientes que não puderam ser entregues devolvidas pela USPS. Quando possível as contas serão identificadas como “Contas de endereço errado” no sistema de cobrança, e informações de endereço serão verificadas e corrigidas usando programas “skip trace” que estejam disponíveis por parte de terceiros. Geralmente, uma vez que uma conta tenha sido marcada como de endereço errado, não serão processados quaisquer declarações ou cartas, a menos que seja identificado um novo endereço. O envio continuado de declarações a endereços incorretos é fisicamente inapropriado e poderá resultar em quebra de privacidade HIPPA. Contas de endereço errado serão marcadas no sistema de Registro para alertar quaisquer funcionários envolvidos no processo de registro a obter um novo endereço por parte do paciente. Contas cujas informações demográficas mais recentes contenham um endereço errado deverão ser encaminhadas a agências externas como Insolvência visando acompanhamento adicional, excetuando-se potenciais contas de nova insolvência, as quais serão acompanhadas por 120 dias antes do enquadramento.
- 8) Ajuste de contas pequenas Reconhecendo os custos do processamento de declarações e das atividades de cobrança, o Hospital poderá suprimir declarações para contas abaixo do limiar de “cobrança de pequenos valores”. Do mesmo modo, após a cobrança, o Hospital poderá limitar as atividades de cobrança e pesquisa sobre pequenas contas e ajustar aquelas abaixo de seu limiar de “liquidação de pequenas contas”. Em nenhum caso serão cobrados à HSN os ajustes de pequenas contas realizados com base nesta seção. O limiar geral de baixos valores se aplica a contas de avalista de valores menores que \$10,00.

C. NOTIFICAÇÃO DE SOBRETAXA

O Hospital manterá um processo para identificação de todas as contas de pacientes que estejam sujeitas à Sobretaxa do Fundo Fiduciário do Health Safety Net, conforme especificado em 101 CMR 614. As quantias de sobretaxa serão cobradas do paciente e os fundos coletados serão remetidos à HSN por seu cronograma solicitado.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

D. ARRANJOS DE PAGAMENTO

- 1) Geral. Os pagamentos podem ser realizados em vários contextos em todos os Hospitais da Partners. Arranjos para pagamentos deferidos, planos de pagamento ou pagamento parcial de depósitos são normalmente realizados pelos Serviços de Admissão Hospitalar ou pelas Soluções de Cobranças de Pacientes. Todos os arranjos de pagamento se darão em conformidade com critérios pré-determinados e serão registrados apropriadamente nos sistemas de cobrança e registro do Hospital.
- 2) Formas de Pagamento
 - (a) Pré-pagamentos podem ser realizados por cheque certificado/bancário, transferências bancárias ou cartões de crédito/débito. Não será aceito dinheiro na maioria das localizações hospitalares. Cheques pessoais de bancos americanos são normalmente aceitos para saldos de menos de \$5.000, a menos que exista um histórico de cheques sem fundos. Cheques pessoais devem ser solicitados com antecedência suficiente em relação a um serviço agendado, com vistas a permitir tempo suficiente para verificação do cheque. Pacientes com histórico de insolvência deverão ser revisados individualmente para determinar o modo de pagamento apropriado.
 - (b) Caixa de depósitos bancária. Pagamentos por cheques pessoais podem ser realizados à caixa de depósito bancária do Hospital. Pagamentos por cartão de crédito não são aceitos por correio.
 - (c) Cobrança e pagamento eletrônico da Partners. Muitos locais fornecem acesso eletrônico a contas e seu pagamento por meio eletrônico através do uso de cartões de crédito/débito ou de uma transferência bancária ACH.
 - (d) Os pagamentos são aceitos por meio de telefonema para Soluções de Cobranças de Pacientes da PHS ou outros centros de Atendimento ao Consumidor designados.
 - (e) O Hospital manterá um processo para rastrear cheques “sem fundos” e reverterá quaisquer pagamentos que possam ser aplicados à conta do paciente. A apresentação de um cheque “sem fundos” poderá ocasionar a classificação da conta como insolvência.
- 3) Moeda. O pagamento será realizado na moeda dos Estados Unidos, a menos que acordado de modo diverso. O pagamento realizado em moeda estrangeira será aplicado na taxa de conversão estipulada pelo banco do Hospital, sendo deduzidas as taxas de conversão.
- 4) Planos de pagamento. Planos de pagamento estão disponíveis sob demanda a todos os pacientes, contanto que suas contas estejam atualizadas. O aceite final de um plano de pagamento está sujeito a uma revisão completa do status do paciente e seu histórico de pagamentos. Soluções de Cobranças de Pacientes da PHS processará e monitorará todos os planos de pagamento de pacientes. Os planos normalmente englobarão contas abertas em todos os Hospitais da Partners que estejam matriculados no Partners eCare. Sempre que possível, planos de pagamento serão coordenados entre todas as entidades.
 - (a) Planos de pagamento para Franquias Parciais da HSN e Medical Hardship:

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- (i) Um pagamento inicial do menor valor entre \$500 ou 20% da franquia de conta deverá ser solicitado incluindo-se todos os depósitos aceitos anteriormente à prestação do serviço em eventos não-emergenciais/não-urgentes.
- (ii) Planos de pagamento de um ano serão oferecidos para contas de \$1.000 ou menos e planos de até dois anos para outras contas. Será oferecido um pagamento mensal para tais planos no valor de \$25 a tais pacientes.
- (b) Planos de pagamento para todos os outros Pacientes
 - (i) Máximo de um ano para contas de \$1.000 ou menos
 - (ii) Máximo de dois anos para contas acima de \$1.000
 - (iii) Planos de pagamento mais longos poderão ser oferecidos sob circunstâncias excepcionais com aprovação da alta administração.
 - (iv) Não serão oferecidos planos com pagamentos mensais abaixo de \$25.
- (c) Não serão cobrados juros sobre contas para as quais um paciente tenha acordado um plano de pagamento e esteja em dia com tais pagamentos.
- (d) Os planos devem ser revisados regularmente para garantir que todos os pagamentos estejam em dia. Caso um paciente atrase dois pagamentos consecutivos, o Hospital poderá classificar a conta como insolvência. A partir da notificação de mudança de circunstâncias financeiras ao paciente, o Hospital poderá reavaliar a obrigação remanescente de pagamento do paciente.

E. SITUAÇÕES ESPECIAIS - COBRANÇA

- 1) Falência do Paciente. O Hospital realizará esforços razoáveis para rastrear todas as notificações de falência e mantê-las registradas para garantir que sejam adotados todos os procedimentos legais adequados, incluindo o arquivamento de reclamações juntamente ao Tribunal, conforme o caso, ou perdão de dívidas.
- 2) Pacientes falecidos. Quando adequado e econômico, o Hospital realizará buscas patrimoniais e cobranças patrimoniais e arquivará penhores contra o patrimônio.
- 3) Danos pessoais causados por veículos automotores terrestres (MVA) e responsabilidade de terceiros (MA): Esforços razoáveis serão realizadas para a cobrança do portador de MVA/TPL visando a coleta de quaisquer valores de Personal Injury Protection (PIP) disponíveis. Reclamações de seguro serão processadas depois do esgotamento do PIP. O Hospital também deverá registrar penhor contra pagamentos de lesões corporais futuras realizados ao paciente pelo portador de MVA, caso sejamos capazes de estabelecer o nome do advogado do paciente responsável pela reclamação. As reclamações não serão enviadas à HSN até que a conclusão de esforços diligentes para coleta de contas de outras partes seja esgotada. Os pacientes serão lembrados de seu dever de reportar quaisquer potenciais reclamações de TPL dentro de 10 dias da abertura de uma reclamação ao Escritório da Medicaid ou da HSN conforme possível. Quaisquer reembolsos recebidos após o envio de uma reclamação à HSN serão compensados contra a reclamação original e informados à HSN, inclusive aqueles de devoluções ou invalidades.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

- 4) Danos pessoais causados por veículos automotores terrestres (MVA) e responsabilidade de terceiros (NH): Pacientes com cobertura de seguro de saúde podem optar por fazer com que o hospital cobre a fatura do seu seguro de saúde. Os saldos cobrados ao paciente não estarão sujeitos a nenhum desconto ou ajuste de rotina.
- 5) Seguro de acidente de trabalho: Uma reclamação de WCA normalmente é estabelecida por completo juntamente ao portador do WCA, caso a cobertura seja válida. O Hospital realizará tentativas razoáveis de buscar a cobertura WCA, incluindo o arquivamento de reclamações legais. Caso não exista cobertura WCA, a reclamação é gerenciada do modo habitual.
- 6) Cobertura HSN secundária: O Hospital realizará esforços diligentes para limitações de envio de reclamações à HSN, incluindo franquias, coparticipações e serviços não-cobertos mesmo nos casos em que um paciente tenha esgotado seu benefício ou em casos nos quais a matrícula com o pagador não esteja ativa no momento em que os serviços foram prestados. Reclamações de serviços indeferidos devido a falhas técnicas dos mesmos ou outros indeferimentos técnicos conforme destacado em 101 CMR 613.03(1)(c) não serão enviados à HSN. Caso o Hospital receba um pagamento adicional ou correção do pagamento de uma reclamação anteriormente enviada à HSN, então uma reclamação corrigida será enviada à mesma.
- 7) Franquias Parciais HSN: O Hospital cobrará 100% das Franquias Parciais da HSN aos pacientes até que cobranças equivalentes à franquia anual tenham sido cobradas do mesmo, inclusive de contas englobadas por planos de pagamento. Reclamações não serão enviadas à HSN até que a franquia do paciente tenha sido atendida. Isso inclui todas as instalações satélite e centros de saúde operando como parte da licença do Hospital.
- 8) Vítimas de crimes violentos: O Hospital ajudará o paciente no preenchimento de reclamações juntamente ao programa de Vítimas de crimes violentos do Procurador Geral de MA. Na maioria dos casos, a cobrança ao paciente será suspensa enquanto uma reclamação de VVC estiver pendente. Tais pagamentos são normalmente considerados como pagamentos integrais, sem cobrança de valores residuais ao paciente.

10. ESTABELECIMENTO DE INSOLVÊNCIA

Uma vez esgotados os esforços internos de cobrança, as contas deverão ser inscritas como insolvência. Isto ocorrerá normalmente após a decorrência de um ciclo de cobrança de 120 dias, com algumas exceções devido a endereços errados ou outras circunstâncias atenuantes. Contas de insolvência geralmente receberão esforços de cobrança adicionais através diferentes fontes, incluindo funcionários internos, agências de cobrança externas ou advogados de cobrança. O Hospital garantirá que todo acompanhamento das Insolvências, seja por funcionários internos ou por agências externas, sigam o seguinte:

A. INFORMAÇÃO DE CRÉDITO

Em geral, como o Hospital não reporta insolvência de pacientes a nenhuma agência de crédito, esta política não se destina a restringir o Hospital contra a tomada de tal ação em casos

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

específicos, ou a limitá-lo em relação a esta ação no futuro. Entretanto, o Hospital e seus agentes poderão utilizar os serviços de uma agência de crédito para identificar a avaliação de crédito de um paciente, com vistas a determinar sua capacidade de cumprir integralmente com suas obrigações financeiras.

B. LITÍGIO

O Hospital e seus agentes poderão agir litigiosamente contra um paciente para garantir um processo judicial de dívidas em relação ao Hospital. Em nenhum caso deverá ser usado um mandado judicial de custódia como parte de um esforço de cobrança.

C. PENHORA DE PROPRIEDADE

O Hospital apenas deverá buscar o arresto, execução e venda da propriedade a partir da revisão e aprovação por parte do CFO do Hospital. Ademais, em todos os casos envolvendo um paciente designado como de baixa renda pelo Escritório da Medicaid, ou que se qualifique para qualquer programa de assistência, o Hospital não buscará execução legal contra a residência pessoal de um paciente ou Avalista sem a aprovação específica do Conselho Administrativo do Hospital.

D. AGÊNCIAS DE COBRANÇA

Qualquer agência buscando a cobrança de contas de pacientes em nome do Hospital deverá atuar em conformidade com esta Política de Crédito e Cobrança. Quaisquer queixas de substanciais por parte de pacientes serão reportadas ao Hospital para revisão e seguimento. Todos os agentes atuarão em conformidade total com as regulamentações de Federal Fair Debt Collection aplicáveis, assim como com as regulamentações de cobrança de dívidas que possam ser determinadas pelos Procurador Geral de Massachusetts. Todas as agências informarão tempestivamente quaisquer cobranças ou outras ações, incluindo a decisão de suspensão de esforços de cobrança. Em geral, as agências suspenderão esforços de cobrança em relação a quaisquer contas apresentadas a elas dentro de um ano que não tenham sido mobilizadas em ação judicial, pagamento, ou em relação a quaisquer contas que atualmente não possuam potencial de pagamento.

11. SALDO CREDOR E REEMBOLSOS

Geralmente, o Hospital reembolsará os pacientes de quaisquer saldos credores que possam ser resultado de cobrança excessiva de valores do paciente. Em casos em que os esforços para reembolsar o saldo credor a um paciente/avalista sejam infrutíferos, o Hospital remeterá o saldo credor ao Tesoureiro da Commonwealth of Massachusetts, conforme as regulamentações estaduais de Abandono de Propriedade.

12. EVENTOS INFORMÁVEIS SÉRIOS (SRE)

O hospital mantém conformidade com os requisitos de cobrança aplicáveis, incluindo as regulamentações do Departamento de Saúde Pública (105 CMR 130.332) para o não-pagamento de serviços ou readmissões específicas, determinadas pelo hospital como resultado de Eventos Reportáveis Sérios (SRE). Os SREs que não ocorrerem no hospital são excluídos desta determinação de não-pagamento. O hospital também não buscará pagamento de um paciente de baixa renda classificado como elegível para o programa Health Safety Net cujas reclamações foram inicialmente negadas por um programa de seguro devido a um erro de cobrança administrativa por parte do hospital. O Hospital também mantém tais informações em conformidade com leis federais e estaduais de privacidade, segurança e roubo de identidade aplicáveis.

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

13. DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

A. RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

É obrigação do paciente:

- Fornecer seguro completo e tempestivo, informações demográficas e informar o Hospital e o Estado caso esteja admitido em um Programa Estadual, ou a respeito de quaisquer alterações em seu status, incluindo, mas sem limitar-se a mudanças no status de renda ou de seguro.
- Para residentes em Massachusetts, inscrever-se e manter cobertura através de quaisquer programas patrocinados pelo governo para os quais ele possa estar qualificado, incluindo o envio de todos os documentos exigidos dentro dos prazos estabelecidos. Todos os pacientes deverão obter e manter cobertura de seguro, caso a cobertura seja disponibilizada a eles. Notificar o Hospital de quaisquer possíveis coberturas de Acidentes pessoais por veículo automotivo terrestre, cobertura por Responsabilização de terceiros ou cobertura por Acidentes de trabalho. Para pacientes cobertos por um Programa Estadual, registrar, caso disponível, uma reclamação de reembolso em relação a qualquer acidente, dano ou perda, e notificar tal programa (p. ex. Escritório da Medicaid e a Health Safety Net) dentro de dez dias das informações relacionadas a qualquer processo legal ou reclamação de seguro que cubram os serviços prestados pelo hospital. Ademais, um paciente deverá designar o direito ao pagamento por terceiro para cobertura dos custos de serviços fornecidos pelo Escritório da Medicaid de Massachusetts ou a Health Safety Net.
- Realizar esforços razoáveis para entender os limites de sua cobertura de seguro, incluindo as limitações de rede, de cobertura de serviços e responsabilidades financeiras devido a cobertura limitada, coparticipações, cosseguros e franquias.
- Adequar-se às políticas de encaminhamento de seguro, pré-autorização e outras políticas de gestão.
- Adequar-se a outros requerimentos de seguro, incluindo o preenchimento de formulários de benefícios ou de coordenação, atualização de informações de filiação, atualização de informações médicas e outros requisitos de pagamento.
- Pagar valores de coparticipações, franquias e cosseguros de modo tempestivo.
- Fornecer atualizações tempestivas de dados demográficos, de seguro e elegibilidade à HSN e de franquia.

B. POLÍTICA DE NÃO-DISCRIMINAÇÃO

O Hospital não discrimina com base em raça, cor, origem nacional, cidadania, alienação, religião, credo, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, idade ou deficiência em suas políticas ou na aplicação de suas políticas em relação à aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos de pré-admissão ou pré-tratamento, planos de pagamento, admissões deferidas ou indeferidas, ou elegibilidade para a Health Safety Net.



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Política de Crédito e Cobranças Hospitalares da Partners HealthCare 1 de janeiro de 2020

14. DENÚNCIAS, AUDITORIAS E CUMPRIMENTO DE REGULAMENTAÇÕES

O Hospital cumprirá todos os requisitos de denúncia conforme definido pela MGL c. 118G e relacionados a 101 CMR 613.614 e associados a Boletins Administrativos.

O Hospital manterá registros de atividades realizadas em conformidade com os critérios e exigências de 101 CMR 613 e 101 CMR 614 para auditoria.

O Hospital arquivará esta Política de Crédito & Cobrança eletronicamente junto ao Escritório da Medicaid e à Health Safety Net conforme exigido quando a política for alterada ou quando houver mudanças regulamentares promulgadas pelo Escritório da Medicaid ou pela Health Safety Net determinando a submissão de uma nova política.

OUTRAS POLÍTICAS DA PARTNERS HEALTHCARE APLICÁVEIS:

Política de Assistência Financeira e Desconto para Pacientes Não-Segurados da Partners

REFERÊNCIAS:

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