

Cambridge Health Alliance

Política de Assistência Financeira

1 de Março de 2025

**Cambridge Health Alliance:
Política de Assistência Financeira**

Índice

Índice 1

Introdução	2
Cobertura Para Serviços de Saúde Medicamente Necessários	3
A. Cuidados de Urgência e Emergência	3
B. Serviços que Não São de Urgência ou Emergência	4
C. Localização dos Hospitais	5
Programas de Assistência Pública e Assistência Financeira do Hospital	6
A. Visão Geral Sobre Cobertura de Saúde e Programas de Assistência Financeira	6
B. Programas Públicos de Assistência do Estado	6
B.1 Assistência Financeira do Hospital Através do Health Safety Net	6
B.2 Assistência Financeira Adicional do Hospital	9
C. Avisos e Solicitações Para Assistência Financeira do Hospital e Programas de Assistência Pública	10
C.1. Avisos Sobre Opções de Assistência Financeira do Hospital e Assistência Pública Disponíveis	10
C.2. Inscrição Para Programas Públicos de Assistência	10
C.3. O papel dos Conselheiros de Inscrição Certificados do Hospital	11
Exemplo do Sinal Postado	13

Introdução

Essa política se aplica à **Cambridge Health Alliance** e suas localizações específicas, e profissionais identificados nessa política.

O hospital é o principal cuidador fornecendo cuidados medicamente necessários para todas as pessoas que se apresentam às suas instalações e locais, independentemente de sua habilidade de pagar. O hospital oferece esses cuidados para *todos* os pacientes que visitam nossas instalações, 24 horas por dia, sete dias por semana e 365 dias por ano. O hospital se compromete a fornecer a todos os pacientes cuidados e serviços de alta qualidade, incluindo trabalhar com pessoas cujos recursos e renda sejam limitados, de modo a encontrar opções viáveis para cobrir os custos de seus cuidados.

O hospital ajudará pessoas sem seguro de saúde ou com seguro baixo a se inscreverem para coberturas de saúde através de um programa público de assistência. Esses programas tipicamente incluem, mas não são limitados a:

- MassHealth
- Programas de assistência premium oferecidos pelo Health Connector
- Children's Medical Security Program (CMSP)
- Health Safety Net (HSN)
- Medical Hardship.

A assistência para esses programas é determinada através da revisão, entre outros itens, da renda familiar da pessoa, bens, tamanho da família, despesas e necessidades médicas.

O hospital fornece assistência aos pacientes para obter cobertura de saúde através de programas públicos, mas também pode ser necessário que ele gere contas e cobranças de maneira apropriada, para que o paciente pague despesas específicas. Esses valores podem incluir, mas não são limitados a, qualquer co-pagamento aplicável, dedutíveis, depósitos e outras quantias pelas quais o paciente concordou em se responsabilizar. Ao se registrar para serviços, ou ao receber uma conta, o hospital incentiva todos os pacientes a entrarem em contato com nosso Departamento de Assistência Financeira para ajudar o paciente ou seus familiares a determinarem suas necessidades e elegibilidade para assistência financeira.

O hospital trabalha com os pacientes para encontrar assistência pública disponível e não discrimina com base em raça, cor, origem nacional, cidadania, alienação, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência em:

- políticas ou aplicações de políticas;
- aquisição e verificação de informações financeiras;
- pré-admissão ou pré-tratamento de requisições de depósitos;
- planos de pagamento;
- admissões atrasadas ou rejeitadas;

- determinação do status de Paciente de Baixa Renda, conforme determinado pelo sistema de elegibilidade do Massachusetts MassHealth/Connector, ou atestado de informação para determinar o status de paciente de Baixa Renda.

Apesar de compreendermos que cada pessoa tem uma situação financeira única, informações e assistência sobre elegibilidade para programas públicos de assistência podem ser obtidas através do contato com o Departamento de Assistência Financeira do hospital pelo 617-665-1100, ou presencialmente de segunda a sexta, das 8:00 da manhã às 6:00 da tarde (as horas podem variar) nos seguintes locais:

- No Hospital Cambridge na 1493 Cambridge Street, Cambridge, Massachusetts, 02139
- No Hospital Somerville, 230 Highland Avenue, Somerville, Massachusetts, 02143
- No Hospital Everett, 103 Garland Street, Everett, Massachusetts, 02149

Mais informações sobre como se inscrever para seguro de saúde estão disponíveis no website do hospital:

- www.challiance.org
- Afiliados: Beth Israel Deaconess Center, MassGeneral Hospital for Children, Harvard Medical School Teaching Hospital

As ações que o hospital pode tomar no caso de não pagamento estão descritas na política de Contas e Cobranças separada do hospital, que estará disponível se for requisitada.

Cobertura Para Serviços de Saúde Medicamente Necessários

O hospital fornece serviços de saúde médica e comportamental que sejam medicamente necessários para todos os pacientes que se apresentem ao hospital, independentemente de sua habilidade de pagar. Serviços medicamente necessários incluem aqueles que são razoavelmente esperados para prevenir, diagnosticar, prevenir a piora, aliviar, corrigir ou curar problemas de saúde que causem risco à vida, causem sofrimento ou dor, causem deformidade física ou mau funcionamento, ameacem causar ou agravar uma deficiência, ou resultar em doença ou enfermidade. Serviços Medicamente Necessários incluem serviços de internação e ambulatoriais conforme autorizado pelo Title XIX do Social Security Act.

O profissional de saúde que o tratar determinará o tipo e nível de cuidados e tratamentos necessários para cada paciente, com base nos sintomas clínicos apresentados e os padrões de prática aplicáveis que se seguirem. O hospital segue os requerimentos federais do Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ao conduzir um exame clínico de avaliação para pacientes que se apresentem ao hospital buscando serviços de emergência, de modo a determinar se um problema de saúde de emergência existe.

A classificação de serviços de emergência e não emergência é baseada nas seguintes definições gerais, bem como na determinação médica do clínico que fará o tratamento. Essa classificação ainda será usada pelo Hospital para os propósitos de determinar a cobertura permitida de custos negativos de urgência e emergência sob o programa de assistência financeira do hospital, incluindo o Health Safety Net.

A. Serviços de Cuidados de Urgência e Emergência

Qualquer paciente que se apresente ao hospital requisitando cuidados de emergência será avaliado com base nos sintomas clínicos apresentados, sem diferenciação quanto à identificação do paciente, cobertura de seguro ou capacidade de pagar. O hospital não tomará ações que desencorajem as pessoas a buscarem cuidados médicos de emergência, como demandar que pacientes paguem antes de receberem tratamento para problemas médicos de emergência, ou interferir com a avaliação e fornecimento de cuidados médicos de emergência ao primeiro discutir a elegibilidade para programas públicos de assistência.

- a. Os Serviços em Nível de Emergência incluem tratamentos para:
 - i. Uma condição médica, seja física ou mental, se manifestando com sintomas de severidade suficiente, incluindo dor severa, de modo *que a ausência de atendimento médico imediato possa razoavelmente ser inferido, por uma pessoa leiga prudente que possua um conhecimento médio sobre saúde e medicina, como fator para colocar a saúde da pessoa ou dos outros em sério risco, grave prejuízo a funções corporais ou disfunção séria de órgão ou parte do corpo*, ou, relativo a mulheres grávidas, conforme definido no 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. De acordo com os requerimentos federais, o EMTALA é ativado para qualquer pessoa que se apresente ao hospital requisitando exames ou tratamento para uma emergência (conforme definido acima), ou que entre no departamento de emergência requisitando exames ou tratamento para um problema de saúde. O mais comum é pessoas se apresentarem ao departamento de emergência sem agendamento. Porém, pacientes não agendados requisitando serviços para um problema médico de emergência enquanto se apresentam a outra unidade de internação ou ambulatório, clínica ou outra área auxiliar também serão avaliados e, possivelmente, transferidos para um local mais apropriado para um exame médico de triagem de emergência, de acordo com o EMTALA. Exames e tratamentos para problemas de saúde de emergência, ou qualquer outro serviço prestado na extensão das requisições do EMTALA, serão fornecidas ao paciente e serão qualificados como cuidados de emergência. A determinação do que configura um problema médico de emergência é feita pelo médico que faz o tratamento, ou outro profissional de saúde qualificado do hospital, conforme documentado no registro médico do hospital.
- b. Tratamentos de Cuidados Urgentes incluem tratamentos para:
 - i. Serviços Medicamente Necessários fornecidos em um Hospital Agudo após o aparecimento repentino de um problema de saúde, seja físico ou mental, se manifestando por sintomas agudos de severidade suficiente (incluindo dores severas), de modo *que uma pessoa leiga prudente acreditaria que a falta de atendimento médico dentro de 24 horas poderia razoavelmente esperar resultar em um risco à saúde do paciente, prejuízo às funções do corpo ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo*. Serviços de Cuidados Urgentes são fornecidos para problemas que não causem risco à vida e não

apresentem um alto risco de danos sérios à saúde da pessoa. Os Serviços de Cuidados Urgentes não incluem cuidados Primários ou Eletivos.

B. Serviços que Não Sejam Urgência ou Emergência:

Para pacientes que (1) o médico que faz o tratamento determinar como apresentando um nível de cuidado que não é de urgência ou emergência ou (2) busquem cuidados e tratamento após a estabilização de um problema de saúde de emergência, o hospital poderá considerar que esses cuidados seriam primários ou eletivos.

- a. Serviços Primários ou Eletivos incluem cuidados médicos que não estejam sob um nível de cuidados de Urgência ou Emergência, requisitados pela pessoa ou familiares para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. Tipicamente, esses serviços são procedimentos ou visitas de saúde médica ou comportamental agendados com antecedência ou no mesmo dia por um paciente ou pelo profissional de saúde em um hospital, incluindo, mas não limitado ao campus principal, uma localização remota, bem como um consultório, clínica ou centro de saúde comunitária afiliado. Os cuidados primários consistem em serviços de saúde fornecidos rotineiramente por clínicos gerais, médicos da família, internistas gerais, pediatras gerais, e enfermeiras de cuidados primários ou assistentes de médicos em um serviço de cuidados primários de saúde. Os cuidados primários não requerem os recursos especializados de um departamento de emergência de um Hospital Agudo e excluem Serviços Auxiliares e serviços de maternidade.
- b. Os serviços de saúde que não forem de urgência ou emergência (como cuidados primários ou eletivos) podem ser atrasados ou postergados com base na consulta à equipe clínica do hospital, bem como aos profissionais de cuidados primários do paciente, se estiverem disponíveis e for apropriado. O hospital pode ainda negar fornecer aos pacientes serviços que não sejam de urgência ou emergência, se o paciente estiver clinicamente estável e o hospital não for capaz de obter dos pacientes ou outras fontes, uma fonte apropriada de pagamentos ou informações de elegibilidade para um seguro de saúde público ou privado, para cobrir os custos de cuidados que não sejam de urgência ou emergência. A cobertura de serviços de saúde, incluindo saúde médica e comportamental, é determinada e destacada em manuais de necessidades médicas e coberturas de uma seguradora de saúde privada ou pública. O hospital tentará determinar a cobertura com base na cobertura de seguro conhecida e disponível do paciente, mas poderá cobrar o paciente caso os serviços não sejam reembolsáveis e o paciente tiver concordado em ser cobrado.
- c. A cobertura de um programa público pode não se aplicar a determinados procedimentos primários ou eletivos que não sejam reembolsáveis por essas opções de cobertura. Se o paciente não tiver certeza sobre a cobertura do serviço, deverá entrar em contato com o Departamento de Assistência Financeira no 617-665-1100, ou presencialmente de segunda a sexta das 8:00 da manhã às 6:00 da tarde (as horas podem variar), nos seguintes locais:

- Hospital Cambridge, 1493 Cambridge St, Cambridge, Massachusetts, 02139
- Hospital Somerville, 230 Highland Ave, Somerville, Massachusetts, 02143
- Hospital Everett, 103 Garland St, Everett, Massachusetts, 02149

Programas privados podem não ser aplicáveis a determinados procedimentos primários ou eletivos que não sejam reembolsáveis por essas opções de cobertura. Encorajamos os pacientes a entrarem em contato com seu provedor do seguro-saúde para garantir que os serviços sejam cobertos e determinar qualquer pagamento do bolso do paciente.

C. As localizações de hospitais que fornecem serviços medicamente necessários, bem como ou além de serviços de Emergência, Urgência e Cuidados Primários cobertos pela Política de Assistência Financeira:

A Política de Assistência Financeira do Hospital se aplica à Cambridge Health Alliance, o que inclui três hospitais e a Organização Médica.

- Hospital Cambridge
1493 Rua Cambridge, Cambridge, MA 02139
Segunda a sexta, de 8:00 da manhã às 5:00 da tarde
- Hospital Somerville
230 Highland Avenue, Somerville, MA 02143
Segunda a sexta, de 8:00 da manhã às 4:30 da tarde
- Whidden Memorial Hospital
103 Garland Street, Everett, MA 02149
Segunda a sexta, de 8:00 da manhã às 6:00 da tarde

Programas Públicos de Assistência e Assistência Financeira do Hospital

A. Visão Geral Sobre Cobertura de Saúde e Programas de Assistência Financeira

Os pacientes do hospital podem ser elegíveis para serviços de saúde gratuitos ou de custo reduzido através de vários programas públicos de assistência do estado (incluindo mas não limitados a MassHealth, o programa de pagamento premium de assistência operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o Health Safety Net e o Medical Hardship). A intenção desses programas é dar assistência a pacientes de baixa renda, levando em conta a habilidade de cada pessoa em contribuir com os custos de seus cuidados. Para pessoas sem seguro de saúde ou com seguro baixo, o hospital irá, quando solicitado, ajudá-los a aplicar para cobertura através de programas de assistência pública que podem cobrir todas ou algumas contas não pagas do hospital.

B. Programas Públicos de Assistência do Estado

O Hospital está disponível para ajudar os pacientes na inscrição em programas estaduais de cobertura de saúde. Isso inclui o MassHealth, o programa de assistência prêmio de pagamentos operado pelo Health Connector do estado, o Children's Medical Security Plan, o Health Safety Net, e o Medical Hardship. Para esses programas, os aplicantes podem submeter uma solicitação através de um website online (que fica centralizado no Website Health Connector do estado), uma solicitação em papel ou pelo telefone com um representante do atendimento ao cliente localizado na MassHealth ou no Connector. As pessoas também podem solicitar assistência de conselheiros financeiros do hospital (também chamados de conselheiros

certificados de inscrição) para submeter a aplicação no website ou através de uma inscrição em papel.

B.1. Assistência Financeira Através do Health Safety Net

Através de sua participação no Massachusetts Health Safety Net, o Hospital fornece assistência financeira a pacientes de baixa renda sem seguro-saúde ou com seguro baixo que sejam residentes de Massachusetts e que entrem nas qualificações de renda. O Health Safety Net foi criado para distribuir de forma mais equitativa o custo de fornecer cuidados não reembolsáveis para pacientes de baixa renda sem seguro-saúde ou com seguro baixo, através de cuidados gratuitos e com desconto nos hospitais de cuidados agudos em Massachusetts. A junção de cuidados não reembolsados da Health Safety Net é feita através de uma avaliação em cada hospital para cobrir os custos de cuidados para pacientes sem seguro saúde ou com seguro baixo, com salários abaixo de 300% da linha de pobreza federal. A política do hospital é que todos os pacientes que recebem assistência financeira sob a Política de Assistência Financeira do hospital incluem os serviços da Health Safety Net como parte dos cuidados não compensados fornecidos a pacientes de baixa renda.

Através de sua participação na Health Safety Net, os pacientes de baixa renda recebendo serviços no Hospital podem ser elegíveis para assistência financeira, incluindo cuidados gratuitos ou parcialmente gratuitos para serviços elegíveis da Health Safety Net definidos na 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Primário

Pacientes sem seguro de saúde que sejam residentes de Massachusetts com renda familiar verificada no "MassHealth MAGI household Income" ou no "Medical Hardship Family", conforme descrito no 101 CMR 613.04(1), entre 0 e 150% da Linha de Pobreza Federal (FPL), podem ser determinados como elegíveis para o Health Safety Net Eligible Services.

O período de elegibilidade e tipo de serviço para o *Health Safety Net - Primário* é limitado para pacientes elegíveis para cadastro no Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, conforme descrito no 101 CMR 613.04(5)(a) e (b). Pacientes sujeitos aos requerimentos do Student Health Program de M.G.L. c. 15A, § 18 não são elegíveis para o *Health Safety Net – Primário*.

(b) Health Safety Net – Secundário

Pacientes residentes em Massachusetts com um seguro de saúde primário e renda contável no "MassHealth MAGI household Income" ou "Medical Hardship Family", conforme descrito no 101 CMR 613.04(1), entre 0 e 150% da Linha de Pobreza Federal (FPL), podem ser determinados como elegíveis para os Serviços Elegíveis da Health Safety Net.

O período de elegibilidade e tipo de serviços para o *Health Safety Net - Secundário* é limitado para pacientes elegíveis para cadastro no Premium Assistance Payment

Programa operado pelo Health Connector, conforme descrito no 101 CMR 613.04(5)(a) e (b). Pacientes sujeitos aos requerimentos do Student Health Program de M.G.L. c. 15A, § 18 não são elegíveis para o *Health Safety Net – Primário*.

(c) Health Safety Net - Dedutíveis Parciais

Pacientes que se qualificam para o *Health Safety Net - Primário* ou *Health Safety Net - Secundário* com o MassHealth MAGI Household income ou Medical Hardship Family Countable Income entre 150.1% e 300% do FPL, podem estar sujeitos a um dedutível anual, quando todos os membros do Premium Billing Family Group (PBFG) tiverem uma renda acima de 150.1% do FPL. Esse grupo é definido no 130 CMR 501.0001.

Se qualquer membro do PBFG tiver um FPL abaixo de 150.1%, não haverá dedutíveis para qualquer membro do PBFG. Se o dedutível anual for igual ou maior que:

o custo mais baixo do Premium Assistance Payment Program Operado pelo Health Connector premium, ajustado para o tamanho da PBFG, proporcionalmente aos padrões de renda MassHealth FPL, no início do ano calendário; ou

40% da diferença entre a renda mais baixa do MassHealth MAGI Household Income ou Medical Hardship Family Countable Income, conforme descrito no 101 CMR 613.04(1), no Premium Billing Family Group (PBFG) do aplicante e 200% da FPL.

(d) Health Safety Net - Medical Hardship

Um residente de Massachusetts de qualquer renda pode se qualificar para o *Medical Hardship* através do Health Safety Net se despesas médicas permitidas depletaram sua renda contável de maneira que a pessoa não seja capaz de pagar por serviços de saúde. Para se qualificar para o *Medical Hardship*, as despesas médicas permitidas do aplicante devem exceder uma porcentagem específica da Renda Contável do aplicante, definida na 101 CMR 613 da seguinte maneira:

2025 MassHealth Income Standards and Federal Poverty Guidelines, Effective March 1, 2025

Family Size	MassHealth Income Standards		100% Federal Poverty Level		133% Federal Poverty Level		150% Federal Poverty Level		190% Federal Poverty Level	
	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly
1	\$522	\$6,264	\$1,305	\$15,660	\$1,735	\$20,820	\$1,957	\$23,484	\$2,478	\$29,736
2	\$650	\$7,800	\$1,763	\$21,156	\$2,345	\$28,140	\$2,644	\$31,728	\$3,349	\$40,188
3	\$775	\$9,300	\$2,221	\$26,652	\$2,954	\$35,448	\$3,332	\$39,984		
4	\$891	\$10,692	\$2,680	\$32,160	\$3,564	\$42,768	\$4,019	\$48,228		
5	\$1,016	\$12,192	\$3,138	\$37,656	\$4,173	\$50,076	\$4,707	\$56,484		
6	\$1,141	\$13,692	\$3,596	\$43,152	\$4,783	\$57,396	\$5,394	\$64,728		
7	\$1,266	\$15,192	\$4,055	\$48,660	\$5,393	\$64,716	\$6,082	\$72,984		
8	\$1,383	\$16,596	\$4,513	\$54,156	\$6,002	\$72,024	\$6,769	\$81,228		
For each additional person, add	\$133	\$1,596	\$459	\$5,508	\$610	\$7,320	\$688	\$8,256		

These figures are rounded and may not reflect the figures used in program determination. The Institutional Income Standard is \$72.80.

Family Size	200% Federal Poverty Level		225% Federal Poverty Level		250% Federal Poverty Level		300% Federal Poverty Level		400% Federal Poverty Level	
	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly
1	\$2,609	\$31,308	\$2,935	\$35,220	\$3,261	\$39,132	\$3,913	\$46,956	\$5,217	\$62,604
2	\$3,525	\$42,300	\$3,966	\$47,592	\$4,407	\$52,884	\$5,288	\$63,456	\$7,050	\$84,600
3	\$4,442	\$53,304			\$5,553	\$66,636	\$6,663	\$79,956	\$8,884	\$106,608
4	\$5,359	\$64,308			\$6,698	\$80,376	\$8,038	\$96,456	\$10,717	\$128,604
5	\$6,275	\$75,300			\$7,844	\$94,128	\$9,413	\$112,956	\$12,550	\$150,600
6	\$7,192	\$86,304			\$8,990	\$107,880	\$10,788	\$129,456	\$14,384	\$172,608
7	\$8,109	\$97,308			\$10,136	\$121,632	\$12,163	\$145,956	\$16,217	\$194,604
8	\$9,025	\$108,300			\$11,282	\$135,384	\$13,538	\$162,456	\$18,050	\$216,600
For each additional person, add	\$917	\$11,004			\$1,146	\$13,752	\$1,375	\$16,500	\$1,834	\$22,008

These figures are rounded and may not reflect the figures used in program determination. The Institutional Income Standard is \$72.80.

A contribuição requisitada do aplicante é calculada como a porcentagem especificada da Renda Contável no 101 CMR 613.05(1)(b) com base no *Medical Hardship* Family's FPL, multiplicado pela renda contável verdadeira menos as contas não elegíveis para o pagamento do Health Safety Net, pelo qual o aplicante continuará responsável. Outros requerimentos para o *Medical Hardship* estão especificados no 101 CMR 613.05.

B.2. Assistência Financeira Adicional

Além do Health Safety Net, o hospital fornece assistência financeira para os pacientes que alcançam os critérios descritos abaixo. Essa assistência financeira é feita para suplementar e não para substituir outras coberturas para serviços, de modo a garantir que a assistência financeira seja fornecida quando necessário. O hospital não negará assistência financeira sob sua política de assistência financeira com base na falha do aplicante de fornecer informações ou documentações, a não ser que aquela informação ou documentação esteja descrita e seja necessária para a determinação de assistência financeira através do formulário de aplicação.

1. A Cambridge Health Alliance oferecerá um desconto de 25% das taxas publicadas para pacientes que não se qualifiquem após serem avaliados para a elegibilidade da MassHealth ou Health Safety usando o MassHealth Benefit Request (MBR), e que não tenham outras coberturas de seguro de saúde que forneçam reembolso dos serviços. Esse desconto não será aplicado a qualquer co-seguro ou dedutíveis.

2. O hospital, possuindo uma revisão interna do caso de cada paciente, pode oferecer ao paciente um desconto adicional sobre uma conta não paga, conforme autorizado pelo Administrador Financeiro Chefe do hospital ou por alguém designado por ele. Isso exclui serviços identificados como:
 - i. “Taxas de Serviços: como Cirurgia Cosmética, Plástica, Óculos, Lentes de Contato, etc. Qualquer item identificado como Taxa de Serviços.
 - ii. Dedutíveis, co-pagamentos, HSN parcial.
 - iii. Caso o paciente se recuse a ser avaliado para qualquer tipo de assistência pública, o paciente não irá se qualificar para descontos adicionais em uma conta não paga. Esse desconto se aplicará se for pago dentro de 30 dias a partir do primeiro extrato. Essa revisão deve ser parte de um programa interno de assistência financeira do hospital que seja aplicado de maneira uniforme aos pacientes, e que leve em consideração a situação financeira do paciente e a incapacidade do paciente em fazer o pagamento após ações razoáveis de cobrança. Qualquer desconto fornecido pelo hospital é consistente com requerimentos federais e estaduais, e não se baseia em esforços para induzir o paciente a receber serviços do hospital ou gerar negócios que sejam pagáveis por programas federais ou estaduais.
3. Redução do Gasto MassHealth / Dedutível do Health Safety Net
No caso de um paciente se inscrever na MassHealth/Health Safety Net e qualificar para uma redução de pagamento, o paciente é responsável por seus pagamentos em aberto sem descontos, com base nos regulamentos dos programas MassHealth e Health Safety Net.
4. Para casos onde o hospital está usando a HIX Application, o hospital ajudará o paciente a completar a inscrição para o MassHealth, Health Safety Net, ou outras formas de programas de assistência financeira, à medida que se tornam parte do Affordable Care Act Program.

C. Avisos e Inscrição Para Programas de Assistência Pública

C.1 Avisos de Opções de Assistência Pública Disponíveis

Para pessoas que não tem seguro de saúde ou tem um seguro baixo, o hospital trabalhará com os pacientes para assisti-los na inscrição para assistência pública, que pode cobrir algumas ou todas as contas de hospital que não foram pagas. De modo a ajudar pessoas sem seguro de saúde ou com seguro baixo a encontrar opções disponíveis e apropriadas, o hospital fornecerá a todas as pessoas um aviso geral da disponibilidade de assistência pública durante o registro presencial inicial no local do hospital para um serviço, em todos os extratos de cobrança que são enviadas ao paciente ou ao fiador, e quando o fornecedor de serviços for notificado ou através de sua própria diligência devida e se tornar ciente de uma mudança no status de elegibilidade do paciente para cobertura de um seguro público ou privado.

O hospital também postará avisos gerais nas áreas de serviços com uma área de registro ou check-in (incluindo, mas não limitada, internação, ambulatório, departamentos de emergência, e centros de saúde comunitária afiliados), em consultórios de Certified Application Counselor (“CAC”), e em áreas gerais do escritório que costumam ser usadas por Pacientes (ex: áreas de admissões e registros, escritórios de serviços financeiros para pacientes que são ativamente abertos ao público). O aviso geral informará os pacientes a respeito da disponibilidade da assistência pública (incluindo o MassHealth, o programa de assistência premium de pagamentos operada pela Health Connector, o Children’s Medical Security Program, o Health Safety Net e o Medical Hardship) bem como os locais dentro do hospital ou os telefones para ligar e agendar uma consulta com o CAC. O objetivo desses avisos gerais é assistir os indivíduos a se inscreverem para cobertura em um ou mais desses programas.

Todos os avisos são em inglês, com a disponibilidade de obter, com requisição, 13 línguas através do nosso Departamento de Relações com o Paciente. Os avisos estão em quadros em formato de pôster laminado de 18” x 24” e pendurados nas paredes de todas as áreas designadas (veja a Exibição em anexo).

C.2. Inscrição Para Programas Públicos de Assistência

O Hospital está disponível para ajudar os pacientes na inscrição em programas estaduais de cobertura de saúde. Isso inclui o MassHealth, o programa de assistência de pagamento premium operado pelo Health Connector estadual e o Children’s Medical Security Plan. Com base em informações fornecidas pelo paciente, o hospital também identificará opções disponíveis de cobertura através dos programas Health Safety Net e Medical Hardship.

Para programas que não sejam o Medical Hardship, os aplicantes podem submeter uma solicitação através de um website online (que fica centralizado no Website Health Connector do estado), uma solicitação em papel ou pelo telefone com um representante do atendimento ao cliente localizado na MassHealth ou no Connector. Pessoas também podem buscar assistência do conselheiro certificado de inscrição para submeter a aplicação no website ou através de uma inscrição em papel.

Para o Medical Hardship, o hospital trabalhará com o paciente para determinar se um programa como o Medical Hardship seria adequado e submeter uma inscrição para o Medical Hardship no Health Safety Net. É obrigação do paciente fornecer todas as informações necessárias conforme solicitado pelo hospital em um intervalo apropriado, para garantir que o hospital possa submeter uma inscrição completa. Se o paciente for capaz de fornecer todas as informações a tempo, o hospital fará a submissão da aplicação total e completa dentro de 5 dias úteis de receber todas as informações necessárias e requisitadas. Se a aplicação total e completa não for submetida dentro de cinco dias úteis de receber todas as informações necessárias, ações de cobrança podem não ser tomadas contra o paciente a respeito de contas elegíveis para o Medical Hardship.

O hospital também pode assessorar os pacientes na inscrição no Health Safety Net usando um processo de determinação presuntiva, que fornece um período limitado de elegibilidade. Esse processo é conduzido por funcionários do hospital e do centro de saúde comunitária, que, com base no atestado de informações financeiras do próprio paciente, considerará o paciente elegível para a definição de paciente de baixa renda e será coberto somente pelos serviços da Health

Safety Net. A cobertura começará na data que o profissional fizer a determinação através do final do mês seguinte no qual a determinação presuntiva for feita. Porém, a cobertura pode ser terminada mais cedo se o paciente submeter uma inscrição completa conforme descrito acima.

C.3. O papel dos Conselheiros de Inscrição Certificados do Hospital (CAC)

O hospital ajudará pessoas sem seguro de saúde e com seguro baixo a aplicarem para cobertura de saúde através de um programa público de assistência (incluindo, mas não limitado a MassHealth, o programa premium de assistência a pagamentos operado pela Health Connector e o Children's Medical Security Program), e trabalhar com as pessoas para cadastrá-las conforme for apropriado. O hospital também ajudará pacientes que gostariam de aplicar para assistência financeira, o que inclui cobertura através do Health Safety Net e do Medical Hardship.

O hospital irá:

- a) fornecer informações sobre a ampla gama de programas, incluindo o MassHealth, o programa de assistência prêmio de pagamentos operado pelo Health Connector do estado, o Children's Medical Security Plan, o Health Safety Net, e o Medical Hardship;
- b) ajudar as pessoas a completarem uma nova inscrição para cobertura ou para submeter uma renovação para cobertura existente;
- c) trabalhar com a pessoa para obter toda a documentação necessária;
- d) submeter inscrições ou renovações (junto com todas as documentações necessárias);
- e) interagir, quando aplicável e conforme permitido sob as limitações atuais do sistema, com os Programas no status dessas inscrições e renovações;
- f) ajudar a facilitar a inscrição de aplicantes ou beneficiários em Programas de Seguros;
- g) oferecer e fornecer assistência para registro dos eleitores.

O hospital aconselhará os pacientes a respeito da obrigatoriedade de fornecer ao hospital e à agência estadual aplicável informações precisas e atuais sobre seu nome completo, endereço, telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se disponível), opções atuais de cobertura de seguro (incluindo de casa, veículo motor ou outro seguro responsabilizável) que possa cobrir o custo dos cuidados recebidos, qualquer outro recurso financeiro aplicável e informações sobre cidadania e residência. Essa informação será submetida ao estado como parte da inscrição para programas de assistência pública para determinar a cobertura para os serviços fornecidos ao indivíduo.

No caso de uma pessoa ou fiador ser incapaz de fornecer as informações necessárias, o hospital poderá (mediante solicitação da pessoa) fazer esforços razoáveis para obter qualquer informação adicional de outras fontes. Esses esforços também incluem trabalhar com as pessoas, quando solicitado pela pessoa, para determinar quando uma conta de serviço deve ser enviada à pessoa, para ajudar a cobrir o dedutível único. Esses esforços podem ocorrer quando a pessoa estiver agendando seus serviços, durante o pré-registro, enquanto a pessoa estiver sendo internada no hospital, na alta, ou por um tempo razoável após a saída do hospital. Informações que o CAC obtiver serão mantidas de acordo com as leis federais e estaduais aplicáveis relativas a privacidade e segurança.

O hospital também notificará o paciente durante o processo de inscrição sobre sua responsabilidade de reportar tanto ao hospital quanto à agência estadual, fornecendo cobertura para serviços de saúde para qualquer terceiro que possa ser responsável por pagar solicitações, incluindo uma apólice de responsabilização de seguro de automóvel ou residencial, entre outros. Se o paciente tiver submetido uma alegação de terceiro, ou tiver aberto um processo contra um terceiro, o CAC notificará o paciente da requisição de notificar o prestador e o programa do estado dentro de 10 dias dessas ações. O paciente também será informado de que precisará reembolsar a agência estadual apropriada pela quantia relativa a cuidados de saúde coberta pelo programa do estado, se houver uma recuperação da alegação, ou atribuir direitos ao estado para garantir que recupere sua quantia aplicável.

Quando a pessoa entra em contato com o hospital, o hospital irá avaliar a informação para aquela pessoa, de modo a determinar a qualificação para um programa de assistência pública ou através de um programa de assistência financeira do hospital. Uma pessoa envolvida em um programa de assistência pública pode se qualificar para determinados benefícios.