



ASSUNTO: Assistência Financeira e IRS 501(r)	PREPARADO POR: Krysten Blanchette, Director of Revenue Cycle	ENTRADA EM VIGOR: 3 de Maio de 2018	NÚMERO DE APÓLICE: CNE-FIN- 102
PÁGINA: 1 de 6	APROVADO POR: Joseph Iannoni, CFO	SUBSTITUI: Finanças 1	SUBSTITUI:

I. Objetivo. O objetivo desta Política de Assistência Financeira (FAP) é assegurar que o Care New England (doravante identificado como CNE) esteja em conformidade com as normas estabelecidas pelo Estado de Rhode Island e Agências Federais para a Prestação de Serviços de Beneficência e secção §501(r) do Código de Rendimento Interno. A assistência financeira destina-se a garantir que todos os pacientes recebam os serviços essenciais de emergência e outros cuidados de saúde necessários do ponto de vista médico, fornecidos pelo CNE, independentemente da sua capacidade de pagamento. Para o efeito, o CNE ajudará as pessoas que, de outra forma, não têm capacidade para pagar os encargos, conforme determinado pelos critérios de qualificação do CNE, e toma em consideração a capacidade de cada indivíduo para contribuir para o custo dos seus cuidados. A assistência financeira do CNE não se destina a servir como substituto para programas de assistência ou seguro financiado pelo empregador, adquiridos pelo sector privado, por terceiros, financiados pelo estado ou pelo governo.

II. Âmbito. Esta Política aplica-se ao Care New England e a todos os hospitais do Care New England, e as entidades especificadas, conforme definido abaixo:

- Hospital Butler
- Hospital Kent
- Hospital de Mulheres e Crianças (Hospital Women & Infants)
- Serviços Médicos Associados do Hospital Butler, LLC
- Serviços Auxiliares do Hospital Kent, LLC
- Serviços Auxiliares do Hospital de Mulheres e Crianças (W&I), LLC
- Cuidados de Saúde Associados do Hospital de Mulheres e Crianças, LLC
- Affinity Physicians, LLC

Está disponível uma lista de prestadores adicionais, que optam por seguir o Plano de Assistência Financeira do CNE, bem como os prestadores que não participam (Anexo 1), na página do CNE: www.carenewengland.org.

III. Política. Todos os pacientes receberão tratamento para todos os serviços de saúde de emergência e medicamentos necessários, independentemente da sua capacidade de pagamento, conforme descrito na Política do Tratamento Médico de Emergência do CNE e na Lei do Trabalho Ativa (EMTALA). Ao telefonar para o Departamento de Ética e Cumprimento do CNE, através do número de telefone (401) 277-3660, pode obter cópias desta política, gratuitamente.

- A decisão de prolongar a assistência financeira irá basear-se, exclusivamente, na situação financeira do candidato, conforme indicado pelos requisitos de elegibilidade pré-determinados, e será concedida a todos os pacientes qualificados, independentemente de raça, cor, religião, idade, nacionalidade, estado civil ou condição protegida pela lei. Esta política será uniformemente aplicada a qualquer paciente que não tenha seguro ou seguro de saúde insuficiente.
- Os pacientes são elegíveis para assistência financeira para serviços de saúde de emergência e todos os medicamentos necessários. Os serviços de saúde medicamente necessários são definidos como serviços hospitalares que são razoavelmente necessários para fazer um diagnóstico, corrigir, curar ou prevenir o agravamento de condições que ponham em risco a vida ou causem sofrimento ou dor, ou resultem em doença ou enfermidade, ou ameacem causar ou agravar uma deficiência, ou causar deformidade física ou mau funcionamento, e não há outro tratamento igualmente eficaz, mais conservador ou substancialmente menos dispendioso disponível ou adequado para a pessoa que solicita o serviço.
- Os pacientes que se qualificam para a Prestação de Serviços de Beneficência (CNE Charity Care) são elegíveis para a cobertura de prescrição gratuita ou com desconto. A prescrição deve ser relacionada e conforme os cuidados prestados por uma Entidade Coberta do CNE 340B (Hospitais de Cuidados Críticos dentro do Sistema do Care New England). Quando os elementos da definição do paciente 340B são satisfeitos (conforme estabelecido pelo HRSA – Administração de Recursos e Serviços de Saúde), um medicamento 340B pode ser utilizado.

IV. Definições. Os termos em maiúsculas não definidos abaixo, mas usados nesta Política, terão os significados atribuídos a eles nesta Política.

- *Valor Geralmente Cobrado (AGB):* De acordo com o Código de Rendimento Interno (“IRC”) §501(r)(5), em caso de emergência ou outros cuidados médicos necessários, os valores geralmente cobrados por emergência ou outro cuidado medicamente necessário para indivíduos que tenham seguro para cobrir tais cuidados.
- *Porcentagem de Valor Geralmente Cobrado:* Uma porcentagem das cobranças brutas que uma instituição hospitalar usa para determinar o AGB para qualquer emergência ou outro cuidado medicamente necessário que ele fornece a um indivíduo que é elegível para assistência sob esta FAP (Política de Assistência Financeira).
- *Período de Inscrições:* O período em que um indivíduo pode solicitar assistência financeira. Para satisfazer os critérios descritos no IRC §501 (r) (6), o CNE permite aos indivíduos até 240 dias, a partir da data em que o indivíduo recebe a primeira declaração de cobrança pós-alta, para solicitar assistência financeira.
- *Critérios de Elegibilidade:* Os critérios estabelecidos pela Política de Assistência Financeira (FAP) (e apoiados por procedimento) usados para determinar se um paciente se qualifica ou não para receber assistência financeira.
- *Condições médicas de emergência:* Definido de acordo com o significado da secção 1867 da Lei da Segurança Social (42 U.S.C. 1395dd)
- *Ações Extraordinárias de Cobrança (“ECAs”):* Inclui qualquer uma das seguintes ações tomadas pelo CNE contra o indivíduo relacionado com a obtenção de pagamento de uma fatura de cuidados abrangidos pela FAP (Política de Assistência Financeira). As ECAs (Ações Extraordinárias de Cobrança) incluem, mas não estão limitadas a ações que exigem um processo legal ou judicial, divulgação de

informações adversas a agências de crédito ao consumidor ou departamentos de crédito, colocação de penhor e/ou execução de bens imóveis, anexação ou apreensão de uma conta bancária ou penhora de salários, e adiando, negando ou exigindo pagamento antes de prestar assistência médica sem emergência devido ao não pagamento da dívida para os cuidados anteriormente prestados cobertos pela Política.

- *Família*: Utilizando a definição do Departamento do Censo, um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e que são relacionadas por nascimento, casamento, união civil ou adoção.
- *Rendimento Familiar*: O rendimento familiar é determinado usando a definição do Departamento de Censo (Census Bureau), que usa o rendimento seguinte ao calcular as diretrizes para a pobreza:
 - Rendimentos ganhos, indenização por desemprego, indenização do trabalhador, Segurança Social, rendimento suplementar de Segurança, assistência pública, pagamentos de veteranos, benefícios de sobreviventes, pensão ou reforma, juros, dividendos, arrendamentos, direitos de autor (royalties), rendas de propriedades, fundos de investimento, assistência educacional, pensão de alimentos, apoio à criança, assistência de fora do agregado familiar e outros recursos diversos.
- *Elegível para FAP (Política de Assistência Financeira)*: Indivíduos que são elegíveis para assistência financeira total ou parcial, sob esta política.
- *Diretrizes federais sobre o limiar da pobreza*: As diretrizes federais do limiar da pobreza (“FPL”) são estabelecidas, anualmente, pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos e são usadas dentro das FAP para determinar a elegibilidade financeira.
- *Assistência Financeira*: Serviços gratuitos ou com desconto de assistência médica oferecidos a indivíduos que não podem pagar por todos ou parte dos seus serviços médicos.
- *Encargos Brutos*: O preço total estabelecido para cuidados médicos que é consistente e uniformemente cobrado aos pacientes antes de aplicar quaisquer abonos contratuais, descontos ou deduções.
- *Resumo de Linguagem Simples (“PLS”)*: Uma declaração escrita que notifica um indivíduo que o CNE oferece assistência financeira ao abrigo da FAP e fornece informações adicionais de forma clara, simples, breve e fácil de entender.
- *Com seguro insuficiente*: Um indivíduo que possui algum nível de cobertura de seguro ou de terceiros, mas ainda tem custos de assistência médica de gastos próprios que excedem as suas capacidades financeiras. O não assegurado na totalidade inclui, mas não está limitado a, dedutíveis, participação, copagamentos, benefícios esgotados e limites de benefícios vitalícios.
- *Sem seguro*: Um indivíduo que não tem nível de cobertura de seguro ou de terceiros, incluindo Medicare, Medicaid ou qualquer outro programa de seguro comercial ou do governo, para ajudar a pagar os seus serviços de saúde.
- *Serviços sem cobertura*: Serviços que não são cobertos pelo plano de benefícios/seguro do paciente e, portanto, não serão pagos pelo plano de seguro do paciente.

V. Procedimento

1. Os pacientes que não têm seguro de saúde ou cobertura de seguro de saúde insuficiente são elegíveis para se candidatar ao programa. Para ser considerado a ter assistência

financeira sob a Política de Assistência Financeira, o paciente e/ou representante legal deve apresentar uma Solicitação de Assistência Financeira completa (incluindo documentos/informações relacionadas) (Anexo 2) e deve cooperar com o CNE ao fornecer as informações e documentação necessárias para se candidatar a outros recursos financeiros existentes que possam estar disponíveis para pagar os seus cuidados de saúde, como o Medicare, o Medicaid, o Ritecare, responsabilidade de terceiros, etc.

2. A Política de Assistência Financeira do CNE, o Resumo de Linguagem Simples (PLS), o formulário de candidatura e os documentos exigidos estão disponíveis na página do CNE: www.carenewengland.org. Além disso, os indivíduos podem, gratuitamente, solicitar documentos pelo correio, telefonando para o número (401) 921-7200, ou pessoalmente, em qualquer um dos seguintes locais do Hospital do CNE: *O CNE também divulgará esta FAP e o PLS nas entidades que servimos.*
 - Hospital Butler: 345 Blackstone Boulevard, Providence RI 02906
 - Gabinete de Serviços Financeiros para Pacientes, Edifício Sawyer, 1.º
 - Horário de atendimento: Segunda a Sexta, das 8:00 às 16 horas
 - Telefone: (401) 455-6240
 - Hospital Kent: 455 Tollgate Road, Warwick, RI 02886
 - Escritório Comercial, 2.º andar
 - Horário de atendimento: Segunda a Sexta, das 8:00 às 16:30 horas
 - Telefone: (401) 921-7200
 - Hospital de Mulheres e Crianças (Hospital Women & Infants): 101 Dudley Street, Providence RI 02905
 - Escritório Comercial, 1.º andar
 - Horário de atendimento: Segunda a Sexta, das 8:00 às 16:30 horas
 - Telefone: (401) 921-7200
 - A Assistência Financeira pode ser acedida da seguinte forma:
 - Os pacientes ou os seus representantes podem solicitar assistência financeira
 - Os funcionários do CNE podem encaminhar pacientes ou os seus representantes
 - Os médicos de referência podem encaminhar os pacientes ou os seus representantes
3. A assistência financeira total será concedida a pacientes cujo rendimento familiar bruto seja menor ou igual a 200% do Nível de Pobreza Federal (FPL), ajustados para o tamanho da família, desde que esses pacientes não sejam elegíveis para outra cobertura de saúde pública ou privada e não exceder o limite de proteção de ativos. Nos casos em que o paciente/fiador se qualifica para Assistência Financeira sob o critério de rendimento, mas não preenche o critério de ativos, o CNE fornecerá o maior desconto oferecido na escala móvel. A responsabilidade máxima para o paciente/fiador será os ativos reais menos os limites de ativos aplicáveis ou o teto máximo. Limitações conforme definidas por Rhode Island e pelos regulamentos Federais, incluindo IRS §501(r), o que for menor (por favor consulte, abaixo, o item 6).
4. Os pacientes com rendimento bruto entre os 201% e 300% da FPL e que não excedam o limite de proteção de ativos, também são elegíveis para assistência financeira para uma parte da conta médica, com base numa escala

móvel (**Anexo 3**). A responsabilidade financeira do paciente está sujeita a limites máximos, conforme definido pelo Estado de Rhode Island e pelas regulamentações federais, inclusive o IRS §501(r) ou conforme definido periodicamente pelo CNE. A responsabilidade máxima cobrada ao paciente/fiador não excederá o menor do AGB, lei estatal ou qualquer outro critério estabelecido pelo CNE. As informações relacionadas com as limitações estabelecidas pelo CNE, bem como com a escala móvel, podem ser obtidas gratuitamente através do Serviço de Atendimento ao Cliente do CNE, através do número de telefone (401) 921-7200.

5. O CNE seguirá os procedimentos de cobrança estabelecidos para obter o pagamento de indivíduos com uma obrigação financeira após a aplicação do cronograma de taxa variável, conforme descrito na Política de Cobrança e Faturação do CNE. No momento da alta, os pacientes não segurados serão notificados da Assistência Financeira. Todos os pacientes, segurados e não segurados, também serão notificados pela PAF através do processo de declaração de faturação do paciente, por 120 dias após a primeira declaração de faturação pós-alta para atendimento (“Período de Notificação”). Os indivíduos, também, podem solicitar documentos de Assistência Financeira pelo correio, através do número de telefone (401) 921-7200 ou, pessoalmente, em qualquer um dos locais do Hospital do CNE (ver item 2).
6. Para ser 100% elegível para assistência financeira ou assistência financeira parcial, o máximo de ativos líquidos (excluindo uma residência principal e automóvel pessoal) não deve exceder os limiares indicados na Escala Móvel para unidades individuais e familiares e aumentado, anualmente, de acordo com o mais atualizado Índice de Preços ao Consumidor. Caso esses limites impeçam que a qualificação de um indivíduo se qualifique para o(s) programa(s) de Assistência Financeira de Rhode Island, o CNE substituirá esses limites pelos utilizados pelos programas de Assistência Médica de Rhode Island. Os limites de Assistência Médica de Rhode Island podem ser encontrados na página: <http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
 - Uma unidade familiar, usando a definição do Censo, é um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e que são relacionadas por nascimento, casamento, união civil ou adoção.
 - O valor ou a percentagem do total de cobranças faturadas na parte paga privada será igual ou inferior ao Valor Geralmente Cobrado (AGB) (**Anexo 4**), conforme definido: De acordo com o Código de Rendimento Interno (“IRC”) §501(r) (5), em caso de emergência ou outros cuidados médicos necessários, os valores geralmente cobrados por emergência ou outro cuidado medicamente necessário para indivíduos que tenham seguro para cobrir tais cuidados.
 - Resumo (PLS) e prazo de 30 dias para o indivíduo fornecer a informação. O CNE também suspenderá quaisquer ECAs (Ações Extraordinárias de Cobrança) para obter o pagamento por atendimento, durante esse período. Os indivíduos receberão um número de telefone para ligar com qualquer dúvida sobre as informações adicionais ou a documentação necessária.
 - Exceções que ultrapassam os benefícios da política padrão devem ser aprovadas pelo vice-presidente do Ciclo de Rendimento ou o seu representante.
 - Se for recebida uma inscrição incompleta da FAP (Política de Assistência Financeira), o CNE fornecerá ao indivíduo uma notificação, por escrito, que descreve as informações adicionais ou a documentação necessária para tomar uma decisão elegível para a FAP, juntamente com a Linguagem Simples.

7. O paciente/fiador pode recorrer da recusa de elegibilidade para assistência financeira, fornecendo uma verificação adicional de rendimento ou tamanho da família, dentro de 30 (trinta) dias da receção da notificação de recusa. Todos os recursos serão analisados pelo vice-presidente do Ciclo de Rendimento ou o seu designado para determinação final. Pela definição do CNE, um recurso requer uma revisão por um nível de gestão de, pelo menos, uma nota maior do que a do revisor original. Um pedido de recurso deve ser processado dentro de 30 dias a partir da receção de um pedido de recurso. A notificação, por escrito, dos resultados do recurso, deve ser fornecida ao paciente/fiador.
8. **Montante Cobrado:** O montante ou percentagem do total de custos cobrados na parte de pagamento privado não será maior do que o Valor Geralmente Cobrado (AGB), conforme estipulado no regulamento do IRS §501(r)(5).
9. Se um paciente não tem seguro e cumpre os critérios para se qualificar para um desconto não segurado, conforme definido na Política de Crédito do CNE, a responsabilidade máxima cobrada ao paciente/fiador não excederá o menor do AGB, da lei estatal ou qualquer outro critério definido pelo CNE.

Programas com Desconto:

- **Desconto de benefício comunitário:** Todos os pacientes não segurados recebem um desconto de 30% para os serviços medicamente necessários, independentemente da sua capacidade de pagamento.
 - **Desconto de Pagamento Antecipado:** Os pacientes que estão segurados ou tenham seguro insuficiente e procuram serviços medicamente necessários que não sejam um benefício coberto pelo seu plano de seguro, têm direito a um desconto ou podem apresentar um pedido de assistência financeira. Todos os pacientes não segurados são elegíveis para receber um desconto de 44% para o pagamento da responsabilidade esperada, antes ou na data do serviço. Este desconto será aplicado a qualquer responsabilidade adicional inesperada, desde que o paciente remeta o pagamento total no prazo de trinta (30) dias após a fatura final. Após os serviços serem prestados, não existirão outras exceções para desconto. Os serviços de IVF (fertilização in vitro) são a exclusão a esta política e os pacientes podem receber um desconto se o benefício não estiver coberto pela apólice de seguro do paciente. No caso do pagamento do passivo esperado exceder a exigência de 44%, o CNE emitirá um reembolso ao paciente, no prazo de 30 dias, após as cobranças serem finalizadas.
 - **Desconto de Pagamento Imediato:** Todos os pacientes não segurados que ainda não tenham beneficiado do desconto do pagamento antecipado têm direito a um desconto de 10% sobre o saldo, desde que o paciente remeta o pagamento total, dentro de 30 (trinta) dias da faturação final.
10. O CNE reserva-se no direito de revogar a assistência financeira se determinar que um paciente deturpou conscientemente a sua condição financeira, o número de dependentes ou qualquer outra informação necessária para determinar a situação financeira para fins desta política.
 11. O “Aviso de Assistência Financeira Hospitalar” estará disponível nas páginas do CNE, faturação de pacientes e mediante solicitação. Também será afixado nos Departamentos de Emergência, nos átrios principais, escritórios e nas áreas de admissão/registo, do CNE.
 12. Os Critérios de Auxílio Financeiro devem estar disponíveis noutros idiomas, de acordo

com os “Normas para Serviços Apropriados Cultural e Linguisticamente em Cuidados de Saúde” (Normas 4 e 7, com base no Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964). Eles devem ser aprovados pelo Diretor e disponibilizados a todas as pessoas mediante solicitação. O CNE irá fazer todos os esforços para garantir que as políticas sejam claramente comunicadas aos pacientes, cujos idiomas primários são idiomas diferentes dos já fornecidos. Os serviços de tradução podem ser fornecidos mediante solicitação.

APROVADO [5/3/18]
REVISTO [11/20/18]