

# Política de Crédito e Cobrança

## Sistema de Saúde Hallmark

## Sumário

I. INTRODUÇÃO .....	3
II. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....	3
Princípio Básico.....	3
A. Serviços de Emergência e Urgência .....	4
B. Serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência.....	4
C. Locais de Atendimento aos Pacientes.....	4
III. COLETA E VERIFICAÇÃO DOS DADOS DOS PACIENTES.....	4
A. Serviços de Emergência e Urgência .....	5
B. Serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência.....	5
IV. DETERMINAÇÃO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO PACIENTE .....	5
A. Princípios Básicos.....	5
B. Preparação de Orçamento .....	5
C. Pacientes Segurados.....	6
D. Pacientes Não-Segurados (Particulares).....	6
V. CONTAS DO PACIENTE E SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO FINANCEIRO.....	7
A. Generalidades .....	7
B. Comunicação dos Serviços de Aconselhamento Financeiro .....	7
C. Residência.....	7
D. Assistência Financeira Hospitalar, Descontos, Caridade.....	7
E. Considerações sobre Solicitações Especiais .....	7
VI. PROGRAMAS ESTADUAIS – RESIDENTES DE MASSACHUSETTS .....	8
A. Processo de Requerimento – Todos os Programas Estaduais Exceto Dificuldades Médicas.....	8
B. Processo de Requerimento – HSN - Dificuldades Médicas .....	8
C. Aprovação da Cobertura por Programas Estaduais.....	8
D. Efeito de uma Solicitação Pendente no HSN/MassHealth.....	8
E. Recurso da Decisão.....	9
F. HSN – Elegibilidade de Pacientes de Baixa Renda e Considerações de Cobertura .....	9
VII. RESIDENTES FORA DE MASSACHUSETTS .....	11
A. Residentes Americanos Fora de Massachusetts.....	11
B. Pacientes Internacionais.....	11
VIII. FORMAS DE PAGAMENTO.....	11

## Política de Crédito e Cobrança Hallmark Saúde

A.	Generalidades .....	11
B.	Formas de Pagamento .....	11
C.	Moeda .....	11
D.	Planos de Pagamento .....	11
E.	Adiantamentos .....	12
IX.	COBRANÇAS E RECEBIMENTOS DE PACIENTES .....	12
A.	Princípios Básicos .....	12
B.	Práticas de Cobrança Hospitalar, incluindo Declarações, Cartas e Ligações de Pacientes.....	12
C.	Notificação de Multa .....	14
D.	Situações Especiais de Cobrança .....	14
E.	Considerações Especiais de Processamento de Conta .....	14
X.	INDICAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA .....	15
A.	Transferência da Conta para Inadimplência .....	15
B.	Agências de Cobrança .....	15
C.	Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs) .....	15
XI.	SALDOS DE CRÉDITO E REEMBOLSOS .....	15
XII.	EVENTOS DE EFEITOS ADVERSOS (SREs) .....	15
XIII.	CONCORDÂNCIA COM A LEI DA PORTABILIDADE E RESPONSABILIDADE DO SEGURO DE SAÚDE (HIPAA) .....	16
XIV.	DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE .....	16
XV.	PUBLICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE CRÉDITO E COBRANÇA .....	16
XVI.	APROVAÇÃO DO CONSELHO .....	16

### I. INTRODUÇÃO

Esse contrato de Crédito e Cobrança é aplicável ao Hallmark, Saúde, comumente denominado "Hospital" ao longo desse contrato. O Hallmark Saúde é composto pelo Melrose-Wakefield Hospital, um hospital terciário sem fins lucrativos, localizado na 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176, e pelo Lawrence Memorial Hospital, um hospital terciário, localizado na 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155. O Hallmark Saúde é um serviço de primeira linha que fornece os cuidados médicos necessários para todas as pessoas, independentemente de suas condições financeiras. O Hallmark Saúde oferece esse cuidado a todos os pacientes que comparecem em nossas instituições 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano.

O Hallmark Saúde não discrimina em função de raça, cor, nacionalidade, cidadania, alienação, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiência, abuso de drogas, situação socioeconômica, ausência de seguro ou aparência física ao fornecer seus serviços. Isso é considerado tanto no embasamento quanto na aplicação das políticas do Hospital para a aquisição e verificação de informações financeiras, garantias de pré-internação ou pré-tratamento, planos de pagamentos, serviços ou internações permitidos, situação de baixa renda do paciente e práticas de cobrança e recebimento de pagamento.

Esse Contrato de Crédito e Cobrança preocupa-se com a preservação dos bens do Hospital e com a manutenção de uma base financeira sólida para seu funcionamento, equilibrando-se, ao mesmo tempo, com as necessidades de nossa comunidade e os pacientes que atendemos. Esse contrato define as orientações gerais do Hospital no que diz respeito à obtenção de e verificação de informações, classificação dos pacientes de acordo com a sua situação financeira, e à cobrança do pagamento de companhias de seguro terceirizadas, dos pacientes, seus cuidadores e outros responsáveis pelo pagamento dos serviços de cuidado à saúde. A política do Hospital é de cumprir com os requisitos das leis estaduais e federais aplicáveis na realização dessas funções e na atualização de suas práticas, visto que tais legislações são modificadas ao longo do tempo.

Pacientes que têm condições devem pagar pelos serviços oferecidos pelo Hallmark Saúde. Essa política parte do princípio de que pacientes que possuem acesso a um seguro solicitarão e manterão sua cobertura. Em situações em que os pacientes não são capazes de pagar, o Hospital auxilia os mesmos a obter assistência financeira de programas governamentais e outras fontes para os serviços médicos necessários, conforme apropriado. Para se manter viável para cumprir sua missão, o Hallmark Saúde deve atingir sua responsabilidade fiduciária de cobrar e receber pagamento pelos serviços médicos prestados aos pacientes. Essa Política de Crédito e Cobrança foi desenvolvida para garantir o cumprimento das leis aplicáveis, incluindo mas não restrito a: (1) regulamento de Elegibilidade para Rede Segura de Saúde do Estado (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 M.G.L. § 228; (3) os Requisitos de Inadimplência de Cuidados Médicos dos Centros de Serviços Medicare e Medicaid ("CMS") (42 C.F.R. § 413.89); e (4) Seção 501(r) do Código de Receita Interna.

O Conselho de Curadores designou o Diretor Financeiro do Hospital como responsável por garantir que uma cópia eletrônica atual desta Política de Crédito e Cobrança esteja arquivada no Health Safety Net Office, juntamente com documentação e exposições de apoio.

Essa política é aplicada em serviços oferecidos e cobrados pelo Hospital nas localidades indicadas no Apêndice A - Localização e Entidades Participante do Hallmark Saúde. Essa política não é aplicável aos serviços oferecidos e cobrados pelas entidades listadas no Apêndice B – Lista de Fornecedores Afiliados e Entidades Não-Participantes do Hallmark Saúde, mesmo nos casos em que tais serviços possam ter sido encaminhados nas localizações indicadas no Apêndice A.

### II. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

#### A. Princípio Básico

Todos os pacientes que derem entrada em tratamentos não-programados serão avaliados de acordo com as classificações incluídas nessa seção. Serviços de Emergência ou Urgência (conforme definidos na Seção II(B) abaixo) não devem ser negados ou postergados baseado na habilidade do Hospital de identificar um paciente, a cobertura de seu seguro-saúde ou suas condições financeiras. No entanto, Serviços Não Emergenciais ou Sem Urgência (como definidos na Seção II(C) abaixo) podem ser adiados indefinidamente se o Hospital não for capaz de identificar uma fonte de pagamento para os serviços, baseado em consultoria com a clínica de tratamento do paciente.

A urgência de tratamento associada com a apresentação de sintomas clínicos por cada paciente será determinada por um profissional médico, em concordância com os padrões de cuidado regional, estadual e nacional, e com as políticas e procedimentos da equipe médica do Hospital. É importante notar que a classificação da condição médica do paciente é destinada apenas para definir o manejo clínico, e tal classificação é destinada a estabelecer a ordem



na qual a equipe médica do Hospital deve atender os pacientes baseado nos sintomas clínicos apresentados. Essas classificações não refletem a avaliação da condição médica do paciente, indicada no diagnóstico final.

**B. Serviços de Emergência e Urgência**

"*Serviços de Emergência*", como indicado nesse contrato, incluem: Serviços medicamente necessários fornecidos depois do estabelecimento de uma condição médica, tanto física quanto mental, que se manifesta através de sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor grave, na qual um leigo que possua conhecimento mediano de saúde e medicina acredita que a ausência de atenção médica imediata pode resultar em um prejuízo sério para o paciente, com comprometimento grave de funções do corpo ou disfunções graves de qualquer órgão ou parte do corpo, com respeito a mulheres grávidas, como definido no 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Um exame de triagem médica e qualquer tratamento estabilizante para uma situação médica de emergência, incluindo mas não limitado a cuidado médico de internação ou qualquer outro tipo de serviço oferecido na medida do necessário conforme o EMTALA (42 U.S.C. § 1395(dd)), é classificado como Serviços de Emergência.

"*Serviços de Urgência*" como indicado nesse contrato, incluem: Serviços medicamente necessários depois do estabelecimento repentino de uma condição médica, seja física ou mental, que se manifesta através de sintomas agudos de suficiente gravidade (incluindo dor intensa) e que faz com que uma pessoa leiga prudente acredite que a falta de tratamento médico nas próximas 24 horas poderia resultar no prejuízo da saúde do paciente, comprometimento de funções do corpo ou disfunções de qualquer órgão ou parte do corpo. Serviços urgentes são fornecidos para condições que não são uma ameaça a vida ou trazem um sério risco à saúde de um indivíduo.

Requisitos Nível EMTALA: De acordo com o Ato Federal de Tratamento Médico de Emergência (EMTALA), o Hospital é obrigado a fornecer um exame médico de triagem para todos os indivíduos que se apresentam no serviço de emergência do Hospital, solicitando cuidados para uma condição médica e para todos os indivíduos presentes em uma propriedade do Hospital solicitando cuidados para uma condição médica de emergência, a fim de determinar se esse indivíduo está, de fato, com uma condição médica de emergência. Se um médico ou outro pessoal médico qualificado no Hospital determinar que um paciente está sofrendo uma condição médica de emergência, o Hospital é ainda obrigado sob EMTALA a fornecer ao indivíduo tratamento estabilizador dentro de sua capacidade. A extensão dos serviços hospitalares necessários para fornecer um exame médico de triagem adequado, bem como o escopo do tratamento necessário para estabilizar a condição médica de emergência, conforme exigido no EMTALA, que pode incluir, mas não está limitado a admissão no hospital, é fornecido ao paciente, com base na avaliação feita pelo médico ou pessoal médico qualificado do hospital, conforme documentado no prontuário.

**C. Serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência**

"*Serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência*", como indicado nesse contrato, geralmente incluem serviços médicos necessários que não atingiram a definição de Serviços de Emergência ou Urgência estabelecida na Seção II(B) deste contrato ou serviços que foram definidos por uma clínica de tratamento como não sendo clinicamente necessários, como os serviços não-médicos (ex., social, educacional, ou vocacional, cirurgia cosmética, pesquisa e outros) (a última categoria de serviços é descrita nesse contrato como *Serviços Não-Médicos Necessários*). O paciente normalmente, mas não exclusivamente, agenda esses serviços com antecedência. O Hospital pode se negar a oferecer ao paciente os Serviços Não-Emergenciais ou Sem Urgência nos casos em que o mesmo não consegue determinar que o pagamento por tais serviços será obtido.

**D. Locais de Atendimento aos Pacientes**

Verificar Apêndice A.

**III. COLETA E VERIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

É obrigação do paciente fornecer informações socioeconômicas e sobre seguro completas e oportunas ao Hospital e saber quais serviços são cobertos pela apólice de seguro. O Hospital realizará diligentes esforços para identificar positivamente todos os pacientes e obter, registrar e verificar informações socioeconômicas e financeiras completas para cada paciente que esteja procurando cuidados. A informação a ser obtida inclui informações pessoais (como nome do paciente, endereço, número de telefone, número do registro geral, gênero, data de nascimento e outras informações aplicáveis do paciente) e informações do



seguro de saúde (incluindo nome e endereço, número do contrato, número do grupo, informações de assinantes e informações sobre benefícios, tais como co-pagamentos, franquias e seguro compartilhado), as quais são suficientes para garantir o pagamento de serviços. O requisito para que o Hospital obtenha informações completas deve ter em conta a condição do paciente, sendo que as necessidades imediatas de atendimento ao paciente possuem prioridade. Para pacientes internados, a verificação pode ocorrer a qualquer momento durante a prestação de serviços, na alta ou durante o processo de cobrança. Para pacientes ambulatoriais, a verificação pode ocorrer no momento em que o paciente recebe Serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência ou durante o processo de cobrança.

### A. Serviços de Emergência e Urgência

O registro e a entrada de Pacientes de Emergência e Urgência serão realizados de acordo com os requisitos da EMTALA. Geralmente, as informações pessoais e de seguros do paciente podem ser coletadas de acordo com o processo de registro normal do Hospital, desde que tal coleta não atrase a prestação do exame de triagem médica e/ou qualquer tratamento estabilizador. Quando um paciente não consegue fornecer informações socioeconômicas ou de seguro no momento do atendimento e o paciente concorda, todos os esforços devem ser feitos para entrevistar familiares ou amigos que possam acompanhar ou ser identificados pelo paciente. Quando possível, a informação do seguro fornecida pelo paciente deve ser confirmada com o pagador por meios eletrônicos ou outros métodos disponíveis. Sob nenhuma circunstância, no entanto, os funcionários do Hospital devem verificar o estado do seguro de um paciente, obter pré-aprovação de terceiros pagadores ou dar os formulários de responsabilidade financeira do paciente antes do exame de triagem médica e início de qualquer tratamento estabilizador.

### B. Serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência

O registro e a entrada de Pacientes Não-Emergenciais e Sem Urgência devem ser realizados antes dos serviços prestados. Os pacientes que retornam ou recorrentes também terão as informações pessoais, de seguros e financeiras revisadas e atualizadas conforme necessário, incluindo, se for o caso, a verificação do estado do seu seguro por meio de métodos eletrônicos ou outros. Os pacientes têm a responsabilidade de atualizar informações socioeconômicas e de seguro durante o Registro.

## IV. DETERMINAÇÃO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO PACIENTE

### A. Princípios Básicos

O Hospital realizará esforços diligentes para determinar a responsabilidade financeira do paciente, assim que for razoavelmente possível durante o curso de cuidados do paciente; desde que a triagem e o início de qualquer tratamento estabilizador consistente com o EMTALA sejam concluídos para Pacientes de Emergência ou Urgência antes das atividades para determinar a responsabilidade financeira de um paciente. Os pacientes que são membros de planos de saúde gerenciados ou planos de seguro com requisitos de acesso específicos são responsáveis por entender e cumprir com todos os requisitos do plano de seguro, incluindo referências, autorizações, benefícios não cobertos e outras restrições de "rede". O Hospital solicitará qualquer pré-aprovação, autorização ou garantia de pagamento da seguradora sempre que possível. Em algumas circunstâncias, incluindo Serviços de Emergência ou Urgência, essas referências e autorizações podem ocorrer após a prestação do serviço. Todos os pacientes que incorrem em saldo de serviços serão informados da disponibilidade de assistência financeira para auxiliá-los no cumprimento de sua responsabilidade financeira com a Hallmark Saúde.

### B. Preparação de Orçamento

A pedido de um paciente antes da entrega de um Serviço Não-Emergencial ou sem Urgência, o Hospital deve fornecer uma estimativa do valor permitido para o serviço, incluindo o valor de todas as taxas da instituição. A informação da estimativa é recolhida e, em seguida, calculada geralmente pelo Hospital, utilizando os valores ou encargos históricos permitidos baseados no serviço médico ou cirúrgico projetado e, se aplicável, o período estimado de permanência. De acordo com a capacidade do Hospital, as estimativas levarão em consideração a responsabilidade do paciente, incluindo co-pagamentos, franquias e co-seguro. As estimativas não levam em consideração todos os serviços entregues e faturados pelas organizações listadas no Apêndice B. Os saldos finais podem diferir da estimativa fornecida ao paciente devido a circunstâncias atenuantes que podem exigir procedimentos, exames e/ou avaliações mais complexos. As estimativas exigem a participação do paciente e do clínico em tratamento para identificar razoavelmente





o tratamento futuro esperado e o atendimento clínico. Uma vez identificados os serviços clínicos necessários para basear a estimativa, o Hospital tem dois (2) dias úteis a partir da data do pedido para finalizar a estimativa e responder ao paciente. A estimativa final é fornecida ao paciente juntamente com opções de pagamento.

### C. Pacientes Assegurados

O Hospital fará esforços diligentes para verificar o estado do seguro do paciente e auxiliar o paciente a cumprir os requisitos de seu plano de seguro de saúde. Os pacientes são responsáveis por obter referências de outros provedores, quando necessário. A verificação do seguro ocorrerá de acordo com os princípios anteriormente descritos na Seção III acima. Sempre que possível, esta verificação incluirá uma determinação da responsabilidade financeira esperada do paciente, incluindo co-pagamentos aplicáveis, franquias e co-seguro. Quando possível e clinicamente apropriado, o pagamento de quaisquer valores predeterminados (co-pagamentos, dedutíveis fixos) associados a um serviço não-emergencial ou sem urgência será assegurado pelo paciente antes ou na data do serviço. Quando possível e clinicamente apropriado, o Hospital pode coletar co-pagamentos após um exame de triagem médica de um paciente emergencial ou de urgência. Em alguns casos, o plano de seguro do paciente e o tipo de cobertura podem não permitir uma determinação exata da responsabilidade financeira do paciente antes dos serviços prestados. Nesses casos, o Hospital pode solicitar um depósito igual à sua melhor estimativa da responsabilidade financeira esperada do paciente. Os pacientes que não podem fornecer o pagamento antes do recebimento de qualquer serviço não-emergencial ou sem urgência ou após o recebimento de um serviço de emergência ou urgência podem ser encaminhados a Conselheiros Financeiros.

- 1) Planos de Seguro Conveniados: O Hospital possui contratos com uma série de planos de seguro. Nesses casos, o Hospital buscará o pagamento do plano de seguro para todos os serviços cobertos. Para ajudar os pacientes a estabelecerem seus custos extras, o Hospital deve, a pedido do paciente, fornecer informações suficientes sobre o Serviço Não-Emergencial e Sem Urgência proposto. Se um determinado serviço for determinado pela seguradora como não-coberto ou de outra forma rejeitado para pagamento, então o pagamento desse serviço será solicitado diretamente ao paciente de acordo com o contrato de seguro relevante. Sempre que possível, o Hospital ajudará o paciente a recorrer a recusas ou outros julgamentos adversos com seu plano de seguro, reconhecendo que o plano de seguro geralmente exige que esses recursos sejam feitos pelo paciente.
- 2) Planos de Seguro Não-Conveniados: O Hospital estenderá a cortesia de cobrar uma companhia de seguros do paciente nos casos em que o Hospital não tenha contrato com a mesma. Mesmo que o Hospital fature o plano de seguro do paciente, a responsabilidade financeira final recai sobre o paciente ou seu provedor (o responsável pelas obrigações financeiras pessoais do paciente). A falha da seguradora em responder à conta do Hospital em tempo hábil pode resultar em que o paciente seja cobrado diretamente pelos serviços, exceto nos casos em que o paciente está protegido contra ações de cobrança (Seção IX (B) (6)). Os saldos remanescentes após qualquer pagamento do seguro serão cobrados ao paciente. Sempre que possível, o Hospital ajudará o paciente a recorrer a recusas ou outros julgamentos adversos com seu plano de seguro, reconhecendo que o plano de seguro geralmente exige que esses recursos sejam feitos pelo paciente.

### D. Pacientes Não-Segurados (Particulares)

Os pacientes que não têm seguro de saúde e que não foram previamente qualificados como "Paciente de Baixa Renda" de acordo com a Rede de Segurança da Saúde de Massachusetts (HSN), conforme descrito na Seção VI (F) abaixo, serão solicitados a fornecer o pagamento na íntegra nos casos em que uma estimativa das taxas está disponível. Quando uma estimativa não está disponível, será obtido um depósito pré-determinado antes do recebimento de serviços não-emergenciais e sem urgência no Hospital. Se o paciente não fornecer o pré-pagamento ou indicar a incapacidade de pagar o depósito, o paciente pode ser encaminhado para Conselheiros Financeiros.

Os pacientes não-segurados serão encaminhados para Conselheiros Financeiros para determinar sua elegibilidade para os programas estaduais e federais disponíveis e, se for elegível, os Conselheiros Financeiros devem ajudar esse paciente a se candidatar a esses programas. Isso inclui os residentes de Massachusetts que se candidatam através do Commonwealth of Massachusetts Health Connector. Além da disponibilidade potencial de qualquer programa do



governo, todos os pacientes não segurados receberão informações sobre possíveis programas de assistência financeira disponíveis na Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (disponível em <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>, ligando para agendar uma consulta com os Conselheiros Financeiros do Hospital no 781-338-7111). Se não houver necessidade imediata de fornecer os serviços conforme determinado pelo clínico em tratamento, o Serviço Não-Emergencial ou Sem Urgência pode ser adiado indefinidamente até o momento em que o paciente pode pagar, fazer arranjos financeiros adequados, obter seguro ou se tornar inscrito em um programa de assistência financeira que cubra o serviço.

## V. CONTAS DO PACIENTE E SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO FINANCEIRO

### A. Generalidades

O Hospital realizará diligentes esforços para identificar os pacientes que podem não ter seguro ou assegurados de forma incompleta para fornecer aconselhamento e assistência. O Hospital fornecerá aconselhamento financeiro a esses pacientes e suas famílias, incluindo seleção de elegibilidade para outras fontes de cobertura, como programas de governo Federal ou Estadual, e fornecendo informações sobre todos os métodos aceitáveis de pagamento da conta do hospital. Se for necessária assistência financeira adicional, o departamento de Contas do Paciente pode estender descontos ou outros ajustes aos pacientes se eles se qualificarem de acordo com a Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde. O paciente tem uma série de responsabilidades para se qualificar para assistência, incluindo a obrigação de enviar toda a documentação necessária e correta. Nos casos em que os pacientes podem se qualificar para programas federais, incluindo o Medicare, o Hospital irá informar o paciente de programas em potencial e auxiliar no pedido e documentação quando apropriado.

### B. Comunicação dos Serviços de Aconselhamento Financeiro

O Hospital disponibiliza publicamente informações sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira, incluindo para onde ir para solicitar tal assistência. Favor verificar a Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde para outros detalhes (disponível em <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

### C. Residência

Residência é um dos determinantes para elegibilidade para assistência financeira disponível nos programas Estadual, Federal e do Hospital. Favor verificar a Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde para outros detalhes (disponível em <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

### D. Assistência Financeira do Hospital, Descontos, Caridade

Pacientes são encorajados a se inscreverem primeiramente nos programas Estaduais e/ou Federais. Se o paciente não for elegível para esses programas, assistência financeira pode estar disponível pela Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde.

### E. Considerações sobre Solicitações Especiais

1) Solicitações Confidenciais: Solicitações confidenciais para programas de assistência financeira Estadual ou do Hospital podem ser realizadas em duas circunstâncias:

- a. Menores: solicitações confidenciais de cobertura podem ser submetidas em casos de menores encaminhados para serviços de planejamento familiar e relacionados a doenças sexualmente transmissíveis. Essas solicitações podem ser processadas de acordo com a renda do menor, independentemente da renda da família. Esses pacientes devem ser encaminhados para Aconselhamento Financeiro.
- b. Indivíduos que Sofrem Abuso: esses indivíduos também podem solicitar cobertura baseado em sua renda individual e não precisam indicar seu endereço principal. Esses pacientes devem ser encaminhados para Aconselhamento Financeiro.



- 2). Pessoas sem Documentação: Os pacientes podem ficar preocupados com as implicações migratórias da aplicação do status do Paciente de Baixa Renda nos programas estaduais disponíveis descritos na Seção VI abaixo. Os pacientes com meios limitados de pagamento serão encorajados a fazer o requerimento ao Estado ou a outros programas patrocinados pelo governo. Os pacientes que se recusarem a solicitar assistência continuarão a ser tratados como não-segurados e os Serviços de Emergência e Urgência continuarão a ser fornecidos. Os serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência podem ser adiados indefinidamente até o momento em que o paciente pode pagar, fazer arranjos financeiros adequados, obter seguro ou se inscrever em um programa de assistência financeira que cubra o serviço.

## VI. PROGRAMAS ESTADUAIS – RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

Além de seguir os procedimentos gerais para os pacientes Segurados (seção IV (C)) e Não-Segurados (seção IV (D)) acima, o hospital encorajará os pacientes potencialmente elegíveis para a cobertura de Programas Estaduais ou outros programas governamentais para solicitar tal cobertura e pode ajudar o paciente a solicitar os benefícios. Os pacientes também podem solicitar e ser aprovados para cobertura pelo HSN para co-seguro ou franquias não-cobertas pelo seu plano de seguro primário; os co-pagamentos estão excluídos desta cobertura. Nos programas estaduais, o paciente pode ser aprovado para inclusão no, mas não estão limitado a, MassHealth, HSN e em outros programas através do Health Connector (coletivamente, os "Programas estaduais").

### A. Processo de Requerimento – Todos os Programas Estaduais Exceto Dificuldades Médicas

O Hospital auxilia o paciente a preencher o pedido de Programas Estaduais e assegurar o envio da documentação necessária exigida pelo Programa Estadual aplicável. Os indivíduos solicitam cobertura através do aplicativo apropriado que é submetido através do sistema de inscrição do Estado. O indivíduo pode enviar um pedido através de um site online, que está localizado centralmente no site do Health Connector estadual, por formulário impresso ou por telefone com um representante de atendimento ao cliente localizado no MassHealth ou no Health Connector. A documentação necessária pode incluir, mas não se limita à prova de: (1) renda familiar anual (cópias de folha de pagamento, registro de pagamentos da previdência e uma carta do empregador, declarações fiscais ou extratos bancários), (2) cidadania e identidade (3) status de imigração para não-cidadãos (se aplicável), e (4) ativos das pessoas com 65 anos ou mais. O Estado notificará o paciente de qualquer documentação que necessite ser submetida para verificação final. O paciente pode receber cobertura provisória se as diretrizes aplicáveis do programa forem atendidas.

### B. Processo de Requerimento – HSN – Dificuldades Médicas

O Hospital trabalhará com o paciente para determinar se um programa como HSN – Dificuldades Médicas é apropriado. Se assim for, o Hospital ajudará o paciente a preencher e enviar um pedido de dificuldade médica à Rede de Segurança da Saúde. É obrigação do paciente fornecer todas as informações necessárias, conforme solicitado pelo Hospital, no prazo apropriado para garantir que o Hospital possa enviar um pedido completo. Uma vez que o paciente complete o pedido e reúna toda a documentação necessária, o Hospital deve enviar o pedido completo ao HSN dentro de cinco (5) dias úteis após recebê-lo do paciente. Se o pedido completo fornecido pelo paciente não for submetido pelo hospital dentro de cinco (5) dias úteis após recebimento, ações de cobrança não podem ser tomadas contra o paciente em relação às contas que teriam sido elegíveis para dificuldades médicas se o pedido fosse enviado oportunamente ao Estado.

### C. Aprovação da Cobertura por Programas Estaduais

O Hospital pode ajudar os pacientes a solicitar cobertura em Programas estaduais disponíveis, mas não tem função na determinação da elegibilidade no programa, a qual é feita pela MassHealth ou pelo HSN. O MassHealth ou o HSN emitirão todos os avisos de elegibilidade. Ainda é responsabilidade do paciente informar o Hospital de todas as decisões de cobertura tomadas para assegurar uma adjudicação precisa e oportuna de todas as contas do Hospital.

### D. Efeito de uma Solicitação Pendente ao HSN/MassHealth

Pacientes para os quais o Hospital tenha submetido uma solicitação no Massachusetts Health Connector, a qual cobre a elegibilidade para os programas MassHealth e HSN terão suas contas suspensas até que tal decisão tenha sido tomada.

#### E. Recurso da Decisão

- 1). MassHealth: O paciente pode apresentar uma função direta no recurso ou na busca de informações com o MassHealth relacionadas a decisão de cobertura. Essa solicitação pode ser enviada ao MassHealth com documentação comprobatória.
- 2) Pacientes de Baixa Renda: Uma pessoa pode solicitar que o MassHealth/Connector realize uma revisão da situação de Paciente de Baixa Renda, a conformidade do Hospital com as disposições do 101 C.M.R. § 613.00, ou, em circunstâncias excepcionais, a elegibilidade para o programa de Dificuldades Médicas.

#### F. HSN – Elegibilidade do Paciente de Baixa Renda e Considerações de Cobertura

##### 1) Definição de Paciente de Baixa Renda

A definição do Paciente de Baixa Renda é feita pelo sistema de elegibilidade MassHealth/Massachusetts Health Connector e é limitada aos residentes de Massachusetts. Um paciente deve enviar uma solicitação online ou em papel conforme descrito na Seção VI(A) ou na Seção VI(B) acima para se qualificar, incluindo a documentação necessária para estabelecer a residência, identidade e renda de Massachusetts. Existem quatro categorias principais de cobertura do Paciente de baixa renda sob o HSN: (I) HSN-Primário (Seção VI(F)(4) abaixo); (II) HSN-Secundário (Seção VI(F)(5) abaixo); (III) HSN-Parcial (Seção VI(F)(6) abaixo); e (IV) HSN-Dificuldades Médicas (Seção VI(F)(7) abaixo).

- a. O Hospital também pode ajudar os pacientes com inscrição na Rede de Segurança da Saúde usando um processo de determinação presuntiva, que fornece um período limitado de elegibilidade. Este processo é conduzido por Conselheiros Financeiros, que, com base no atestado próprio de informações financeiras do paciente, considerará que um paciente conhece a definição do Paciente de Baixa Renda para a cobertura apenas dos serviços da Rede de Segurança da Saúde. A cobertura começará na data em que o Hospital faz a determinação até o final do mês seguinte em que a determinação presuntiva é feita. No entanto, a cobertura pode ser modificada mais cedo se o paciente apresentar um pedido completo para os Programas Estaduais conforme descrito na Seção VI(A) ou na Seção VI(B) acima.

##### 2) Elegibilidade para o HSN

A situação de elegibilidade para cobertura pelo HSN será verificada no momento do registro utilizando-se do sistema MassHealth Eligibility Verification System (EVS), do Massachusetts's Medicaid Management Information Systems (MMIS), do Passaporte, ou outros sistemas de elegibilidade do Hospital, se aplicável, e qualquer mudança na situação do paciente será registrada na sua ficha.

##### 3) Limitações do Serviço

Os pacientes que são identificados como Pacientes de Baixa Renda receberão, na medida do possível, serviços consistentes com as diretrizes de cobertura da HSN ou MassHealth, incluindo as limitações do "Serviço Elegível", nos termos dos regulamentos estaduais e no formulário de medicamentos aplicável. Um paciente que procura receber um serviço reembolsável não-emergencial e sem urgência será informado por escrito do custo máximo desse serviço e deve assinar um reconhecimento de que aceita a responsabilidade financeira antes da entrega do serviço.

##### 4) Cobertura - HSN – Primário

Um Paciente de Baixa Renda que não possui seguro e declara renda para o MassHealth MAGI Household ou para o Medical Hardship Family Countable Income (conforme descrito no 101 C.M.R. § 613.04(1)), entre 0-300% do Nível Federal de Pobreza (FPL) pode ser elegível para o HSN-Primário, salvo as seguintes exceções:

- a. Pacientes de Baixa Renda elegíveis para o Programa de Pagamento de Assistência Premium, conduzido pela Health Connector, são elegíveis para o Health Safety Net-Primário apenas na extensão permitida pelo 101 C.M.R. § 613.04(5)(b).
- b. Estudantes sujeitos aos requisitos da M.G.L. c. 15A, § 18 para o Plano de Saúde de Estudante Qualificado não são elegíveis para a cobertura do Health Safety Net-Primário.

## Política de Crédito e Cobrança Hallmark Saúde

### 5) Cobertura -- HSN - Secundário

Um Paciente de Baixa Renda pode ser elegível para o HSN-Secundário se possuir outro seguro primário e declarar renda para o MassHealth MAGI Household ou para o Medical Hardship Family Countable Income (conforme descrito no 101 C.M.R. § 613.04(1)), entre 0-300% do (FPL), salvo as seguintes exceções:

- a. Pacientes de Baixa Renda elegíveis para o Programa de Pagamento de Assistência Premium, conduzido pela Health Connector, são elegíveis para o Health Safety Net-Secundário apenas na extensão permitida pelo 101 C.M.R. § 613.04(4)(a)(2)(a).
- b. Estudantes sujeitos aos requisitos da M.G.L. c. 15A, § 18 para o Plano de Saúde de Estudante Qualificado não são elegíveis para a cobertura do Health Safety Net-Secundário.

### 6) Cobertura -- HSN – Deduções Parciais

Pacientes que se qualificam para HSN-Primário ou HSN-Secundário com renda para o MassHealth MAGI Household ou para o Medical Hardship Family Countable Income entre 150,1% e 300% da FPL podem estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Grupo de Família de Faturamento Premium (PBF) possuem uma renda superior a 150,1% da FPL. Um PBF é um grupo de pessoas que vivem juntas, conforme definido em 130 C.M.R. § 501.001. Se algum membro do PBF tiver uma renda inferior a 150,1% da FPL, não há dedução para qualquer membro do PBF. A franquia anual é calculada de acordo com o 101 C.M.R. § 613.04(4)(c)(1).

### 7) Cobertura -- HSN – Dificuldades Médicas

Um residente de Massachusetts de qualquer nível de renda pode se qualificar para o programa Dificuldades Médicas através da Rede de Segurança da Saúde se as despesas médicas permitidas reduzirem tanto a renda contábil que ele ou ela não pode pagar por serviços de saúde. Para se qualificar para o Dificuldades Médicas, as despesas médicas permitidas do candidato devem exceder uma porcentagem específica do rendimento contábil do requerente definido em 101 C.M.R. § 613.05 (1) (c). A contribuição solicitada do requerente é calculada como a porcentagem especificada de Rendimento Contábil como definido em 101 C.M.R. § 613.05 (1) (b) com base no FPL da Família com Dificuldades Médicas multiplicado pela Renda Contábil real menos as contas não-elegíveis para o pagamento pela Rede de Segurança da Saúde, pelas quais o candidato permanecerá responsável.

### 8) Responsabilidade Financeira do Paciente de Baixa Renda/HSN Parcial/Dificuldades Médicas:

- a. A responsabilidade financeira de um Paciente de Baixa Renda é limitada a co-pagamentos (de qualquer pagador, exceto Medicare), deduções determinadas pelo HSN (conforme discutido na Seção VI(F)(6) acima), ou se o paciente concordou em ser cobrado pelo CommonHealth Spend Down.
- b. Depósitos para Pacientes de Baixa Renda designados como HSN-Parcial (conforme discutido na Seção VI(F)(6) acima) ou Dificuldades Médicas (conforme discutido na Seção VI(F)(7) acima): serão solicitados depósitos desses pacientes, desde que esta seja a cobertura principal para despesas abertas para todos os serviços Não-Emergenciais ou Sem Urgência medicamente necessários. O status atual da franquia familiar anual do paciente HSN-Parcial será revisado e um depósito de até 20% da franquia anual do paciente, até um máximo de US\$ 500, pode ser cobrado do paciente. O Hospital também pode solicitar um depósito de pacientes elegíveis para o Dificuldades Médicas de até 20% da contribuição para o Dificuldades Médicas do paciente, até um máximo de US\$ 1.000.
- c. Planos de Pagamento: Pacientes de Baixa Renda serão notificados sobre a disponibilidade de planos de pagamento para resolver todas as contas em aberto pelos termos especificados na Seção VIII Formas de Pagamento.
- d. Serviços Não Necessários Medicamente: Pacientes de Baixa Renda serão solicitados a pagar antecipadamente por qualquer Serviço Não Necessário Medicamente, conforme descrito na Seção III(C), considerando que o paciente é informado do valor máximo desses serviços e assina uma declaração de conhecimento de que os serviços não são cobertos pelo HSN ou qualquer outro programa de assistência de Massachusetts. Os serviços serão adiados indefinidamente até que o pagamento seja realizado de acordo com a Seção VIII(E).





## VII. RESIDENTES FORA DE MASSACHUSETTS

### A. Residentes Americanos Fora de Massachusetts

Além de seguir os procedimentos definidos para pacientes Segurados (Seção IV(C)) e Não-Segurados (Seção IV(D)), o Hospital estimulará os pacientes americanos residentes fora de Massachusetts que são potencialmente elegíveis para o Medicaid de seu Estado ou outros programas governamentais (os Programas Estaduais de Residentes Americanos de Fora de Massachusetts) a solicitar cobertura.

- 1) O Hospital pode ajudar os residentes dos EUA de fora de Massachusetts a solicitarem Programas Estaduais, fornecendo ao paciente informações sobre os programas aplicáveis. Os indivíduos solicitam cobertura através da aplicação apropriada que é submetida através do sistema de inscrição do Estado de Residentes Americanos de Fora de Massachusetts. A documentação necessária pode incluir, mas não se limita à prova de: (1) renda familiar anual (cópias de folha de pagamento, registro de pagamentos de previdência e uma carta do empregador, declarações fiscais ou extratos bancários), (2) cidadania e identidade (3) status de imigração para não-cidadãos (se aplicável), e (4) bens ativos das pessoas com 65 anos ou mais. O estado aplicável notificará o paciente de qualquer documentação que deva ser submetida para verificação final.
- 2) O Hospital não apresenta nenhuma função na definição de elegibilidade no programa feita pelos Programas Estaduais de Residentes Americanos de Fora de Massachusetts. Esses programas farão todas as notificações de elegibilidade, e não o Hospital. Ainda é responsabilidade do paciente informar o Hospital de todas as decisões de cobertura tomadas para assegurar uma adjudicação precisa e oportuna de todas as contas do Hospital.
- 3) O paciente pode apresentar uma função direta no recurso ou na busca de informações com os Programas Estaduais de Residentes Americanos de Fora de Massachusetts relacionadas a decisão de cobertura.

### B. Pacientes Internacionais

Além de seguir os procedimentos indicados para pacientes Segurados (Seção IV(C)) e Não-Segurados (Seção IV(D)), o Hospital fará todos os esforços razoáveis para adquirir informações de endereço local e permanente para residentes de outros países e tomará todas as ações necessárias adicionais de forma a assegurar um pré-pagamento para todos os serviços Não-Emergenciais ou Sem Urgência.

## VIII. FORMAS DE PAGAMENTO

### A. Generalidades

Pagamentos podem ser feitos de diversas formas no Hospital. Diferentes acordos de pagamento podem estar disponíveis, incluindo depósitos (adiantamentos) e planos de pagamento. O paciente ou seu provedor são capazes de fazer esses arranjos com o Atendimento ao Cliente das Contas de Pacientes da Hallmark Saúde. Todos os acordos de pagamento estarão em conformidade com critérios pré-determinados e serão registrados adequadamente nos sistemas de cobrança e registro do Hospital.

### B. Formas de Pagamento

Pagamentos podem ser feitos por cheques pessoais ou bancários, transferências, cartões de crédito/débito ou dinheiro. O Hospital irá manter um processo para rastrear cheques "ruins" e reverter qualquer pagamento que possa ter sido feito na conta do paciente. O uso de um cheque "ruim" pode ser motivo para transferir a conta para os Inadimplentes.

### C. Moeda

A menos que haja acordo de outra forma, o pagamento será feito em moeda Americana. Pagamento feito com outra moeda será convertido de acordo com a taxa específica definida pelo banco do Hospital, incluindo taxas de conversão.

### D. Planos de Pagamento

O Hospital mantém uma Política de Assistência Financeira separada que aborda os planos de pagamento. Todos os Pacientes de Baixa Renda ou do programa Dificuldades Médicas serão notificados de que o Hospital oferece um plano de pagamento. A Política de Assistência Financeira está prontamente disponível para os membros do público no site do Hospital em <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

### E. Adiantamentos

A Hallmark Health reserva-se o direito de solicitar o pagamento antecipado na íntegra para os pacientes que recebem serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência. Se um orçamento não estiver disponível, os pacientes serão obrigados a fornecer um depósito (adiantamento para o futuro saldo esperado). A falta de pagamento integral com antecedência do recebimento de serviços Não-Emergenciais e Sem Urgência ou o não cumprimento do requisito de depósito resultará em adiamento indefinido dos serviços desde que o clínico de tratamento determine que o procedimento não é medicamente necessário. A Hallmark Saúde não exigirá depósitos prévios e/ou de tratamento de indivíduos que necessitem de Serviços de Emergência ou de Urgência ou de indivíduos que estejam protegidos de tais ações de cobrança de acordo com as leis estaduais aplicáveis (Apêndice C - Pacientes Protegidos da Ação de Cobrança).

## IX. COBRANÇAS E RECEBIMENTOS DE PACIENTES

### A. Princípios Básicos

O Hospital realizará diligentes esforços para cobrar todos os encargos devidos às seguradoras de acordo com os padrões estabelecidos da indústria e procurará aplicar pagamentos e ajustes contratuais em tempo hábil à conta do paciente. Esses esforços incluem o faturamento de todos os planos de seguro disponíveis de acordo com os requisitos dos pagadores e o acompanhamento oportuno das reclamações negadas. Os pacientes ou outros provedores serão responsáveis por todos os saldos de contas que permanecem após a aplicação de todos os pagamentos de seguros, ajustes contratuais e acordados descontos/ajustes de acordo com qualquer solicitação de remessa recebido do pagador, exceto quando o saldo pode ser submetido à Rede de Segurança da Saúde ou considerada isenta de atividades de cobrança de acordo com as leis de Massachusetts. As ações de cobrança podem incluir declarações de pacientes, cartas de pacientes, contatos telefônicos, avisos de cobrança definitivos certificados e atividades de cobrança extraordinárias, incluindo relatórios de agência de crédito.

**É obrigação do paciente fornecer informações socioeconômicas e de Seguro de forma completa e oportuna e conhecer quais os serviços cobertos por seu Seguro. Espera-se que os pacientes que tenham condições paguem pelos serviços realizadas pela Hallmark Saúde.**

### B. Práticas de Cobrança Hospitalar, incluindo Declarações, Cartas e Ligações dos Pacientes

O Hospital realizará diligentes esforços para assegurar que a parte apropriada seja cobrada e a coleta seja feita pelo pagador apropriado. O Hospital, diretamente ou por meio de seus agentes designados, preparará e enviará declarações periódicas para pacientes/provedores para aconselhá-los sobre os saldos devidos ao Hospital. Um registro de todas as ações e comunicações da conta, incluindo contas, normalmente é refletido no sistema de cobrança. Os funcionários são obrigados a documentar todos os contatos com o paciente (ou provedor) no sistema de cobrança aplicável, sistema de registro ou sistema de recebimento de auto-pagamento. Para os residentes de Massachusetts, as reivindicações não serão enviadas à Rede de Segurança da Saúde até que esses esforços diligentes estejam esgotados.

- 1) Cobrança Inicial do Paciente: O Hospital enviará uma conta inicial ao paciente ou ao provedor. A conta inicial terá um resumo de todos os encargos, pagamentos e ajustes incluídos na cobrança inicial para cada data de serviço/admissão. A conta inicial fornecerá informações sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira que possam cobrir o custo da conta do Hospital.
- 2) Cobrança Subsequente: O Hospital continuará a cobrar o paciente ou provedor a, aproximadamente, cada 30 dias por até 120 dias, o qual representa o período de tempo adequado para cobranças contínuas e ações de recebimento.



## Política de Crédito e Cobrança Hallmark Saúde

- 3) Ligações Telefônicas e Outras Comunicações: ligações telefônicas, declarações de cobrança, cartas, contatos pessoais, avisos ou qualquer outro método de notificação constituem um esforço genuíno para entrar em contato com a parte responsável pela obrigação e informa o paciente da disponibilidade de assistência financeira.
- 4) Suspensão do Faturamento: Em determinadas situações, a continuação da cobrança e da atividade de cobrança pode ser inadequada e pode ser suspensa ou descontinuada. Tais situações incluem, mas não estão limitadas a: Endereço Incorreto (Seção IX(B)(9)), Casos de Falência (Seção IX(D)(1)), queixa de paciente, saldos pequenos (Seção IX(B)(10)), Elegibilidade pendente ou aprovada de MassHealth ou HSN (Seção VI(D) e Seção IX(B)(6)), ou pacientes que estão no processo de candidatura à Assistência Financeira da Hallmark Saúde.
- 5) Notificação de Disponibilidade de Assistência Financeira: Declarações de pacientes incluirão avisos conforme exigido pelas leis aplicáveis para informar pacientes sobre a disponibilidade e os meios para acessar assistência financeira. As notificações relativas à disponibilidade de assistência financeira também serão incluídas em outras comunicações escritas e verbais do paciente na admissão e alta.
- 6) Pacientes Protegidos de Ação de Cobrança: O Hospital tomará medidas razoáveis para garantir que nenhuma ação de coleta, incluindo chamadas telefônicas, declarações ou cartas, seja iniciada para os saldos de pacientes que podem estar isentos de ações de cobrança de acordo com as leis aplicáveis. Isso pode incluir pacientes participantes de Programas Estaduais que estão isentos de ações de coleta na extensão descrita no Apêndice C, pacientes em que o Hospital atrasou o envio de seu pedido de Dificuldade Médica (Seção VI(B)), pacientes com uma solicitação pendente em um Programa Estadual (Seção VI(D)), ou com um pedido pendente de assistência financeira sob a Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde. O Hospital pode continuar a enviar cartas solicitando informações ou ações pelo paciente para resolver problemas de cobertura e/ou elegibilidade com um pagador primário, Programa de Compensação do Trabalhador ou para obter qualquer Responsabilidade de Terceiros ou informações da transportadora MVA.
- 7) Notificação Final (Recebimento): O Hospital fará esforços razoáveis para enviar a cada paciente uma notificação final (recebimento) pelo correio antes de transferir a conta para Inadimplência. Notificações de pacientes menores de idade serão enviadas ao provedor.
- 8) Inadimplência Emergencial para Residentes de Massachusetts: Para aqueles casos em que uma conta está sendo considerada para encaminhamento ao HSN pelo Hospital como Inadimplente, o Hospital garantirá que as seguintes condições estão sendo atingidas:
  - a. A conta foi submetida a esforços contínuos e documentados de cobrança por um mínimo de 120 dias;
  - b. Uma busca eletrônica de elegibilidade foi realizada no EVS ou MMIS para triar por cobertura;
  - c. Os serviços oferecidos são classificados como Serviços de Emergência de acordo com a definição desta política; e
  - d. Um aviso final de cobrança foi enviado por correio registrado para saldos de US\$ 1.000 ou mais. As contas que estão devidamente documentadas como contas de endereços incorretos podem ser enviadas para a Rede de Segurança da Saúde sem o envio de uma notificação de cobrança final via correio registrado, desde que tenham decorrido 120 dias do faturamento inicial e que, após um esforço razoável e genuíno, o Hospital não tenha sido capaz de obter um endereço atualizado.
- 9) Retornos de Endereços Incorretos: O Hospital fará esforços razoáveis para rastrear, pesquisar e reativar todas as declarações de pacientes devolvidas pelo USPS que não são entregues. As informações de endereço serão verificadas e corrigidas usando os programas de "evitar rastreamento" que podem estar disponíveis em terceiros. Sempre que possível, as contas serão identificadas como contas de "Endereço Incorreto" nos sistemas de cobrança e registro. Uma vez que uma conta foi marcada como Endereço Incorreto, nenhuma outra declaração ou carta deve ser processada a menos que um novo endereço tenha sido identificado. O Hospital descontinuará o envio de declarações para endereços incorretos para manter a privacidade do HIPAA. As contas cuja informação demográfica mais recente contém um endereço incorreto podem ser



## Política de Crédito e Cobrança Hallmark Saúde

encaminhadas para agências externas como inadimplentes para acompanhamento adicional, exceto que as potenciais contas de Inadimplência Emergencial, que serão acompanhadas por 120 dias antes da colocação.

- 10) Ajuste de Saldo Baixo: Reconhecendo o custo das atividades de processamento e cobrança de declarações, após o extrato inicial, o Hospital pode suprimir as declarações nas contas abaixo do limite de \$15 de "conta de pequeno valor". Esta política deve ser aplicada de forma consistente em todos os pagadores. Em nenhum caso, os pequenos ajustes de saldo tomados sob esta seção serão faturados ao HSN.

### C. Notificação de Multa

O Hospital manterá um processo para identificar todos os saldos dos pacientes que estão sujeitos à Multa do Fundo Fiduciário da Rede de Segurança de Saúde em Hospitais agudos conforme exigido em 101 C.M.R. § 614.05. Os montantes de sobretaxa serão cobrados ao paciente e o fundo coletado será remetido para HSN de acordo com seu cronograma.

### D. Situações Especiais de Cobrança

- 1) Falência do Paciente: O Hospital realizará esforços razoáveis para rastrear todas as notificações de falência e mantê-las arquivadas para garantir que todos os procedimentos judiciais aprovados sejam seguidos, incluindo a apresentação de reclamações junto do Tribunal, conforme o caso, ou o perdão da dívida.
- 2) O Hospital não faturará um Paciente de baixa renda do HSN para (1) reivindicações relacionadas a Eventos de Efeitos Adversos, conforme descrito em 101 C.M.R. § 613.03(1)(d); ou (2) reclamações devido a um erro de cobrança administrativa ou técnica.
- 3) Cobertura HSN-Secundária: O Hospital fará esforços diligentes para limitar a submissão de reclamações ao HSN, incluindo franquias e serviços não-cobertos, casos em que um paciente esgotou seu benefício ou nos casos em que a inscrição com o pagador não estava ativa no momento em que os serviços foram prestados. Se o Hospital receber um pagamento adicional ou corrigido em um pedido previamente enviado ao HSN, um pedido corrigido será enviado ao HSN.
- 4) Dedução HSN-Parcial: O Hospital cobrará aos pacientes 100% de sua dedução parcial anual do HSN menos os depósitos de pacientes obtidos de acordo com a Seção VI(F)(8)(b) até que os encargos iguais à franquia anual tenham sido cobrados ao paciente, inclusive de qualquer conta incluída nos planos de pagamento. As reivindicações não serão enviadas ao HSN até que a franquia do paciente tenha sido satisfeita.

### E. Considerações Especiais de Processamento de Conta

Em algumas circunstâncias, informações ou procedimentos adicionais podem ser necessários para processar corretamente a conta de um paciente.

- 1) Indenização de Trabalho (WC): Os serviços relacionados a acidentes industriais devem ser adequadamente rotulados no registro. Informações adicionais exigidas incluem a data e hora do acidente, o nome do empregador e o número de telefone, e a operadora de indenização do trabalhador e número de telefone do empregador. O Hospital fará tentativas razoáveis para prosseguir a cobertura do WC. Todas as recuperações que podem ser recebidas após a apresentação de um pedido serão compensadas contra o pedido original e notificadas ao pagador ou ao HSN, incluindo quaisquer reclamações ou devoluções exigidas. Se não houver cobertura WC, então o pedido é gerenciado de maneira comum.
- 2) Acidentes de Automóveis (MVA) e Responsabilidade de Terceiros (TPL): Os serviços relacionados a um acidente de carro ou a outra responsabilidade de terceiros devem ser adequadamente rotulados no registro. Serão feitos esforços diligentes para coletar informações adicionais necessárias para submissão de reivindicações de MVA, incluindo a data e hora do acidente, a localização de casos de responsabilidade de terceiros e qualquer seguradora de automóveis conhecida. O nome de qualquer advogado associado à reivindicação também deve ser anotado no sistema de registro se estiver disponível. Serão feitos esforços razoáveis para que o transportador MVA/TPL possa cobrar qualquer quantia disponível para a Proteção de Ferimento Pessoal (PIP). Os pedidos de seguro de saúde serão processados após o PIP estar esgotado. O Hospital também pode apresentar uma garantia contra os futuros pagamentos de danos corporais feitos pelo transportador da MVA para o paciente se pudermos estabelecer o nome do advogado do paciente que

administra o pedido. Todas as recuperações recebidas após a apresentação de um pedido serão compensadas contra o pedido original e notificadas ao pagador ou ao HSN, incluindo quaisquer reclamações ou devoluções exigidas. Se não houver cobertura MVA/TPL, o pedido é gerenciado de maneira comum.



- 3) Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde (HIPAA): No âmbito da HIPAA, os pacientes que pagaram o Hospital na íntegra para um item ou serviço específico têm o direito de solicitar que sua PHI (Informação de Saúde Protegida) em relação a esse item ou serviço não seja enviada para o plano de seguro de saúde para fins de pagamento, a menos que tal divulgação seja exigida pela lei aplicável. Essa restrição aplica-se apenas ao item ou serviço específico entregue e faturado pelo Hospital. Espera-se que os pacientes que desejem exercer essa restrição paguem todos os saldos pendentes na íntegra no momento do serviço ou, se o saldo não puder ser totalmente estimado no momento do serviço, após o recebimento de declarações. Se o Hospital não conseguir garantir o pagamento integral do paciente solicitando tal restrição após esforços razoáveis, o Hospital poderá notificar o paciente e faturar o plano de saúde do paciente. As contas devem ser anotadas por procedimento para evitar a liberação inadequada.

## X. INDICAÇÃO DE INDAIMPLÊNCIA

### A. Transferência da Conta para Inadimplência

O Hospital fará um esforço razoável para qualificar um paciente para assistência financeira sob os programas estaduais, federais ou Hallmark Saúde, notificando o paciente por escrito sobre os programas de assistência disponíveis e auxiliando esse indivíduo na conclusão dos requerimentos. Uma vez que esses esforços razoáveis foram feitos e todos os esforços de cobrança interna foram esgotados, as contas podem ser transferidas para Inadimplência. Isso geralmente ocorrerá após a conclusão de ciclo de 120 dias de cobrança do paciente, com algumas exceções devido ao endereço incorreto ou a outras circunstâncias atenuantes. As contas em Inadimplência geralmente receberão esforços adicionais de cobrança através de uma série de fontes, incluindo funcionários, agências de cobrança externa ou advogados de cobrança de acordo com as leis aplicáveis.

### B. Agências de Cobrança

Qualquer agência que pretenda recolher os saldos dos pacientes em nome do Hospital será obrigada a cumprir esta política, incluindo a obrigação de se abster de "atividades extraordinárias de coleta" (conforme definido abaixo) até que o Hospital tenha feito um esforço razoável e seguiu um processo adequado para determinar que um paciente tem direito a assistência ou isenção de qualquer processo de coleta ou cobrança de acordo com esta política. Todas as queixas substantivas de pacientes serão reportadas ao Hospital para revisão e rastreamento. Todos os agentes cumprirão plenamente os regulamentos aplicáveis da Receita (IRS) e da Federal Fair Debt Collection, bem como os regulamentos de cobrança de dívidas de acordo com as leis de Massachusetts. Todas as agências informam qualquer cobrança ou outras ações da conta, incluindo a decisão de cessar os esforços de recebimento, em tempo hábil.

### C. Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs)

O Hospital pode iniciar Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs) em determinadas circunstâncias para contas cujo pagamento esperado não foi realizada depois de esforços razoáveis definidos na Seção X(B).

- 1) Informação de Crédito: O Hospital ou agência de cobrança em nome do Hospital podem relatar contas excepcionais para agências de crédito.

## XI. SALDOS DE CRÉDITO E REEMBOLSOS

Geralmente, o Hospital reembolsará aos pacientes quaisquer saldos de crédito, o que pode resultar de fundos excedentes coletados do paciente. Nos casos em que os esforços para reembolsar um saldo de crédito pago automaticamente não tiveram êxito, o Hospital remeterá os saldos de crédito ao Tesouro do Estado de Massachusetts, de acordo com os regulamentos de Propriedade Abandonada do estado.

## XII. EVENTOS DE EFEITOS ADVERSOS (SREs)

O Hospital mantém a conformidade com os requisitos de cobrança aplicáveis, incluindo os regulamentos do Departamento de Saúde Pública (105 C.M.R. § 130.332) por falta de pagamento de serviços específicos ou readmissões que o Hospital determina como resultado de um Evento de Efeito Adverso (SRE). SREs que não ocorrem no Hospital estão excluídos dessa determinação de não pagamento.

### XIII. CONCORDÂNCIA COM A LEI DE PORTABILIDADE E RESPONSABILIDADE DO SEGURO DE SAÚDE (HIPAA)

O Hospital também mantém todas as informações de acordo com as leis federais e estaduais de privacidade, segurança e roubo de identidade.

### XIV. DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES

O Hospital deve informar os pacientes de suas obrigações de:

- 1) Fornecer informações corretas e atualizadas de seguro e socioeconômicas. Informar o Hospital e o MassHealth de qualquer mudança de situação, incluindo mudanças na renda ou no status do seguro, e rastrear dados deduzíveis manuais do HSN.
- 2) Fazer esforços razoáveis para entender os limites de sua cobertura de seguro, incluindo limitações de rede, limitações de cobertura de serviço e responsabilidades financeiras devido a cobertura limitada, co-pagamentos, franquias e co-seguro.
- 3) Para pacientes com condições, pagar pelos serviços oferecidos pela Hallmark Saúde, incluindo co-pagamentos, deduções e co-seguro de maneira oportuna.
- 4) Aceitar recomendação de seguro, pré-autorização e outras políticas de gerenciamento médico. Aceitar outros requisitos de seguro, incluindo o preenchimento dos formulários de coordenação de benefícios, atualizar a informação da associação, atualizar a informação do médico, entender a cobertura dos benefícios e outros requisitos do pagador. Pela ausência de cobertura de serviços médicos selecionados, reconhecer e providenciar pagamento alternativo.
- 5) Para os residentes de Massachusetts, obter cobertura através do Health Connector, outras fontes de seguro ou solicitar a determinação de Paciente de Baixa Renda/MassHealth/Commonwealth Care (se for potencialmente elegível), incluindo a apresentação de toda a documentação necessária.
- 6) Notificar o Hospital, de qualquer potencial cobertura de Acidentes com Automóveis, cobertura de Responsabilidade de Terceiros ou cobertura de Indenização de Trabalho. Para os pacientes abrangidos pela MassHealth ou pela Rede de Segurança de Saúde, apresentar um pedido de indenização, se disponível, com relação a qualquer acidente, ferimento ou perda e notificar o programa público estadual (por exemplo, o Office of Medicaid e a Health Safety Net) dentro de dez dias das informações relacionadas a qualquer processo ou reivindicação de seguro que cubra o custo dos serviços prestados pelo Hospital. Um paciente também é obrigado a atribuir o direito a um pagamento de terceiros que cobrirá os custos dos serviços pagos pelo Estado ou a Rede de Segurança da Saúde ou reembolsará o HSN dos fundos recebidos do terceiro. Se o paciente não reembolsar voluntariamente o HSN de fundos recebidos do terceiro, o HSN poderá recuperar esses pagamentos.

### XV. PUBLICAÇÃO DA POLÍTICA DE CRÉDITO E COBRANÇA

A Política de Crédito & Cobrança da Hallmark Saúde, a Lista de Fornecedores Conveniados e a Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde estão disponíveis no: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

- 1) Essa página também pode ser acessada pelo site da Hallmark Saúde (<https://www.hallmarkhealth.org/>) selecionando Paciente/Visitante- \* Aconselhamento Financeiro e Cobrança - \* Política de Assistência Financeira.
- 2) O site inclui várias maneiras pelas quais os pacientes podem se inscrever para assistência do Hospital, incluindo uma lista de locais de Aconselhamento Financeiro e um número de telefone central de agendamento. O site permite que os pacientes saibam que os formulários de inscrição e assistência de Assessoria Financeira são gratuitos.

### XVI. APROVAÇÃO DO CONSELHO

A Política de Crédito e Cobrança Hallmark Saúde foi aprovada pelo Conselho de Acionistas da Hallmark Saúde em 27 de julho de 2017.

## Apêndice A– Localidades e Instituições Participantes da Hallmark Saúde

Essa política de assistência financeira se aplica aos serviços prestados e cobrados pela Hallmark Saúde nas seguintes localidades:

1. Melrose-Wakefield Hospital Campus, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Lawrence Memorial Hospital Campus, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
  - a. Lawrence Memorial Hospital Urgent Care Center, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Hallmark Health System Hematology and Oncology Center, 41 Montvale Avenue, 3º, 4º e 5º andar, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health na 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
  - a. Lawrence Memorial Hospital Rehabilitation Services, Salas 105 e 106.
  - b. Community Counseling Services, Sala 112.
  - c. Lawrence Memorial Medical Services, Salas 113, 114, e 116.
  - d. Family Medical Associates, Salas 213, 214, e 215.
5. Community Counseling Center, Malden Family Health Center, 178 Savin Street, 2º andar, Malden, MA 02148.
6. Health Image Women's Imaging Center, 830 Main Street, 3º andar, Melrose, MA 02176.
7. Chem Center for Radiation Oncology & MRI, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Hallmark Health Outpatient Diagnostic Testing and Rehabilitation Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
  - a. Reading Urgent Care Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Melrose-Wakefield Hospital Rehabilitation Services, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

## Apêndice B: Lista de Fornecedores Afiliados e Entidades Não-Participantes Hallmark Saúde

Cada um dos seguintes fornecedores ou grupos fornecedores oferecem serviços em instituições hospitalares; no entanto, seus pagamentos não são cobertos pela Política de Assistência Financeira ("FAP") Hallmark Saúde. O FAP Hallmark Saúde exclui os serviços oferecidos e cobrados pelas seguintes entidades associadas com a Hallmark Saúde:

1. Organização de Médicos da Hallmark Saúde, Associação Médica Hallmark Saúde.
2. Hallmark Patologia, P.C.
3. Clínicas de Imagem Associadas Hallmark, P.C.
4. Departamentos em que um paciente pode ser atendido por um Atendente não coberto pelo FAP são: Cardiologia, Endocrinologia, Gastrenterologia, Radiologia/Hematologia/Oncologia, Doenças Infecciosas, Medicina Interna, Ginecologia e Obstetria, Nefrologia, Podologia, Pneumologia, Reumatologia, Medicina do Sono, Cirurgia, Urologia, Cuidados com Feridas.
5. Melrose-Wakefield Emergency Physicians, Inc.
  - a. Médicos nos Departamentos de Emergência Hallmark Saúde localizados no Lawrence Memorial Hospital na 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e no Melrose-Wakefield Hospital na 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
  - b. Médicos nos Centros de Emergência da Hallmark Saúde localizados na 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e na 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Associados de Medicina Hospitalar (Equipe de Saúde).
  - a. Médicos hospitalares Hallmark Saúde localizados no Lawrence Memorial Hospital na 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e no Melrose-Wakefield Hospital na 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Metropolitan Anesthesia.
8. Mystic Cardiology Associates, Inc., incluindo Dr. Conway, Dr. Pladziewicz, e Dr. Samenuk.
9. Mystic Medical Group, incluindo Dr. Weinstein.
10. UMS New England Lithotripsy.
11. Middlesex Cardiology Associates, Inc.
12. Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc. (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Elliot.
14. Pediatrix.
15. Regional Home Care.

Todos os médicos e organizações médicas associados com a Hallmark Saúde, incluindo os fornecedores indicados acima são encorajados, mas não solicitados, a seguir a política de assistência financeira da Hallmark Saúde.

## APÊNDICE C – Pacientes Hallmark Saúde Protegidos de Ações de Cobrança<sup>1</sup>

Os seguintes pacientes que recebem serviços medicamente necessários do Hospital estão isentos de ações de cobrança na extensão abaixo descrita. As ações de coleta cobrança incluem qualquer atividade pela qual o Hospital ou um agente do Hospital solicite pagamento por serviços do paciente, do provedor do paciente ou de um terceiro responsável pelo pagamento. Tais atividades podem incluir depósitos de pré-admissão ou pré-tratamento, declarações de cobrança, cartas de acompanhamento de cobrança, contatos telefônicos, contatos pessoais e atividades de agências de cobrança e advogados.

Programa Massachusetts	Regra Geral	Exceções
<b>Pacientes MassHealth</b>	O Hospital não pode fazer cobranças enquanto o paciente for capaz de fornecer comprovante de participação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pode cobrar co-pagamentos e descontos.</li> <li>b. Pode cobrar pacientes que não podem fornecer comprovante de participação</li> </ul>
<b>Auxílio de Emergência para Pacientes Idosos, Deficientes e Crianças (EAEDC)</b>		
<b>Plano de Segurança Médica Infantil (CMSP) para Pacientes com renda MAGI igual ou inferior a 300% FPL</b>		
<b>Pacientes do Programa Healthy Start</b>		
<b>Pacientes Dificuldade Médica</b>	O Hospital não pode cobrar o paciente pela porção de sua despesa que excede a contribuição do Dificuldades Médicas. Isso inclui pacientes que se tornam elegíveis para pagamento de Dificuldades Médicas pela HSN e possuem uma Inadimplência de	
<b>Pacientes de Baixa Renda</b>		
<b>Todos os Pacientes de Baixa Renda</b>	O Hospital não pode cobrar o paciente pelos serviços de saúde não-reembolsáveis pelos quais o paciente assumiu responsabilidade financeira se: (i) a solicitação do serviço de saúde não-reembolsável for decorrente de um erro médico, ou (ii) a solicitação foi negada pela seguradora principal do paciente em função de um erro de cobrança ou administrativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pode cobrar o paciente por serviços de saúde não-reembolsáveis pelos quais o paciente concordou em assumir responsabilidade financeira.</li> <li>b. Por solicitação do paciente, o Hospital pode fazer a cobrança para que o paciente possa utilizar o desconto único do programa CommonHealth.</li> </ul>
<b>Todos os Pacientes de Baixa Renda Exceto Aqueles apenas Dentários</b>	O Hospital não pode cobrar o paciente pelos serviços de saúde não-reembolsáveis pelos quais o Hospital está recebendo pagamentos pelo HSN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pode cobrar por co-pagamentos e descontos.</li> <li>b. Pode cobrar por serviços elegíveis prestados pelo Hospital antes da definição do paciente como de Baixa Renda pelo Estado ou depois que seu status expirou ou foi encerrado.</li> </ul>

<b>Pacientes de Baixa Renda com renda MAGI MassHealth ou com renda Medical Hardship Family Countable entre 150,1% e 300% do FPL</b>	O Hospital não pode cobrar o paciente pela parcela de sua fatura que excede os descontos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pode cobrar por co-pagamentos de medicamentos.</li> <li>b. Pode cobrar por descontos do HSN-Parcial.</li> <li>c. Pode cobrar por serviços elegíveis prestados pelo Hospital antes da definição do paciente como de Baixa Renda pelo Estado ou depois que seu status expirou ou foi encerrado</li> </ul>
---	---	---

<sup>1</sup> Ver regulamentações da Rede de Segurança da Saúde de Massachusetts na 101 C.M.R. § 613.08(3).

**Endereços**

--	--	--	--

**Favor fazer cheques com pagamento para:**

---


Large light blue shaded area for content.

**VALOR DEVIDO:**

Favor completar as seções adequadas e devolver no envelope em anexo o mais rápido possível

### Mudança de Endereço

Nome (Último, Primeiro, Iniciais Meio)

Endereço

Cidade Estado CEP

Telefone

### Se Pagar com Cartão de Crédito, Preencha Abaixo

CARTÃO DE CRÉDITO  
UTILIZADO PARA PAGAMENTO



NÚMERO CARTÃO

VALIDADE

ASSINATURA

VALOR PAGO

NOME IMPRESSO

### Atualizações de Seguro Principal

Nome Assegurado Principal

Nome Principal Seguro

Data Ativação

Endereço Principal Seguro

Cidade Estado CEP Telefone

Nome Empregador

Número Grupo

ID Assinatura No

Nascimento Titular Seguro

### Atualizações de Seguro Secundário

Nome Assegurado Secundário

Nome Seguro Secundário

Data Ativação

Endereço Seguro Secundário

Cidade Estado CEP Telefone

Nome Empregador

Número Grupo

ID Assinatura No

Nascimento Titular Seguro

### Explicação da Declaração

Essa declaração é o resumo do débito em aberto de sua conta que agora é sua responsabilidade. As mudanças refletem apenas os serviços fornecidos pelo Sistema de Saúde Hallmark.

### Entre em Contato:

Esta declaração de cobrança representa apenas os serviços prestados com a responsabilidade atual do paciente. Se você não conseguir pagar seu saldo total neste momento, entre em contato com nosso escritório de negócios para discutir acordos de pagamento alternativos.

Se você tiver alguma dúvida, ligue para o Departamento de Serviços Financeiros no 781-338-7000. Nosso horário de funcionamento é de segunda a sexta das 8:00 da manhã a 4:00 da tarde. Se você optar por nos contatar por e-mail, inclua o nome do paciente, o número da conta, a data do serviço e uma descrição do pedido; envie sua correspondência para:

Hallmark Health System  
Attn: Patient Accounts  
170 Governors Ave  
Medford MA 02155

### Notificação de Disponibilidade de Assistência Financeira:

O hospital fornece assistência financeira para serviços médicos necessários para residentes dos EUA que não podem pagar, baseado nas Orientações Federais de Pobreza.

#### Assistência Financeira Para Pacientes de Baixa Renda em 2017

Tamanho da Unidade Familiar	Assistência plena para rendas até	Assistência parcial para rendas até
1	\$17,820.00	\$35,640.00
2	\$24,030.00	\$48,060.00
3	\$30,240.00	\$60,480.00
4	\$36,450.00	\$72,900.00

Para Informações de Assistência Financeira do Sistema de Saúde Hallmark, Favor ligar: 781-338-7000

Assistência alternativa também pode estar disponível através de diversos programas públicos de assistência, em casos de necessidade financeira ou dificuldades médicas

**FAVOR ENTRAR EM CONTATO CONOSCO SE VOCÊ QUISER MAIS INFORMAÇÕES.**