

## Índice

---

Política de Assistência Financeira do LHMC .....	2
Aplicável a .....	2
Referências.....	2
Objetivo.....	2
Definições .....	3
Elegibilidade para Assistência Financeira do LHMC.....	7
Serviços Não Elegíveis para Assistência Financeira do LHMC.....	8
Assistência Disponível.....	8
Programas Públicos de Assistência.....	9
Assistência através da Health Safety Net.....	10
Papel do Conselheiro de Assistência Financeira .....	12
Obrigações do Paciente.....	14
Assistência Financeira do Hospital.....	15
Descontos da Assistência Financeira .....	17
Política de Assistência Financeira .....	17
Motivos para Recusa.....	19
Elegibilidade Presuntiva .....	20
Desconto para Pagamento Imediato.....	20
Serviços Médicos de Emergência .....	20
Crédito e Cobranças.....	20
Requisitos Regulatórios .....	20
Apêndice 1 .....	23
Formulário de Requisição de Assistência Financeira .....	23
Apêndice 2 .....	26
Formulário de Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência .....	26
Apêndice 3 .....	29
Tabela de descontos com base em limites máximos de renda e ativos.....	29
Apêndice 4 .....	30
Valores Geralmente Cobrados (VGC) .....	30
Apêndice 5 .....	31
Provedores e Clínicas – Cobertos e Não Cobertos .....	31
Apêndice 6 .....	32
Acesso Público a Documentos.....	32
Histórico desta Política .....	33

## Política de Assistência Financeira do LHMC

---

**Aplicável a** Esta política se aplica ao Lahey Clinic Hospital, Inc., d/b/a Lahey Hospital & Medical Center, and Lahey Medical Center, Peabody (“LHMC”, “hospital” ou o “Hospital”), com relação aos hospitais que este opera e qualquer entidade substancialmente relacionada (conforme definido nos regulamentos da seção 501 (r) do Departamento do Tesouro) e provedores empregados ou afiliados ao LHMC (ver o Apêndice Cinco (5) para a lista completa dos provedores cobertos por essa política).

---

**Referencias** EMTALA: Coleta de Informação Financeira  
Política de Crédito & Cobrança  
Diretrizes Federais de Pobreza, Depto. De Saúde e Serviços Humanos, EUA  
Notificação do IRS 2015-46 e 29 CFR §§1.501 (R) (4) - (6)  
Apêndice 1: Formulário de Requisição de Atendimento de Caridade  
Apêndice 2: Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência  
Apêndice 3: Tabela de Descontos com Base em Limites Máximos de Renda e Ativos  
Apêndice 4: Valores Geralmente Cobrados (VGC)  
Apêndice 5: Provedores e Departamentos - Cobertos e Não Cobertos  
Apêndice 6: Acesso Público a Documentos

---

**Objetivos** Nossa missão é nos distinguirmos através da excelência nos cuidados ao paciente, educação, pesquisa e através da melhoria da saúde das comunidades às quais servimos.

O LHMC está comprometido em fornecer assistência financeira para pacientes com necessidade de cuidados de saúde que não sejam segurados, ou cujo seguro seja insuficiente, e que sejam inelegíveis para um programa governamental ou incapazes de pagar por Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência ou outros Cuidados Médicos Necessários, com base na sua situação financeira individual. Esta Política de Assistência Financeira está em conformidade com as leis federais e estaduais aplicáveis para a nossa área de serviço. Os pacientes elegíveis para a Assistência Financeira receberão cuidados com desconto de prestadores qualificados do LHMC. Pacientes declarados elegíveis para Assistência Financeira de um hospital afiliado (incluindo Anna Jaques Hospital; Addison Gilbert Hospital; BayRidge Hospital; Beth Israel Deaconess Hospital-Milton; Beth Israel Deaconess Hospital-Needham; Beth Israel Deaconess Hospital-Plymouth; Beverly Hospital; Lahey Hospital & Medical Center, Burlington; Lahey Medical Center, Peabody; Mount Auburn Hospital; New England Baptist Hospital; e

Winchester Hospital) não precisarão solicitar novamente a Assistência Financeira do LHMC durante o Período de Qualificação.

A Assistência Financeira prestada no âmbito desta política é fornecida com a expectativa de que os pacientes irão cooperar com o processo de requisição da política e dos programas públicos de benefícios ou de cobertura que possam estar disponíveis para cobrir o custo dos cuidados.

Não discriminaremos com base em idade, sexo, raça, credo, religião, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, nacionalidade ou condição de imigrante ao determinar a elegibilidade do paciente.

---

## Definições

As seguintes definições são aplicáveis a todas as seções desta política.

A classificação de serviços emergenciais e não emergenciais é baseada nas seguintes definições gerais, bem como na determinação clínica do médico. As definições de Cuidados de Emergência e Cuidados de Urgência, fornecidas abaixo também serão utilizadas pelo Hospital para fins de determinação da cobertura para cuidados de emergência e urgência por inadimplência permitida no âmbito do programa de Assistência Financeira do hospital, incluindo a Health Safety Net.

**Valores Geralmente Cobrados (VGC):** Os VGC são definidos como os valores geralmente cobrados por Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência ou outros Cuidados Médicos Necessários de indivíduos cujo seguro cobre esses cuidados. O LHMC usa o método “Look-Back”, descrito no 29 CFR § 1.501 (r) -5(b) (3), para determinar o percentual de VGC. O percentual de VGC é calculado através da divisão da soma dos valores de todos os pedidos de indenização de seguro por Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência, ou outros Cuidados Médicos Necessários recebidos pelo LHMC que foram aceites por seguradoras privadas e pelo Programa Medicare Fee-for-Service durante o ano fiscal anterior (1º de outubro a 30 de setembro) (incluindo cosseguros, coparticipações e franquias), pela soma das Cobranças Brutas associadas a tais pedidos de indenização. Os VGC são então determinados através da multiplicação do percentual de VGC pelas Cobranças Brutas dos cuidados prestados ao paciente. O LHMC usa um único percentual de VGC, e não calcula um percentual diferente para diferentes tipos de atendimento. O percentual de VGC será calculado anualmente até o 45º dia após o encerramento do ano fiscal anterior, e implementado até o 120º dia após o encerramento do ano fiscal. Após a determinação de que um indivíduo é elegível para Assistência Financeira no âmbito desta política, tal indivíduo não poderá ser cobrado mais do que os VGC por Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência, ou outros Cuidados Médicos Necessários.

Para mais informações, ver o Apêndice Quatro (4).

**Período de Requisição:** O período em que as requisições de Assistência Financeira serão aceitas e processadas inicia na data da apresentação do primeiro extrato de cobrança pós-alta, e se encerra no 240º dia após essa data.

**Ativos:** Consistem em:

- Contas de Poupança
- Contas Correntes
- Contas de poupança de saúde (CPS) \*
- Acordos de reembolso de saúde (ARS) \*
- Contas de despesas flexíveis (CDF) \*

\*Se um paciente/Fiador tiver um CPS, ARS, CDF ou fundo semelhante destinado para despesas médicas Familiares, este indivíduo não será elegível para assistência no âmbito desta política até que tais ativos sejam esgotados.

**Atendimento de Caridade:** Pacientes, ou seus Fiadores, com Renda Familiar anual igual ou inferior a 400% do Nível Federal de Pobreza (NFP), e que satisfaçam outros critérios de elegibilidade estabelecidos nesta política, receberão uma isenção de 100% do saldo dos serviços médicos fornecidos pelo LHMC pelos quais sejam responsáveis.

**Serviços Eletivos:** Serviços hospitalares que não sejam classificados como Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência ou outros Cuidados Médicos Necessários (conforme definidos abaixo).

**Cuidados de Emergência:** Itens ou serviços fornecidos para fins de avaliação, diagnóstico e/ou tratamento de uma Condição Médica Emergencial.

**Condição Médica Emergencial:** Conforme definido na Seção 1867 da Lei de Seguridade Social (42 U.S.C. 1395dd), o termo "Condição Médica Emergencial" significa uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente para justificar uma expectativa razoável de que a ausência de assistência médica possa resultar em:

1. Grave risco à saúde do indivíduo (ou, no caso de uma mulher grávida, à saúde da mulher, ou de seu bebê);
2. Graves prejuízos a funções corporais;
3. Grave disfunção de qualquer parte ou órgão do corpo humano; ou
4. No caso de uma mulher grávida que esteja tendo contrações:
  - a. Não haja tempo suficiente para realizar uma transferência segura para outro hospital para o parto; e
  - b. Uma transferência possa representar uma ameaça para a saúde

ou segurança da mulher ou do bebê

**Família:** conforme definido pelo Departamento de Censo dos EUA, um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e que estão ligadas por nascimento, casamento ou adoção. Se um paciente indicar alguém como dependente na sua declaração de imposto de renda, de acordo com as regras da Receita Federal, tal indivíduo poderá ser considerado um dependente para fins de determinação da elegibilidade para esta política.

**Renda Familiar:** a Renda Familiar de um requerente é a combinação da renda bruta de todos os membros da Família adultos que residem no mesmo domicílio e estão incluídos na mais recente declaração de imposto federal. Para os pacientes com menos de 18 anos de idade, a Renda Familiar inclui a renda de um ou dos dois pais, e/ou padrastos, ou outro familiar responsável. A Renda Familiar é determinada utilizando-se a definição do Departamento de Censo a seguir, quando do cálculo das Diretrizes Federais de Pobreza:

1. Inclui salários, seguro-desemprego, seguro para doenças relacionadas ao trabalho, Seguridade Social, Renda de Segurança Suplementar, assistência pública, benefícios para veteranos, benefícios de sobrevivente, renda proveniente de pensão ou aposentadoria, juros, dividendos, aluguéis, direitos autorais, rendimentos provenientes de heranças, fundos fiduciários, bolsas de estudos e pensão alimentícia.
2. Benefícios não pecuniários (tais como vale-refeição e subsídios para moradia) não contam.
3. Determinada com base na renda bruta antes dos impostos.
4. Exclui ganhos e perdas de capital.

**Nível Federal de Pobreza:** O Nível Federal de Pobreza (NFP) utiliza os limites de rendimento que variam de acordo com o tamanho e a composição da Família para determinar quem está em situação de pobreza nos Estados Unidos. Ele é atualizado periodicamente no Registro Federal pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos sob a autoridade da subseção (2) da Seção 9902 do Título 42 do Código dos Estados Unidos. As diretrizes atuais do NFP podem ser acessadas na página <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

**Assistência Financeira:** Assistência, composta por Atendimento de Caridade e Assistência Financeira para Despesas Médica devido à Carência, prestada aos pacientes elegíveis que, de outra forma, enfrentariam dificuldades financeiras, para liberá-los de obrigações financeiras por Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência, ou outros Cuidados Médicos Necessários fornecidos pelo LHMC.

**Fiador:** Uma pessoa que não o paciente, que é responsável pelas despesas do mesmo.

**Cobranças Brutas:** Custos totais calculados com a taxa integral estabelecida para a prestação de serviços de atendimento ao paciente antes da aplicação de deduções de receita.

**Sem-teto:** Conforme definido pelo governo federal e publicado no Diário Oficial do Governo Federal pelo Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano (DHU): “Um indivíduo ou família que não tem uma residência noturna fixa, regular e adequada, isto é, a pessoa ou a família tem uma residência noturna primária que é um local público ou privado não destinado para habitação humana, ou está vivendo em um abrigo público ou privado destinado a fornecer moradia temporária. Esta categoria também inclui indivíduos que estejam deixando uma instituição onde residiram por 90 dias ou menos e que residiram em um abrigo de emergência ou lugar não destinado para habitação humana imediatamente antes da entrada na instituição.”

Parte da Rede Credenciada: O LHMC e seus afiliados têm contrato com a empresa seguradora do paciente para reembolso a taxas negociadas.

**Dentro da Rede:** LHMC e os seus afiliados são contratados com a companhia de seguros do paciente para reembolso a taxas negociadas.

**Assistência Financeira para Despesas Médica devido à Carência:** Assistência Financeira fornecida aos pacientes elegíveis cujas despesas médicas sejam maiores ou iguais a 25% da sua Renda Familiar.

**Cuidados Médicos Necessários:** Itens ou serviços médicos necessários, tais como serviços de internação ou cuidados de saúde em regime ambulatorial fornecidos para efeitos de avaliação, diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão ou doença. Além de satisfazer critérios clínicos, tais itens ou serviços são tipicamente definidos como cobertos pelo Programa Medicare Fee-for-Service, Seguradoras de Saúde Privadas ou outro seguro fornecido por terceiros.

**Medicare Fee-for-Service:** Seguro de saúde oferecido sob Parte A e Parte B da Medicare do Título XVIII da Lei de Seguridade Social (42 USC 1395c-1395w-5).

**Fora da Rede Credenciada:** O LHMC e seus afiliados não têm contrato com a empresa seguradora do paciente para reembolso a taxas negociadas, tipicamente resultando em maior responsabilidade do paciente.

**Plano de Pagamento:** Um plano de pagamento que é acordado pelo LHMC, ou um provedor terceiro que o represente LHMC, e o paciente/Fiador para despesas de responsabilidade do paciente. O Plano de Pagamento levará em consideração a situação financeira do paciente, os montantes devidos e

qualquer pagamento anterior.

**Elegibilidade Presuntiva:** Sob certas circunstâncias, os Pacientes Não Segurados podem ser presumidos ou considerados elegíveis para a Assistência Financeira com base na sua participação em outros programas condicionados à comprovação de recursos, ou em outras fontes de informação não fornecidas diretamente pelo paciente, para fazer uma avaliação individual de suas necessidades financeiras.

**Seguradora de Saúde Privada:** Qualquer organização que não seja uma unidade governamental que ofereça seguro de saúde, incluindo organizações não governamentais que administrem um plano de saúde sob o Medicare Advantage.

**Período de Qualificação:** Os requerentes considerados elegíveis para Assistência Financeira receberão tal assistência por um período de seis meses a partir da data da aprovação. Os pacientes que se qualificam para Assistência Financeira poderão atestar que não houve mudança na sua situação financeira ao final dos seis (6) meses do período de qualificação, para estender sua elegibilidade por mais seis (6) meses.

**Paciente Não Segurado:** Um paciente sem nenhuma cobertura de terceiros fornecida por uma Seguradora de Saúde Privada, uma seguradora ERISA, um Programa Federal de Saúde (incluindo, sem se limitar, o Programa Medicare Fee-for-Service, Medicaid, SCHIP e CHAMPUS), seguro para doenças relacionadas ao trabalho, ou outra assistência de terceiros disponível para cobrir o custo das despesas de saúde do paciente.

**Pacientes com Seguro Insuficiente:** Qualquer indivíduo com cobertura privada ou governamental que enfrentaria dificuldades financeiras para pagar as despesas integrais esperadas pelos serviços médicos prestados pelo LHMC.

**Cuidados de Urgência:** Cuidados Médicos Necessários prestados em um hospital de cuidados agudos após o surgimento súbito de uma condição médica, seja ela física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa) para que um leigo prudente acredite que a falta de atendimento médico em até 24 horas poderia razoavelmente resultar em risco ao estado de saúde do paciente, prejuízo para função corporal, ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo.

---

**Elegibilidade para Assistência Financeira do**

Serviços elegíveis para Assistência Financeira devem ser clinicamente apropriados e estar dentro dos padrões de prática médica aceitáveis, e incluir:

1. Cobrança pelo uso de estabelecimentos Dentro e Fora da Rede

## **LHMC**

- Credenciada para Cuidados de Emergência, conforme definidos acima.
2. Honorários de profissionais Dentro e Fora da Rede Credenciada para Cuidados de Emergência, conforme definidos acima, fornecidos por provedores empregados pelo LHMC e seus afiliados, listados no Apêndice Cinco (5).
  3. Cobrança pelo uso de estabelecimentos que fazem Parte da Rede Credenciada para Cuidados de Urgência, conforme definidos acima.
  4. Cobrança pelo uso de estabelecimentos que são Parte da Rede Credenciada para Cuidados Médicos Necessários, conforme definidos acima.
  5. Honorários de profissionais que compõem a Rede Credenciada para Cuidados de Urgência e Cuidados Médicos Necessários fornecidos por provedores empregados pelo LHMC e seus afiliados, listados no Apêndice Cinco (5).
- 

## **Serviços Não Elegíveis para Assistência Financeira do LHMC**

Os serviços que não são elegíveis para a Assistência Financeira incluem:

1. Honorários profissionais e cobrança pelo uso de estabelecimentos para Serviços Eletivos, conforme definidos acima.
  2. Honorários profissionais por cuidados fornecidos por provedores que não seguem a Política de Assistência Financeira (por exemplo, profissionais médicos privados ou não empregados pelo LHMC, transporte em ambulância, etc.), listados no Apêndice Cinco (5). Os pacientes são encorajados a entrar em contato com esses provedores diretamente, para verificar se oferecem alguma assistência financeira, e a fazer acordos de pagamento. Ver o Apêndice Cinco (5) para uma lista completa dos provedores não cobertos por esta política.
  3. Cobrança de honorários profissionais e do uso de estabelecimentos Fora da Rede Credenciada para Cuidados de Urgência e Cuidados Médicos Necessários, conforme definidos acima.
- 

## **Assistência Disponível**

O LHMC oferece assistência ao paciente na requisição da Assistência Financeira do hospital e para a inscrição em programas de assistência pública, conforme descrito em mais detalhes abaixo.

O LHMC fará esforços diligentes para obter informações sobre a condição de segurado do paciente e outras informações pertinentes, a fim de verificar a cobertura para serviços de assistência médica hospitalar, ambulatorial ou de emergência a serem fornecidos pelo Hospital. Todas as informações serão obtidas antes da prestação de quaisquer itens ou serviços que não constituam Cuidados de Emergência ou Cuidados de Urgência. O Hospital adiará qualquer



tentativa de obter essas informações durante a prestação de quaisquer Cuidados de Emergência ou Cuidados de Urgência nos níveis da EMTALA, se o processo para obtê-las puder retardar ou interferir no exame médico de triagem ou nos serviços realizados para estabilizar uma Condição Médica Emergencial.

Os esforços com a devida diligência do hospital para investigar se um seguro de terceiros ou outro recurso pode ser responsável pelo custo dos serviços prestados pelo hospital deverão incluir, mas não se limitar a obter do paciente informações sobre a existência uma apólice aplicável para cobrir o custo dos pedidos de indenização de seguro, incluindo: (1) apólice de seguro de veículo ou imóvel, (2) apólice de seguro de proteção contra acidentes ou danos pessoais, (3) programas de seguro para doenças relacionadas ao trabalho, e (4) apólices de seguro estudantil, entre outras. Se o hospital for capaz de identificar um terceiro responsável, ou tiver recebido um pagamento de um terceiro, ou de outro recurso (incluindo seguradoras privadas ou outros programas públicos), o hospital informará o pagamento ao programa aplicável e o compensará, se aplicável segundo os requisitos de processamento de pedidos de indenização do programa, de qualquer indenização que possa ter sido paga pelo terceiro ou outro recurso. Para programas públicos estaduais de assistência que tenham efetivamente pago pelo custo dos serviços, não será exigido que o hospital obtenha a cessão do direito do paciente à cobertura de serviços por terceiros. Nesses casos, o paciente deverá estar ciente de que o programa estadual aplicável poderá tentar obter tal cessão para os custos dos serviços prestados.

O LHMC verificará o Sistema de Verificação de Elegibilidade (SVE) de Massachusetts para garantir que o paciente não é um Paciente de Baixa Renda e que não solicitou cobertura pelo Mass Health, o programa assistencial de pagamento premium operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net ou Health Safety Net Medical Hardship, antes de apresentar um pedido de indenização de seguro ao Escritório da Health Safety Net para cobertura por inadimplência.

---

**Programas  
Públicos de  
Assistência**

Para Pacientes Não Segurados ou Com Seguro Insuficiente, o hospital irá colaborar com tais pacientes para ajudá-los a se inscrever em programas públicos de assistência que possam cobrir algumas ou todas as suas despesas hospitalares não pagas. A fim de ajudar os Pacientes Não Segurados ou Com Seguro Insuficiente a encontrar opções apropriadas disponíveis, o hospital irá fornecer a todos eles uma notificação geral da disponibilidade de assistência pública durante o cadastramento inicial em pessoa do paciente em um hospital para serviços, em todas as faturas de cobrança enviadas para o paciente ou

Fiador, e quando o provedor for notificado, ou ficar ciente através da sua própria diligência, de uma mudança na condição de elegibilidade do paciente para cobertura de seguro público ou privado.

Os pacientes do hospital podem ser elegíveis para serviços de saúde gratuitos ou a custo reduzido através vários programas públicos estaduais de assistência (incluindo, mas não limitado a MassHealth, o programa de pagamento assistência premium operado pelo Health Connector, Children's Medical Security Program e Health Safety Net). Tais programas são destinados a ajudar pacientes de baixa renda, levando em consideração a capacidade de cada indivíduo em contribuir para os custos dos seus cuidados. Para Pacientes Não Segurados ou Com Seguro Insuficiente, o hospital irá, quando solicitado, ajudá-los se inscrever em programas públicos de assistência que possam cobrir todas ou algumas das suas despesas hospitalares não pagas.

O Hospital está disponível para ajudar os pacientes a se inscrever em programas de cobertura de saúde estadual. Estes incluem o MassHealth, o programa de pagamento assistência premium operado pelo Health Connector do estado, e o Children's Medical Security Program. Para estes programas, os requerentes podem apresentar sua requisição através de um site (que está localizado no site do Health Connector do estado), uma requisição impressa, ou por telefone com um representante do serviço ao cliente, localizadas tanto no MassHealth quanto no Connector. Os indivíduos podem também solicitar assistência aos conselheiros financeiros do hospital (também chamados de conselheiros certificados) para fazer a requisição, seja pelo site ou através de formulário impresso.

---

**Assistência  
através da  
Health Safety  
Net**

Através da participação na Health Safety Net de Massachusetts, o Hospital também presta assistência financeira a pacientes de baixa renda, Não Segurados ou Com Seguro Insuficiente, residentes em Massachusetts e que preenchem os requisitos de renda. A Health Safety Net foi criada para distribuir de maneira mais equitativa os custos da prestação de cuidados sem ressarcimento a pacientes de baixa renda Não Segurados ou Com Seguro Insuficiente, através de cuidados gratuitos ou com desconto em hospitais de cuidados agudos em Massachusetts. O compartilhamento dos cuidados sem ressarcimento da Health Safety Net é realizado através de uma avaliação de cada hospital para cobrir o custo dos cuidados para Pacientes Não Segurados ou Com Seguro Insuficiente com renda abaixo de 300% do Nível Federal de Pobreza.

Pacientes de baixa renda que recebem serviços no Hospital podem ser elegíveis para assistência financeira através da Health Safety Net, incluindo cuidados gratuitos ou parcialmente gratuitos para serviços elegíveis da Health Safety Net

definidos no 101 CMR 613.00.

(a) Health Safety Net - Primário

Pacientes Não Segurados residentes em Massachusetts com Renda Domiciliar do MassHealth MAGI verificada ou Renda Familiar elegível para Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência, conforme descrito no 101 CMR 613.04(1), entre 0-300% do Nível Federal de Pobreza podem ser considerados elegíveis para os Serviços Elegíveis da Health Safety Net.

O período de elegibilidade e os tipos de serviços para a Health Safety Net - Primário são limitados para os pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Assistência de Pagamento Premium operado pelo Health Connector, conforme descrito no 101 CMR 613,04 (5)(a) e (b). Pacientes sujeitos aos requisitos do Programa de Saúde Estudantil do M.G.L. c. 15A, § 18, não são elegíveis para a Health Safety Net - Primário.

(b) Health Safety Net - Secundário

Pacientes residentes em Massachusetts com seguro de saúde primário e Renda Domiciliar do MassHealth MAGI ou Renda Familiar Contável para Assistência para Despesas Médicas devido à Carência, conforme descrito no 101 CMR 613,04 (1) entre 0 e 300% do NFP podem ser considerados elegíveis para Serviços Elegíveis da Health Safety Net. O período de elegibilidade e o tipo de serviços para a Health Safety Net - Secundário são limitados para os pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Assistência Premium de Pagamento operado pelo Health Connector, conforme descrito no 101 CMR 613,04 (5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos aos requisitos do Programa de Saúde Estudantil da M.G.L. c. 15A, § 18 não são elegíveis para a Health Safety Net - Secundário.

(c) Health Safety Net - Franquias Parciais

Os pacientes que se qualificam para a Health Safety Net - Primária ou Health Safety Net - Secundária, com Renda Domiciliar para MassHealth MAGI ou Renda Familiar Contável para Assistência para Despesas Médicas devido à Carência entre 150,1% e 300% do NFP podem estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Grupo Familiar de Faturamento Premium (GFFP) tiverem renda acima de 150,1% do NFP. Este grupo é definido em 130 CMR 501.0001.

Se qualquer membro do GFFP tiver um NFP abaixo de 150,1% não haverá franquia para qualquer membro do GFFP. A franquia anual será igual ao maior entre:

1. O Programa de Assistência de Pagamento Premium operado pelo Health Connector premium de menor custo, ajustado para o tamanho do GFFP proporcionalmente aos padrões de renda NFP do MassHealth, no início do

- ano-calendário; ou
2. 40% da diferença entre a menor Renda Domiciliar para MassHealth MAGI ou Renda Familiar Contável para Assistência para Despesas Médicas devido à Carência, conforme descrito no 101 CMR 613,04 (1), no GFFP do requerente e 200% do NFP.

(d) Health Safety Net – Medical Hardship

Um residente de Massachusetts, de qualquer renda pode se qualificar para Health Safety Net - Medical Hardship (Assistência para Despesas Médicas devido à Carência) através da Health Safety Net se as despesas médicas admissíveis tiverem esgotado sua renda contável de tal maneira que o paciente não seja capaz de pagar pelos serviços de saúde. Para se qualificar para a Assistência para Despesas Médicas devido a Carência, as despesas médicas admissíveis do requerente devem exceder um determinado percentual da Renda Contável do requerente, definida no 101 CMR 613.

A contribuição exigida do requerente é calculada como o percentual de Renda Contável especificado no 101 CMR 613.05 (1)(b) com base no NFP Familiar para Assistência para Despesas Médicas devido à Carência multiplicado pela Renda Contável real, menos as despesas não elegíveis para pagamento pela Health Safety Net, pelas quais o requerente seguirá responsável. Outros requisitos para Assistência para Despesas Médicas devido à Carência são especificados no 101 CMR 613.05.

Um hospital poderá pedir um depósito de pacientes elegíveis para Assistência para Despesas Médicas devido à Carência. Os depósitos serão limitados a 20% da contribuição da Assistência para Despesas Médicas devido à Carência, até \$1.000. Todos os saldos remanescentes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento, estabelecidas no 101 CMR 613.08 (1) (g).

Para Assistência para Despesas Médicas devido à Carência, o hospital irá colaborar com o paciente para determinar se um programa como esse seria apropriado, e apresentar uma Requisição de Assistência para Despesas Médicas devido à Carência à Health Safety Net. É obrigação do paciente fornecer todas as informações necessárias solicitadas pelo hospital em prazo adequado, para garantir que o hospital possa apresentar uma Requisição completa.

---

**Papel do  
Conselheiro de  
Assistência  
Financeira**

O hospital ajudará os Pacientes Não Segurados ou com Seguro Insuficiente a requisitar cobertura de saúde através de um programa de assistência pública (incluindo, mas não limitado a MassHealth, o programa de assistência de

pagamento premium operado pelo Health Connector, e o Children's Medical Security Program), e irá colaborar com os indivíduos para inscrevê-los de maneira apropriada. O hospital também ajudará os pacientes que desejem requisitar assistência financeira através da Health Safety Net.

O hospital irá:

- a) Fornecer informações sobre todos os programas existentes, incluindo MassHealth, o programa de assistência de pagamento premium operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, e a Health Safety Net;
- b) Ajudar os indivíduos a preencher uma nova Requisição de cobertura ou solicitar a renovação da cobertura existente;
- c) Colaborar com os indivíduos para obter todos os documentos necessários;
- d) Apresentar requisições ou pedidos de renovação (juntamente com toda a documentação necessária);
- e) Interagir, quando aplicável e permitido no âmbito das limitações atuais do sistema, com os programas para acompanhar o trâmite de tais requisições e pedidos de renovação;
- f) Ajudar a facilitar a inscrição dos requerentes ou beneficiários em programas de seguro; e
- g) Oferecer e proporcionar assistência para registro de eleitor.

O hospital notificará o paciente da obrigação de fornecer ao hospital e à agência estatal aplicável, informações precisas e oportunas quanto ao seu nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se disponível), opções de cobertura de seguros atuais (incluindo seguros de imóvel, veículo e outros seguros de responsabilidade civil) que possam cobrir o custo do atendimento recebido, quaisquer outros recursos financeiros aplicáveis, e informações sobre cidadania e residência. Estas informações serão fornecidas ao estado como parte da requisição de assistência ao programa público, para determinar a cobertura para os serviços prestados ao indivíduo.

Se o indivíduo ou Fiador for incapaz de fornecer as informações necessárias, o hospital pode (a pedido do indivíduo) fazer esforços para obter qualquer informação adicional de outras fontes. Tais esforços incluem também colaborar com o indivíduo, quando solicitado pelo mesmo, para determinar se uma fatura de serviços deverá ser enviada para o indivíduo para alcançar a franquia única. Isto ocorrerá quando o indivíduo estiver agendando seus serviços, durante o pré-cadastramento, enquanto o indivíduo estiver hospitalizado, no momento da alta, ou por um período razoável após a alta do hospital. As informações que o hospital obtiver serão mantidas de acordo com as leis de privacidade e segurança federais e estaduais aplicáveis.

O hospital também irá notificar o paciente durante o processo de requisição de sua responsabilidade de informar ao hospital e à agência estadual que esteja lhe fornecendo cobertura de serviços de saúde sobre qualquer terceiro que possa ser responsável pelo pagamento dos pedidos de indenização de seguro, incluindo seguros de imóvel, veículo e outros seguros de responsabilidade civil. Se o paciente tiver apresentado um pedido de indenização de terceiros ou iniciado uma ação judicial contra um terceiro, o hospital notificará o paciente da obrigação de notificar o prestador e o programa estadual no prazo de 10 dias das tais ações. O paciente também será informado de que deverá ressarcir à agência estadual apropriada, os valores dos cuidados de saúde cobertos pelo programa estadual se houver recuperação no pedido de indenização, ou ceder ao estado os direitos que lhe permitam recuperar o montante aplicável.

Quando o indivíduo entrar em contato com o hospital, o hospital tentará identificar se este cumpre os requisitos para um programa de assistência pública ou Assistência Financeira do hospital. O indivíduo que estiver inscrito em um programa de assistência pública poderá se qualificar para certos benefícios. Ele poderá também se qualificar para assistência adicional no programa de Assistência Financeira do hospital com base na sua renda documentada, Ativos e despesas médicas admissíveis.

---

### **Obrigações do Paciente**

Antes da realização de quaisquer serviços de saúde (exceto aqueles fornecidos para estabilizar um paciente com uma Condição Médica de Emergência ou que necessite de Cuidados Urgentes), é esperado que o paciente forneça informações oportunas e precisas sobre sua condição de segurado atual, informações demográficas, mudanças na Renda Familiar ou cobertura por apólice de grupo (se houver), e, se conhecido, informações sobre franquias, cosseguros ou coparticipações exigidas pelo seu seguro ou programa financeiro aplicável. As informações detalhadas para cada item devem incluir, mas não se limitar a:

- Nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se disponível), opções de cobertura de seguro de saúde atual, informações sobre cidadania e residência, e recursos financeiros aplicáveis do paciente que possam ser utilizados para pagar suas despesas;
- Se aplicável, o nome completo do Fiador do paciente, seu endereço, número de telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se disponível), opções de cobertura de seguro de saúde atual, e seus recursos financeiros aplicáveis que possam ser usados para pagar as despesas do paciente; e
- Outros recursos que possam ser utilizados para pagar suas despesas,

incluindo outros programas de seguros, apólices de seguro de veículos ou imóveis se o tratamento for devido a um acidente, programas de seguro para doenças relacionadas ao trabalho, apólices de seguro estudantil, e qualquer outra Renda Familiar, tal como heranças, doações ou distribuições de fundos fiduciários disponíveis, entre outros.

O paciente será responsável por monitorar suas despesas hospitalares não pagas, incluindo quaisquer coparticipações, cosseguros e franquias existentes, e entrar em contato com o hospital se precisar de auxílio no pagamento das mesmas. O paciente também deverá informar tanto à sua seguradora de saúde atual (se houver) quanto à agência estadual que determinou sua condição de elegibilidade para um programa público, de quaisquer alterações na sua Renda Familiar ou condição de segurado. O hospital poderá também ajudar o paciente a atualizar sua elegibilidade em um programa público quando houver qualquer alteração na sua Renda Familiar ou condição de segurado, desde que o paciente informe o hospital de tais alterações.

Os pacientes também deverão notificar o hospital e o programa aplicável do qual estiverem recebendo assistência (por exemplo, MassHealth, Connector ou Health Safety Net), de qualquer informação relacionada mudanças na sua Renda Familiar, ou se fizerem parte de um pedido de indenização de seguro que possa cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital. Se houver um terceiro (tal como, mas não limitado a um seguro de imóvel ou veículo) responsável por cobrir o custo do tratamento devido a um acidente ou outro incidente, o paciente irá colaborar com o hospital ou programa aplicável (incluindo, mas não limitado a MassHealth, Connector ou Health Safety Net) para ceder o direito de recuperar os valores pagos ou não pagos por esses serviços.

---

**Assistência  
Financeira  
Hospitalar**

A Assistência Financeira será estendida para Pacientes Não Segurados, Pacientes com Seguro Insuficiente e seus respectivos Fiadores que atendam a critérios específicos, conforme definidos abaixo. Tais critérios irão assegurar que esta Política de Assistência Financeira seja aplicada de forma consistente no LHMC. O LHMC reserva-se ao direito de revisar, modificar ou alterar esta política conforme necessário, ou apropriado. O LHMC ajudará indivíduos a solicitar a Assistência Financeira do hospital através do preenchimento de uma requisição (ver o Apêndice 1 e o Apêndice 2).

Recursos de pagamento (seguro disponível através de emprego, Medicaid, Fundos de Indigentes, Vítimas de Crimes Violentos, etc.) devem ser revisados e avaliados antes de um paciente ser considerado para a Assistência Financeira. Se o paciente puder ser elegível para outro tipo de assistência, o LHMC irá

encaminhá-lo para a agência apropriada para assistência no preenchimento das requisições e formulários, ou ajudar o paciente a fazer essas requisições. Requerentes à assistência são obrigados a esgotar todas as outras opções de pagamento como condição para sua aprovação para Assistência Financeira do hospital, inclusive a inscrição nos programas de assistência pública e Health Safety Net, conforme descrito acima.

Os requerentes de Assistência Financeira serão responsáveis por apresentar suas requisições a programas públicos e buscar cobertura de seguro de saúde privado. Pacientes/Fiadores que optarem por não cooperar no requerimento dos programas identificados pelo LHMC como possíveis fontes de pagamento poderão ter a Assistência Financeira negada. Os requerentes deverão contribuir com o custo dos seus cuidados com base em sua capacidade de pagamento, conforme descrito nesta política.

Pacientes/Fiadores que possam se qualificar para o Medicaid ou outro seguro de saúde deverão requisitar cobertura pelo Medicaid ou provar que o fizeram, ou que requisitaram cobertura de outro seguro de saúde através do Mercado Federal de Seguro de Saúde dentro dos seis (6) meses anteriores da requisição de Assistência Financeira ao LHMC. Pacientes/Fiadores deverão cooperar com o processo de requisição descrito nesta política, a fim de se qualificar para Assistência Financeira.

Os critérios a serem considerados pelo LHMC ao avaliar a elegibilidade de um paciente para Assistência Financeira hospitalar incluem:

- Renda Familiar
- Ativos
- Obrigações médicas
- Esgotamento de todas as outras formas de assistência públicas e privadas disponíveis

O programa de Assistência Financeira do LHMC está disponível para todos os pacientes que cumpram os requisitos de elegibilidade estabelecidos nesta política, independentemente da sua localização geográfica ou condição de residência. A Assistência Financeira será concedida aos pacientes/Fiadores com base na necessidade financeira e em conformidade com a legislação estadual e federal.

A Assistência Financeira será oferecida a pacientes elegíveis com seguro insuficiente, desde que tal assistência esteja em conformidade com os acordos contratuais da seguradora. A Assistência Financeira geralmente não está disponível para coparticipações ou saldos em aberto do paciente, caso este deixe de cumprir as exigências de seguro.



Para os pacientes com uma Conta de Poupança de Saúde (CPS), Conta de Reembolso de Saúde (CRS), ou Conta de Despesas Flexíveis (CDF), será esperado que utilizem os fundos da conta antes de serem consideradas elegíveis para a Assistência Financeira hospitalar. O LHMC reserva-se ao direito de reverter os descontos descritos nesta política caso seja razoavelmente determinado que tais termos violam qualquer obrigação legal ou contratual do LHMC.

---

**Descontos de Assistência Financeira**

Com base na avaliação da Renda Familiar, Ativos e obrigações médicas do requerente, os pacientes podem receber um dos descontos listados abaixo. Todos os descontos mencionados são em relação ao saldo pelo qual o paciente é responsável. Coparticipações Fora da Rede Credenciada, cosseguros e franquias não são elegíveis para Assistência Financeira. Da mesma forma, pacientes segurados que optarem por não utilizar a cobertura de terceiros disponível (“autopagamento voluntário”) não serão elegíveis para Assistência Financeira para o montante devido em qualquer conta registrada como autopagamento voluntário. Em nenhum caso, no entanto, um paciente considerado elegível para Assistência Financeira hospitalar será cobrado mais do que os VGC.

**Atendimento de Caridade:** O LHMC prestará cuidados com 100% de desconto no âmbito desta política para pacientes/Fiadores cuja Renda Familiar seja igual ou inferior a 400% das atuais NFP, e se também satisfizerem outros critérios de elegibilidade estabelecidos nesta política.

**Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência:** Um desconto de 100% será fornecido para os pacientes elegíveis cujo débito médico for maior ou igual a 25% de sua Renda Familiar, e se também satisfizerem outros critérios estabelecidos nesta política.

---

**Política de Assistência Financeira**

Informações relativas à Política de Assistência Financeira, Resumo em Linguagem Simples e Requisição de Assistência Financeira do LHMC, estarão disponíveis gratuitamente no site do LHMC, anunciadas nos hospitais e clínicas, e traduzidas para qualquer idioma que seja o idioma principal falado pelo menor de 1.000 pessoas ou 5% dos residentes na comunidade servida pela LHMC.

Além disso, o LHMC faz referência às políticas de pagamento e Assistência Financeira em todos os extratos mensais impressos e cartas de cobrança aos

pacientes. Informações sobre a Política de Assistência Financeira estarão disponíveis a qualquer momento, mediante solicitação.

1. Pacientes/Fiadores podem requisitar Assistência Financeira a qualquer momento durante o Período de Requisição.
2. A fim de serem considerados para Assistência Financeira, pacientes/Fiadores deverão cooperar e fornecer a documentação financeira e pessoal, ou outra documentação relevante para a determinação da sua necessidade financeira. O Formulário de Requisição de Assistência Financeira pode ser obtido em qualquer uma das seguintes maneiras:
  - a. No website público do LHMC:  
<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>
  - b. Pessoalmente, na Unidade de Aconselhamento Financeiro  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
(781) 744-8815
  - c. Ligue para o número acima para solicitar uma cópia por correio
  - d. Ligue para o número acima para solicitar uma cópia eletrônica
3. Pacientes/Fiadores deverão fornecer uma contabilização dos recursos financeiros imediatamente disponíveis para o paciente/Fiador. A Renda Familiar poderá ser verificada utilizando-se um ou todos os seguintes:
  - a. Formulários W-2 e/ou 1099 atualizados
  - b. Declaração de Imposto de Renda estadual ou federal atual
  - c. Quatro (4) contracheques mais recentes
  - d. Quatro (4) extratos mais recentes de conta-corrente e/ou poupança
  - e. Conta de poupança de saúde
  - f. Disposições para reembolso de gastos com saúde
  - g. Contas de gastos flexíveis
4. Antes da avaliação de elegibilidade para Assistência Financeira, o paciente/Fiador deverá provar que solicitou inscrição no Medicaid ou outro seguro de saúde através do Mercado Federal de Seguro de Saúde, e deverá apresentar documentação de qualquer cobertura por terceiros existente.
  - a. Os conselheiros financeiros do LHMC ajudarão o paciente/Fiadores a solicitar inscrição no Medicaid e, posteriormente ajudarão os mesmos na requisição de Assistência Financeira.
  - b. Se um indivíduo requisitar Assistência Financeira durante o período de inscrições abertas do Mercado Federal de Seguro de Saúde, tal indivíduo deverá buscar cobertura antes da avaliação de

- qualquer Requisição de Assistência Financeira do LHMC.
5. O LHMC não poderá negar Assistência Financeira no âmbito desta política se um indivíduo não apresentar informações ou documentação que não estejam claramente descritas nesta política ou na Requisição de Assistência Financeira.
  6. O LHMC irá determinar a elegibilidade final para Assistência Financeira no prazo de trinta (30) dias úteis após o recebimento de uma requisição completa.
  7. A documentação da determinação final de elegibilidade será feita sobre todas as contas atuais (saldo em aberto) do paciente, retroativo a 6 meses da Requisição. Uma carta de determinação será enviada para o paciente/Fiador.
  8. Se um paciente/Fiador apresentar um pedido incompleto, será enviada uma notificação explicando quais informações estão faltando. O paciente/Fiador terá trinta (30) dias para fornecer as informações solicitadas. A incapacidade de completar a requisição resultará na recusa da Assistência Financeira.
  9. A determinação de elegibilidade para a Assistência Financeira baseada na apresentação de uma Requisição de Assistência Financeira permanecerá válida pelo Período de Qualificação para todos os serviços elegíveis prestados, e incluirá todos os créditos em aberto dos seis (6) meses anteriores, incluindo aqueles em agências de cobrança. Os pacientes que forem considerados elegíveis para Assistência Financeira pelo LHMC ou um hospital afiliado dentro do Período de Qualificação serão automaticamente considerados elegíveis para Assistência Financeira do hospital pelo período de 6 meses a partir da data da determinação de elegibilidade. É responsabilidade do paciente/Fiadores notificar o LHMC sobre qualquer alteração financeira durante o Período de Qualificação, e o não cumprimento poderá resultar na perda da elegibilidade.
  10. Pacientes elegíveis para Assistência Financeira receberão reembolso de quaisquer pagamentos que ultrapassem o montante pelo qual forem pessoalmente responsáveis.

---

**Motivos para Recusa**

O LHMC poderá recusar um pedido de Assistência Financeira por vários motivos, incluindo, mas não limitado a:

- Renda Familiar suficiente
- Nível de Ativos suficiente
- Recusa em cooperar ou responder a esforços para colaborar com o paciente/Fiador
- Requisição de Assistência Financeira incompleta, apesar dos esforços para colaborar com o paciente/Fiador

- Pedido de indenização de seguro ou responsabilidade civil pendente
  - Retenção de pagamentos de seguro e/ou fundos de indenização de seguro, incluindo pagamentos enviados para o paciente/Fiador para cobrir serviços prestados pelo LHMC, e pedidos de indenização por danos pessoais e/ou relacionados a acidentes
- 

**Elegibilidade Presuntiva**

O LHMC entende que nem todos os pacientes são capazes de completar uma Requisição de Assistência Financeira ou atender aos pedidos de documentação. Poderá haver casos nos quais a qualificação de um paciente/Fiador para a Assistência Financeira seja estabelecida sem o formulário de requisição completo. Outras informações poderão ser utilizadas pelo LHMC para determinar se as despesas de um paciente/Fiador são incobráveis, e estas informações serão usadas para determinar a Elegibilidade Presuntiva.

A Elegibilidade Presuntiva pode ser concedida aos pacientes com base na sua elegibilidade para outros programas ou circunstâncias de vida, tais como:

- Pacientes/Fiadores que tenham declarado falência. Em casos que envolvam falência, somente o saldo em aberto a partir da data em que a falência for decretada será anulado.
- Pacientes/Fiadores falecidos sem bens em inventário.
- Pacientes/Fiadores considerados Sem-Teto.
- Contas devolvidas pela agência de cobrança como incobráveis devido a qualquer uma das razões acima, e sem nenhum pagamento recebido.
- Pacientes/Fiadores que se qualificarem para programas estaduais do Medicaid serão elegíveis para Assistência Financeira por quaisquer obrigações de compartilhamento de custos associados ao programa ou serviços não cobertos.

As contas de paciente com Elegibilidade Presuntiva concedida serão reclassificadas no âmbito da Política de Assistência Financeira, e não serão enviadas para cobrança nem serão objeto de novas ações de cobrança.

---

**Desconto para Pagamento Imediato**

Pacientes que não se qualificarem para assistência pública ou Assistência Financeira receberão um desconto de 30%, condicionado ao pagamento imediato do saldo de sua conta para todos os cuidados prestados, incluindo Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência, Cuidados Médicos Necessários e Serviços Eletivos. O pagamento integral dos valores negociados deverá ser feito dentro de 15 dias do recebimento do primeiro extrato por parte do paciente. Esse desconto não será oferecido para nenhum serviço para o qual

tenha sido estabelecido um cronograma de autopagamento separado. Além disso, coparticipações Dentro e Fora da Rede Credenciada, cosseguros e franquias não são elegíveis para o desconto para pagamento imediato. Para evitar dúvidas, esse desconto também não será oferecido a nenhum paciente que esteja pagando por serviços de acordo com um Plano de Pagamento.

---

**Serviços  
Médicos de  
Emergência**

De acordo com a Lei Federal do Parto e Tratamento Médico Emergencial (EMTALA), nenhum paciente deverá ser submetido a triagem para Assistência Financeira ou informações de pagamento antes da prestação de serviços em uma situação de emergência. O LHMC pode solicitar que os pagamentos de compartilhamento de custos do paciente (isto é, coparticipações) sejam feitos no momento dos serviços, desde que tais pedidos não causem atraso no exame de triagem ou tratamento necessário para estabilizar o paciente em situação de emergência. O LHMC irá fornecer, sem discriminação, atendimento de Condições Médicas de Emergência para indivíduos, independentemente de serem elegíveis no âmbito desta Política. O LHMC não tomará ações que desencorajem os indivíduos a procurar Cuidados de Emergência.

---

**Credito e  
Cobranças**

As ações que podem ser tomadas pelo LHMC no caso de não pagamento estão descritas em uma Política de Crédito e Cobrança separada. Membros do público podem obter uma cópia gratuita das seguintes formas:

- a. Acessando o website público do LHMC:  
<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>
  - b. Indo pessoalmente à Unidade de Aconselhamento Financeiro no seguinte endereço:  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
(781) 744-8815
  - c. Ligando para o número acima para solicitar o envio de uma cópia pelo correio
  - d. Ligando para o número acima para solicitar uma cópia eletrônica
- 

**Requisitos  
Regulatórios**

O LHMC irá obedecer a todas as leis, estatutos e regulamentos federais, estaduais e municipais, e cumprir as exigências de prestação de informações que possam se aplicar a atividades de acordo com esta política. Esta política exige que a assistência financeira do LHMC monitore a Assistência Financeira fornecida de maneira a garantir a prestação de informações precisas.

---

Informações sobre a Assistência Financeira fornecida no âmbito desta política serão declaradas anualmente no formulário 990 do IRS Schedule H.

LHMC irá documentar toda a Assistência Financeira a fim de manter um controle adequado e cumprir todos os requisitos de conformidade internos e externos.

**Appendix 1**  
**Formulário de**  
**Requisição de**  
**Assistência**  
**Financeira**

**Requisição de Assistência Financeira para Atendimento de Caridade**  
**Please Print**

Data de Hoje: \_\_\_\_\_ N° de Seguridade Social # \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente:

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Rua

N° do apto.

Cidade

Estado

CEP

Data dos Serviços Hospitalares: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Paciente: \_\_\_\_\_

O paciente tinha seguro de saúde ou Medicaid\*\* no momento dos serviços hospitalares?

Sim  Não

Se “Sim”, anexe uma cópia do cartão do seguro de saúde (frente e verso) e preencha os seguintes dados:

Nome da Seguradora: \_\_\_\_\_

Numero da Apólice: \_\_\_\_\_

Data de Vigência: \_\_\_\_\_

N° de Telefone da Seguradora: \_\_\_\_\_

\*\*Antes de requisitar Assistência Financeira, você deverá ter requisitado cobertura pelo Medicaid nos 6 meses anteriores, e terá que comprovar o indeferimento.

*Observação: A Assistência Financeira pode não se aplicar se uma Conta de Poupança de Saúde (CPS), Conta de Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Gastos Flexíveis (CDF) ou semelhante fundo destinado para despesas médicas tiver sido estabelecido. Deve ser feito o pagamento por meio de qualquer fundo já estabelecido antes que a assistência possa ser fornecida*

**Para requisitar assistência financeira, preencha os seguintes dados:**

Liste todos os membros da família, incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos naturais ou adotivos com menos de 18 anos que residam no mesmo domicílio que o paciente.

Membro da Família	Idade	Parentesco com o Paciente	Fonte de Renda ou Nome do empregador	Renda Mensal Bruta
1.				
2.				
3.				
4.				

Além da Requisição de Assistência Financeira, necessitamos também da seguinte documentação:

- Declaração de imposto de renda federal ou estadual atualizada

- Formulários W2 e/ou 1099 atualizados
- Quatro contracheques mais recentes
- Quatro extratos bancários de conta corrente e/ou de poupança mais recentes
- Conta de poupança de saúde
- Plano de reembolso de saúde
- Conta de Gastos Flexíveis

Caso essa documentação não esteja disponível, entre em contato com a Unidade de Aconselhamento Financeiro pelo telefone (617) 667-5661 para discutir alternativas de documentação.

Ao assinar abaixo, certifico que li com atenção a Requisição e a Política de Assistência Financeira, e que tudo o que declarei e toda a documentação que anexeï são, do meu conhecimento, verdadeiras e corretas. Compreendo que é ilegal fornecer deliberadamente informações falsas para obter assistência financeira.

Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_

Parentesco com o Paciente: \_\_\_\_\_

Data do Preenchimento: \_\_\_\_\_

Se a sua renda for complementada por qualquer meio, ou se você declarou renda de \$0,00 nessa requisição, solicite que a (s) pessoa (s) que fornecem ajuda para você e sua família preencham a Declaração de Apoio Financeiro abaixo:

**Declaração de Apoio Financeiro**

Fui identificado pelo paciente/responsável como provedor de apoio financeiro. A lista abaixo contém os serviços e o apoio financeiro por mim fornecidos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico e atesto que todas as informações prestadas são, do meu conhecimento, verdadeiras e corretas. Compreendo que minha assinatura não me torna financeiramente responsável pelas despesas médicas do paciente.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data do Preenchimento: \_\_\_\_\_

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento dessa requisição para a determinação da elegibilidade.

Caso elegível, a assistência financeira será concedida por seis meses a partir da data da aprovação, e será válida em todos os afiliados do Beth Israel Lahey Health, conforme estabelecido no Apêndice 5 de suas respectivas Políticas de Assistência Financeira:



- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Somente Funcionários	
Requisição recebida por:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

**Appendix 2**  
**Requisição de**  
**Assistência**  
**Financeira**  
**devido à**  
**Carência**

---

**Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas  
devido a Carência**

**Por Favor, imprima**

Data de Hoje: \_\_\_\_\_

Nº de Seguridade Social# \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Paciente \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_ Rua \_\_\_\_\_ N° do Apto. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

O paciente tinha seguro de saúde ou Medicaid\*\* no momento dos serviços hospitalares?

Sim  Não

Se “Sim”, anexe uma cópia do cartão do seguro de saúde (frente e verso) e preencha os seguintes dados:

Nome da Seguradora: \_\_\_\_\_

Número da Apólice: \_\_\_\_\_

Data da Vigência: \_\_\_\_\_

Nº de Telefone da Seguradora: \_\_\_\_\_

*Note: Se um paciente/fiador tiver uma Conta Poupança em Saúde (HSA), Conta de Reembolso em Saúde (HRA), Conta de Gastos Flexíveis (FSA) ou fundo similar designado para despesas médicas familiares, esse indivíduo não é elegível para assistência financeira até que tais ativos se esgotem.*

**Para requisitar assistência devido a carência, preencha os seguintes dados:**

Liste todos os membros da família, incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos naturais ou adotivos com menos de 18 anos que residam no mesmo domicílio que o paciente.

Membro da Família	Idade	Parentesco com o Paciente	Fonte de Renda ou Nome do Empregador	Renda Mensal Bruta
1.				
2.				
3.				
4.				

Além da Requisição de Assistência Financeira devido à Carência, necessitamos também da seguinte documentação:

- Declaração de imposto de renda federal ou estadual atualizada
- Formulários W2 e/ou 1099 atualizados
- Quatro contracheques mais recentes
- Quatro extratos bancários de conta corrente e/ou de poupança mais recentes
- Conta de poupança de saúde
- Plano de reembolso de saúde
- Contas de gastos flexíveis
- Cópia de todas as contas de despesas médica.

Caso essa documentação não esteja disponível, entre em contato com a Unidade de Aconselhamento Financeiro pelo telefone (617) 667-5661 para discutir alternativas de documentação.

Liste todas as dívidas médicas e forneça cópias das cobranças incorridas nos últimos 12 meses:

Data do Serviço	Local do Serviço	Valor Devido
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, forneça uma breve justificativa da sua impossibilidade de pagar essas despesas médicas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

Ao assinar abaixo, certifico que todas as informações declaradas nessa requisição são corretas de meu conhecimento e crença.

Assinatura do  
Requerente: \_\_\_\_\_

Parentesco com o  
Paciente: \_\_\_\_\_

Data do Preenchimento: \_\_\_\_\_

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento dessa requisição para a determinação da elegibilidade.

Caso elegível, a assistência será concedida por seis meses a partir da data da aprovação, e será válida em todos os afiliados do Beth Israel Lahey, conforme estabelecido no Apêndice 5 de suas respectivas Políticas de Assistência Financeira:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Somente Funcionarios: Requisição recebida por:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

**Appendix 3  
Tabela de  
Descontos com  
base em limites  
máximos de  
Renda e Ativos**

**Desconto para Pagamento Imediato:** Pacientes que não se qualificarem para assistência pública ou Assistência Financeira receberão um desconto de 30%, condicionado ao pagamento imediato do saldo de sua conta para todos os cuidados prestados, incluindo Cuidados de Emergência, Cuidados de Urgência, Cuidados Médicos Necessários e Serviços Eletivos. O pagamento integral dos valores negociados deverá ser feito dentro de 15 dias do recebimento do primeiro extrato por parte do paciente. Esse desconto não será oferecido para nenhum serviço para o qual tenha sido estabelecido um cronograma de auto pagamento separado. Além disso, coparticipações Dentro e Fora da Rede Credenciada, cosseguros e franquias não são elegíveis para o desconto para pagamento imediato. Para evitar dúvidas, esse desconto também não será oferecido a nenhum paciente que esteja pagando por serviços de acordo com um Plano de Pagamento.

**Descontos para Assistência Financeira e Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência serão aplicados ao saldo pelo qual o paciente é responsável para o pagamento de serviços médicos elegíveis, conforme descritos na política.**

**Descontos de Assistência Financeira para Pacientes Elegíveis:**

**Atendimento de Caridade:**

<b>Nível de Renda</b>	<b>Desconto</b>
Menos ou igual a 400% do NFP	100%

**Assistência Financeira devido à Carencia**

Os pacientes serão considerados elegíveis para Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência se suas despesas médicas forem maiores ou iguais a 25% da Renda Familiar, e receberão um desconto de 100%.

---

**Appendix 4**  
**Valores**  
**Geralmente**  
**Cobrados**  
**(VGC)**

Veja a definição de Valores Geralmente Cobrados na política acima para uma descrição de como os VGC são calculados usando o método “Look-Back”.

O percentual de VGC do LHMC atual, baseado em pedidos de indenização de seguro para o ano fiscal de 2020, é igual a 43.23%.

Os VGC estão sujeitos a mudança a qualquer momento devido aos seguintes motivos:

- Alterações nos contratos de Seguradoras de Saúde Privados e do Programa Medicare Fee-for-Service
  - Pagamentos recebidos por Seguradoras de Saúde Privados e pelo Programa Medicare Fee-for-Service
- 

Atualizado em 1/2021

**Appendix 5**  
**Provedores e**  
**clínicas –**  
**Cobertas e**  
**Descobertas**

**Esta Política de Assistência Financeira cobre todos as despesas hospitalares (Instalações) nos seguintes locais do LHMC:**

- Lahey Hospital & Medical Center, 41 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Medical Center, Peabody, 1 Essex Center Drive, Peabody, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 20 Wall Street, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 31 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 5 Federal Street, Danvers, MA
- Lahey Outpatient Center, Lexington, 16 Hayden Avenue, Lexington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 50 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 67 Bedford Street, Burlington, MA

**Esta Política de Assistência Financeira também cobre os encargos dos indivíduos e entidades listadas nas páginas 1-15 do anexo rotulado "Prestadores e Clínicas Cobertos e Não Cobertos" para serviços prestados dentro das instalações hospitalares acima listadas.**

**Para os prestadores listados na página 16 do anexo etiquetado "Prestadores e Clínicas Cobertos e Não Cobertos", esta Política de Assistência Financeira cobre apenas os encargos das Instalações Hospitalares. Não cobre os encargos dos prestadores de serviços das pessoas e entidades listadas na página 16 do anexo. Os pacientes são encorajados a entrar em contato diretamente com estes prestadores para ver se oferecem alguma assistência e para fazer arranjos de pagamento.**

Atualizado 1/2021

**Acesso Público a Documentos** Linguagem Simples, Requisição de Assistência Financeira, Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência, e Política de Crédito e Cobrança do LHMC serão disponibilizados gratuitamente aos pacientes e à comunidade servida pelo LHMC através de várias fontes:

1. Pacientes e Fiadores podem solicitar cópias de todos os documentos relativos à Assistência Financeira e Crédito e Cobrança, e podem solicitar ajuda para completar as Requisições de Assistência Financeira e de Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência, via telefone, correio ou pessoalmente em:

LHMC  
Unidade de Aconselhamento Financeiro  
41 Burlington Mall Road  
Burlington, MA 01803

2. Os Pacientes e Fiadores podem realizar download de cópias de todos os documentos relativos à Assistência Financeira e Política de Crédito e Cobrança através do site público do LHMC:  
<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>

A Política de Assistência Financeira, Resumo em Linguagem Clara, Pedido de Assistência Financeira, Pedido de Assistência Médica e Política de Crédito e Cobrança será traduzida para qualquer língua que seja a língua principal falada pelo locador de 1.000 pessoas ou 5% dos residentes na comunidade servida pelo LHMC.

O LHMC postou avisos (sinais) de disponibilidade de Assistência Financeira, conforme delineado nesta política, nos seguintes locais:

1. Admissões gerais, acesso de pacientes, áreas de espera/registro, ou equivalente, incluindo, para evitar dúvidas, a área de espera/registro do departamento de emergência;
2. Áreas de espera/registro, ou equivalente, de instalações licenciadas fora do local do hospital; e
3. Áreas de aconselhamento financeiro de doentes.

Os sinais colocados são claramente visíveis nas dimensões (8,5" x 11") e legíveis para os pacientes que visitam estas áreas. Os sinais são lidos:

### **AVISO DE ASSISTENCIA FINANCEIRA**

O Hospital oferece uma variedade de programas de assistência financeira a pacientes que se qualificam. Para saber se é elegível para assistência com as suas contas hospitalares, visite o nosso escritório de Aconselhamento Financeiro no 1º andar do Lobby Principal ou ligue 781-744-8815 para obter



informações sobre os vários programas e a sua disponibilidade.

---

**Histórico da  
Política**

<b>Date</b>	<b>Action</b>
Setembro de 2016	Política aprovada pelo Conselho de Administradores
Julho de 2020	Lista de Provedores Atualizada
Agosto de 2020	Política Revisada e aprovada pelo BILH EVP/ CFO e pelo Tesoureiro da direção do LHMC como Órgão autorizado da Direção

---

