

Área de serviço: Corporate Business Services	POLÍTICAS E PROCEDIMENTO DO YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM	
Título: Política de Programas de Assistência Financeira		
Aprovado em: 20/09/2013	Aprovado por: Vice-presidente sênior da Diretoria de Trust, Departamento Financeiro	
Em vigor em: 20/09/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital	Revisado/Revisto em: 21/01/2015, 30/09/2016, 16/12/2016, 01/06/2017, 15/07/2018, 12/2/2019	
Distribuição: Gerente da Política MCN	Tipo de Política (I ou II): Tipo I	
Substitui: Programas de Assistência Financeira para Serviços Hospitalares do Yale New Haven Hospital (NC:F-4) Programas de Assistência Financeira para Serviços Hospitalares do Bridgeport Hospital (9-13) Visão geral dos Programas de Assistência Financeira para Serviços Hospitalares do Greenwich Hospital Assistência Financeira e Política de Leito Gratuito do Lawrence + Memorial Hospital e Westerly Hospital		

Propósito

O Yale New Haven Health System ("YNHHS") reconhece que alguns pacientes podem não ser capaz de pagar por cuidados médicos necessário, sem ajuda financeira. Seguindo sua missão, o YNHHS está comprometido em garantir que avaliará cuidadosamente a capacidade de pagamento ao definir os montantes devidos em situações de emergência e outros serviços hospitalares medicamente necessários.

No cumprimento de sua missão, o YNHHS estabeleceu programas de assistência financeira (Financial Assistance Programs - "FAP") para ajudar as pessoas a pagarem por cuidados de emergência ou outros cuidados necessários do ponto de vista médico. Os objetivos do FAP são:

- (i) Especificar toda a ajuda financeira disponível sob o FAP;
- (ii) Fornecer informações claras sobre os critérios de elegibilidade, requisitos de inscrição e o método de requisição de assistência financeira;
- (iii) Descrever o fundamento usado para o cálculo dos montantes a serem cobrados aos pacientes que se qualificam ao FAP em caso de emergência ou outros cuidados médicos necessários; e

Financial Assistance Programs Policy

- (iv) Descrever as etapas que os hospitais YNHHS tomam para divulgar amplamente o FAP nas comunidades atendidas pelo YNHHS.

APLICABILIDADE

Esta política se aplica a todos os hospitais licenciados afiliados ao YNHHS, incluindo Bridgeport Hospital (“BH”), Greenwich Hospital (“GH”), Lawrence + Memorial Hospital (“LMH”), Yale New Haven Hospital (“YNHH”) e Westerly Hospital (“WH”) (cada um “Hospital”).

POLÍTICA

I. Escopo e lista de provedores

- A. **Cuidados de emergência e outros cuidados medicamente necessários.** O FAP se aplica à emergência e outros cuidados médicos necessários, incluindo serviços hospitalares e ambulatoriais, faturados por um Hospital. O FAP exclui: (a) quarto privado ou enfermeiros particulares; (b) serviços que não sejam medicamente necessários, como cirurgia plástica eletiva; (c) outras tarifas de conveniência eletivas, como despesas de televisão ou telefone e (d) outros descontos ou reduções de tarifas não expressamente descritas nesta Política.
- B. **Lista de provedores.** A lista de provedores que fornecem cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários em um Hospital pode ser encontrada aqui: https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financeira/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf
A lista indica se o provedor é coberto pelo FAP. Se o provedor não estiver coberto por esta FAP, os pacientes devem contatar o escritório do provedor para determinar se ele oferece assistência financeira e, neste caso, qual a política de assistência financeira coberta pelo provedor.
- C. **Em conformidade com a EMTALA.** Os hospitais devem cumprir a Lei do Tratamento Médico Emergencial e do Trabalho Ativo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act - EMTALA) em conformidade com suas políticas e estão também proibidos de se envolverem em atividades que poderiam desencorajar uma pessoa de procurar tratamento médico emergencial.

II. Programas de assistência financeira e elegibilidade.

Há ajuda financeira disponível para cidadãos dos Estados Unidos ou residentes dos Estados Unidos, que tenham preenchido um pedido de assistência financeira e atendam aos requisitos de elegibilidade adicionais descritos abaixo.

- A. **Assistência médica gratuita (Free Care).** O programa Assistência médica gratuita (Free Care) oferece atendimento sem nenhum custo a pacientes do Hospital com renda bruta familiar anual menor ou igual a 250% das diretrizes federais de pobreza (*veja o Anexo 1*). Qualquer paciente que, ao critério do Hospital, se qualifique à assistência médica pelo Estado deverá obter uma determinação do Estado, dentro dos últimos seis meses.

Financial Assistance Programs Policy

Além disso, o YNHHS no nome do BH, GH e YNHH utiliza uma ferramenta de triagem terceirizada para ajudar na identificação de indivíduos com saldos a serem pagos por eles mesmos que não tenham apresentado pedidos de assistência financeira, mas que tenham rendas inferiores ou iguais a 250% do nível de pobreza federal (*ou seja*, elegíveis para assistência gratuita). Se um paciente for identificado por meio deste processo, os saldos hospitalares devidos podem ser ajustados aos cuidados de caridade (gratuitos).

- B. **Assistência médica com desconto (Discounted Care).** Se um paciente não tiver seguro a sua renda familiar bruta anual for entre 251% e 550% do nível de pobreza federal, o Hospital descontará o cuidado do AGB (montante geralmente cobrado) do Hospital (conforme definido na Seção III abaixo e no Anexo 1).

- C. **Fundos hospitalares gratuitos.** Você pode se qualificar para receber fundos hospitalares gratuitos, que são fundos doados ao Hospital para prestar cuidados a pacientes em um hospital. Não há limite de renda específico para receber os fundos hospitalares gratuitos. A elegibilidade é determinada caso-a-caso pelos nomeadores do fundo com base em dificuldades financeiras. Todos os pacientes que preencherem o pedido de assistência financeira do YBHHS serão automaticamente considerados para os fundos hospitalares gratuitos.

- D. **Outros programas de assistência financeira específicos do Hospital.**
 - (i) **Programa Me & My Baby do Yale New Haven Hospital.** Este programa destina-se às pacientes do Yale New Haven Hospital. Ele fornece serviços pré-natal, parto e nascimento, e alguns cuidados pós-parto gratuitos. Você pode se qualificar se morar no Condado de New Haven e não tiver qualquer tipo de seguro de saúde e se sua família ganha menos de 2 ½ vezes o nível de pobreza federal. Para mais informações ou para solicitar um formulário de pedido, entre em contato com nossos representantes no Women's Center (centro da mulher) do Yale New Haven Hospital ou ligue para 203-688-5470.

 - (ii) **O Ambulatório do Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic).** atende pacientes com o seguro do Medicare, Medicaid ou seguros oferecidos pelo Access Health CT e cuja renda familiar seja menor do que 4 vezes o nível de pobreza federal. Além disso, a clínica oferece cuidados médicos com desconto para pessoas que não se qualificam ao seguro e que sejam residente de Greenwich e tenham uma renda familiar inferior a 4 vezes o nível de pobreza federal. Para mais informações ou para obter um formulário de pedido, ligue para 203-863-3334.

III. Limitação de custos - montantes cobrados a pacientes que se qualificam ao FAP

Onde há uma concessão de assistência financeira que não cobre 100% dos custos de serviços do YNHHS, os valores cobrados aos pacientes que se qualificam à assistência financeira ao abrigo desta política não serão mais do que o valor que um Hospital geralmente cobra de pacientes que têm cobertura de seguro para tais cuidados ("AGB"). O YNHHS calcula o AGB anualmente pelo Hospital usando o "método retroativo" e baseado nas tarifas de serviços do Medicare, incluindo montantes

Financial Assistance Programs Policy

compartilhados pelos beneficiário do Medicare e todas as seguradoras de saúde privadas que pagam reivindicações de cada Hospital para o ano fiscal anterior. O YNHHS pode aplicar o desconto percentual por Hospital, ou pode optar por usar a percentagem de desconto mais favorável aos pacientes do YNHHS. O AGB está descrito no Anexo 1 do presente documento.

Conforme usados neste, o "montante geralmente cobrado" e o "método retrativo" têm os significados estabelecidos no Código da Receita Federal dos EUA §501(r)(5) e 1.501(r)-5.

IV. Método de inscrição à assistência

Para se qualificar à assistência financeira, o paciente deve preencher um pedido de assistência financeira ("Formulário de pedido"). O formulário de pedido apresenta (i) programas FAP disponíveis e requisitos de elegibilidade, (ii) requisitos de documentação para a determinação de elegibilidade e (iii) informações de contato de assistência FAP. O formulário de pedido também especifica (i) que o Hospital responderá todos os pedidos, por escrito, (ii) que os pacientes podem voltar a se inscrever ao FAP a qualquer momento e (iii) que os fundos hospitalares gratuitos adicionais estão disponíveis todos os anos. Os hospitais não podem negar assistência financeira ao abrigo do FAP por falta de fornecimento de informações ou documentos que o FAP ou o formulário de pedido não exigem como parte do pedido.

Os Hospitais do YNHHS empreenderão esforços razoáveis para determinar a elegibilidade e documentar todas as determinações de elegibilidade à ajuda financeira nas contas de pacientes aplicáveis. Uma vez que o Hospital identifica um paciente que se qualifica ao FAP, deve:

- (i) Fornecer um extrato de conta de cobrança indicando o montante que o paciente deve como um paciente elegível ao FAP, incluindo como o montante foi determinado e declara ou descreve como o paciente pode obter informações sobre o AGB para o cuidado médico;
- (ii) Reembolsar ao paciente qualquer valor que tenha pago para o cuidado médico que exceda o montante determinada a ser pago pelo paciente elegível ao FAP, a menos que tal montante em excesso seja menos de US\$5, ou qualquer outro valor definido pela Receita Federal dos EUA; e
- (iii) Tomar medidas razoáveis para reverter quaisquer ações de cobrança extraordinárias.

V. Falta de pagamento – Processo judicial

Um Hospital (e qualquer agência de cobrança ou terceiro em posse da dívida) não deve se envolver em qualquer processo judicial de cobrança extraordinária (Extraordinary Collection Action - "ECA") antes de 120 dias após a emissão do primeiro extrato de conta pós alta e antes de fazer esforços razoáveis para determinar se um paciente ou qualquer outra pessoa que tenha responsabilidade financeira a uma conta (pessoa responsável) se qualificam à assistência financeira no âmbito do presente FAP. Qualquer ECA deve ser aprovada pelo Vice-Presidente da Corporate Business Services ou seu designado(s), o qual deve confirmar, antes da aprovação, que os requisitos referentes aos esforços razoáveis para este FAP foram satisfeitos.

Financial Assistance Programs Policy

O Hospital irá seguir o ciclo de faturamento de contas a receber de acordo com os processos e práticas operacionais internas. Como parte de tais processos e práticas, o Hospital irá, no mínimo, notificar os pacientes sobre o FAP, da data em que o cuidado médico foi fornecido até todo o ciclo de faturamento da contas a receber (ou durante um período que seja exigido por lei, o que for maior):

1. Todos os pacientes receberão um resumo em linguagem simples e um formulário de pedido de assistência financeira ao abrigo do FAP como parte da alta ou o processo de admissão de um Hospital.
2. Pelo menos três extratos de conta separados para cobrança a serem pagas pelo paciente serão enviados por correio ou e-mail para o último endereço conhecido do paciente e qualquer outro responsável; desde que, no entanto, após um responsável ter enviado um formulário de pedido preenchido para assistência financeira ao abrigo do FAP ou ter pago a conta por inteiro, não há necessidade de enviar extratos de conta adicionais. Pelo menos 60 dias devem ter decorrido entre o primeiro e o último das três comunicações. O responsável deve fornecer um endereço de correspondência correta no momento em que o serviço foi fornecido ou caso tenha se mudado. Se uma conta não tiver um endereço válido, a determinação de "esforço razoável" terá sido satisfeita. Todos os extratos de conta de pacientes que devem ser pago por eles mesmos irão incluir entre eles:
 - a. Um resumo exato dos serviços hospitalares abrangidos pelo extrato de conta;
 - b. As tarifas para tais serviços;
 - c. O montante necessário a ser pago pela pessoa responsável (ou, se esse valor não for conhecido, uma estimativa em boa fé desse valor a partir da data do extrato de conta inicial); e
 - d. Uma notificação precisa por escrito que notifica e informa a pessoa responsável sobre a disponibilidade de assistência financeira ao abrigo do FAP, incluindo o número de telefone do departamento e endereço do site direto, onde possam ser obtidas cópias dos documentos.
3. Pelo menos um dos extratos de conta enviados por correio ou por e-mail irá incluir um aviso por escrito que informa a pessoa responsável sobre as ECA que se destinam a ser tomada se a pessoa responsável não se inscrever à assistência financeira ao abrigo do FAP ou pagar o valor devido até a data limite da cobrança. Esse extrato de conta deve ser fornecido à pessoa responsável pelo menos 30 dias antes do prazo especificado no extrato. Um resumo em linguagem simples acompanhará este extrato de conta. O responsável deve fornecer um endereço de correspondência correta no momento em que o serviço foi fornecido ou caso tenha se mudado. Se uma conta não tiver um endereço válido, a determinação de "esforço razoável" terá sido satisfeita.
4. Antes do início de qualquer ECA, será feita uma tentativa oral de contatar a pessoa responsável por telefone no último número de telefone conhecido, se for o caso, pelo menos uma vez durante a série de extratos de conta enviados por correio ou e-mail se a conta

Financial Assistance Programs Policy

continuar devida. Durante todas as conversas, o paciente ou a pessoa responsável será informado sobre a assistência financeira que pode estar disponível sob o FAP.

5. Sujeito ao cumprimento das disposições da presente política, um Hospital do YNHHS pode tomar ações de cobrança extraordinárias (ECA) listadas no Anexo 2 desta Política para obter pagamento pelos serviços médicos prestados.

VI. Política de disponibilidade

Cópias do FAP, um resumo em linguagem simples e formulário de pedido do FAP estão disponíveis em <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Cada Hospital disponibiliza cópias do FAP, um resumo em linguagem simples e formulário de pedido do FAP, gratuitamente, por correio ou no departamento de emergência do hospital e em todos os pontos de inscrição em papel em inglês e no idioma principal de qualquer população com proficiência em inglês limitada que constitui menos de 1.000 pessoas ou 5% ou mais da população servida pelo Hospital. Veja o Anexo 3 para obter uma lista de idiomas.

Contate a Corporate Business Services gratuitamente em 855- 547-4584 para obter informações sobre a elegibilidade ou os programas que podem estar disponíveis para você, para solicitar que uma cópia do FAP, um resumo em linguagem simples do FAP, um formulário de pedido do FAP, ou a Política de Faturamento e Cobrança lhe seja enviado, ou se precisar de uma cópia do FAP, um resumo em linguagem simples, ou um formulário de pedido do FAP traduzido para um idioma diferente do inglês. Além disso, os pacientes podem solicitar ao departamento de registro de pacientes, serviços financeiros do paciente e ao assistente social/gestão de caso sobre como iniciar o processo de pedido do FAP.

Esforços adicionais no sentido de divulgar amplamente o FAP incluem publicação de anúncios em jornais de grande circulação; notificação por escrito do FAP em extratos de conta; fornecimento de notificação sobre o FAP em comunicações orais com pacientes sobre o montante devido; e sessões informativas públicas e outras.

VII. Comitê de supervisão de gestão

O FAP será supervisionado por um comitê de supervisão de gestão presidido por um Vice-Presidente Sênior, YNHHS e composto por representantes do Corporate Business Services, serviços financeiros a pacientes, relações com pacientes, departamento financeiro e pessoal médico, se necessário. Este comitê se reunirá pelo menos uma vez por trimestre.

VIII. Cumprimento da Lei Estadual

Todos os Hospitais deverão cumprir as leis estaduais relevantes, incluindo, entre elas, os Estatutos Gerais de Connecticut que governam as Cobranças por parte dos Hospitais de pacientes sem seguro e a *Norma Estadual para o Fornecimento de Cuidados Médicos de Caridade* estabelecidas na Seção 11.3 do Departamento de Normas de Saúde e Regulamentações Referentes às Conversões Hospitalares de Rhode Island (as “Regulamentações de RI”) e a *Norma Estadual para o*

Financial Assistance Programs Policy

Fornecimento de Cuidados Médicos não Recompensados estabelecida na Seção 11.4
Regulamentações de RI.

REFERÊNCIAS

Internal Revenue Code 501 (c) (3)

Internal Revenue Code 501 (c) (3)

Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

Regulamentações 1.3 e 11.4 de RI

POLÍTICAS RELACIONADAS

YNHHS Billing and Collections Policy

Política da YNHHS EMTALA: Exame médico/Estabilização, sobreaviso e transferência

Política do Yale-New Haven Hospital – Distribution of Free Care Funds NC:F-2 (Distribuição de fundos de assistência médica gratuita)

Políticas e procedimentos do Ambulatório do Greenwich Hospital

Financial Assistance Programs Policy

Anexo 1

250% e 550% das diretrizes federais de pobreza (FPG):

	<u>Tamanho da família</u>	<u>100%</u>	<u>250%</u>	<u>550%</u>	
	1	\$12.490	\$31.225	\$68.695	
	2	\$16.910	\$42.275	\$93.005	
	3	\$21.330	\$53.325	\$117.315	
	4	\$25.750	\$64.375	\$141.625	
	5	\$30.170	\$75.425	\$165.935	
	6	\$34.590	\$86.475	\$190.245	
Assistência médica gratuita (Free Care). Adicionar \$11.050 para cada membro da família adicional					
Assistência médica com desconto (Discounted Care). Adicionar \$24.310 para cada membro da família adicional					

Montantes geralmente cobrados (AGB):

Os pacientes elegíveis à assistência financeira ao abrigo desta Política receberão assistência de acordo com o seguinte:

Todos os hospitais da YNHHS:

Renda anual da família	Valor do desconto % dos custos	pagos pelo paciente % dos custos
< ou = 250% de FPG	100%	0
> 250% - 550% FPG	69%	31%

* Para o ano civil de 2019, AGB (% de custos): BH 34%, GH 31,2%, LMH 39,9%, YNH 32,4% e WH 33%

Rev. 12 de fevereiro de 2019

Portuguese

Document Number: 2296 Portuguese

Anexo 2

AÇÕES DE COBRANÇA EXTRAORDINÁRIAS:

Gravames de propriedade

Gravames sobre casa própria são permitidas somente se:

- a) O paciente tiver tido a oportunidade de se inscrever aos fundos hospitalares e não tiver respondido, tiver recusado ou não tiver se qualificado a esses fundos;
- b) O paciente não tiver se inscrito ou não tiver se qualificado a outro tipo de assistência financeira ao abrigo da Política de Assistência Financeira do Hospital, para obter ajuda para o pagamento da dívida, ou tiver se qualificado parcialmente, mas não tenha pago sua parte;
- c) O paciente não tenha tentado fazer o pagamento nem tenha feito um acordo de pagamento, ou não esteja cumprindo os acordos de pagamento entre o Hospital e o paciente;
- d) O agregado dos saldos das contas é superior a US\$10.000 e a propriedade(s) sujeitas ao ônus seja avaliada em pelo menos US\$ 300.000; e
- e) O gravame não resultará em execução hipotecária de uma casa própria.

Anexo 3

Proficiência limitada em inglês Idiomas

Albanês
Árabe
Chinês simplificado
Francês
Crioulo francês Crioulo haitiano
Alemão
Grego
Hindu
Italiano
Japonês
Coreano
Pashto
Persa (Dari)
Persa (Farsi)
Polonês
Português
Português crioulo (cabo-verdiano)
Russo
Espanhol
Swahili
Tagalo
Tigrínia
Turco
Vietnamita