

Política de crédito e cobrança

Finalidade

Esta Política de crédito e cobrança descreve as práticas de cobrança, crédito e recebimento aplicáveis aos pacientes do The Children's Hospital Corporation (nome fantasia Boston Children's Hospital, denominado aqui como "o Hospital"). Conforme descrito aqui, está disponível uma lista de clínicas, localizações e outras instalações do Hospital que fornecem Atendimento emergencial e Serviços clinicamente necessários aos quais esta Política de crédito e cobrança se aplica. Além disso, certas disposições desta Política de crédito e cobrança, conforme especificamente identificadas neste documento, aplicam-se aos serviços prestados em instalações do Hospital ou nas instalações da Fundação médica do hospital (as "Fundações"), em que pessoal e sistemas de apoio administrativo são oferecidos pelo Hospital, por médicos da Fundação. Esta não se aplica à Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC, nome fantasia Boston Children's Pharmacy, nem a qualquer produto farmacêutico fornecido pela Boston Children's Pharmacy.

Cláusulas da Política

1. O Hospital e as Fundações estão comprometidos em atender crianças que necessitam de cuidados, independentemente da capacidade de pagar.
2. Esta Política de crédito e cobrança se aplica a todo Atendimento emergencial e outros Serviços clinicamente necessários (conforme definido abaixo) fornecidos pelo Hospital. Além disso, certas disposições desta Política de crédito e cobrança se aplicam aos Serviços clinicamente necessários fornecidos pelas Fundações em determinados locais da Fundação. O Atendimento emergencial e outros Serviços clinicamente necessários não incluem procedimentos estéticos voluntários.
3. O Hospital fornecerá Atendimento emergencial a todos os pacientes, sem discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, condição de estrangeiro, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiência ou status de Paciente de baixa renda (definido abaixo) e aplicará as políticas e procedimentos descritos nesta Política de crédito e cobrança sem discriminação. O Hospital proíbe quaisquer ações que desencorajem os indivíduos de procurarem Atendimento emergencial, como exigir que os pacientes do departamento de emergência paguem antes de receber tratamento para Condições médicas emergenciais ou permitir atividades de cobrança de dívidas que interfiram no fornecimento, sem discriminação, de Atendimento emergencial.
4. O Hospital e as Fundações, de acordo com sua Política de assistência financeira, auxiliarão os pacientes/Fiadores (definidos abaixo) no processo de preenchimento

de inscrições para Programas de saúde pública disponíveis (definidos abaixo), sempre que possível.

Todos os direitos reservados

5. O Hospital e as Fundações podem fornecer assistência financeira a pacientes que atendam aos critérios de elegibilidade descritos em sua Política de assistência financeira.
6. O Hospital e as Fundações irão (a) abster-se dos esforços de cobrar o pagamento por Atendimento emergencial e Serviços clinicamente necessários (definidos abaixo) de pacientes que estão isentos de ação de cobrança de acordo com esta Política de crédito e cobrança; (b) reembolsar quaisquer cobranças recebidas de tais pacientes por Atendimento emergencial e Serviços clinicamente necessários; e (c) compartilhar informações entre si sobre o seguro dos pacientes e sua elegibilidade para programas públicos ou hospitalares.
7. O Hospital e as Fundações podem, de acordo com esta Política de crédito e cobrança e com sua Política de desconto para paciente não segurado, conceder descontos além daqueles disponíveis em sua Política de assistência financeira, caso a caso, a fim de reconhecer casos individuais de dificuldade financeira.

Definições

Valores geralmente cobrados (Amounts Generally Billed - AGB): Os valores geralmente cobrados por Serviços clinicamente necessários de indivíduos que possuem seguro que cubra tais serviços. O AGB será calculado usando o "Método Look-Back" e conforme descrito mais detalhadamente na Política de assistência financeira do Hospital, na seção intitulada "Limitação de encargos".

Renda contabilizável: Conforme definido nos regulamentos do Health Safety Net.

Serviços elegíveis: Encargos do Hospital ou Centros de saúde comunitários que são elegíveis para pagamento pelo Health Safety Net de acordo com os seus regulamentos.

Condição médica emergencial: Uma condição médica, seja física ou mental, que se manifesta por sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor intensa. Nessa situação, uma pessoa leiga prudente, com algum conhecimento sobre saúde e medicina, acreditaria que a ausência de atendimento médico imediato poderia resultar em risco sério a saúde da pessoa em questão ou de outra pessoa, comprometer condição física ou causar disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou, em relação a uma mulher grávida, conforme definido no Título 42 do USC Seção 1395dd(e)(1)(B).

Atendimento emergencial: Serviços clinicamente necessários fornecidos a um indivíduo em uma Condição médica emergencial.

Nível de pobreza federal (Federal Poverty Level - FPL): Limites de receita publicados anualmente pelo Departamento de saúde e serviços humanos dos Estados Unidos.

Fiador: Uma pessoa ou grupo de pessoas, incluindo, sem limitação, os pais, tutores legais e outros membros da família de um paciente que assumem a responsabilidade pelo pagamento total ou parcial dos encargos do Hospital ou Fundações pelos serviços.

Health Safety Net: O programa de pagamento estabelecido e administrado de acordo com M.G.L. c.188E, Seção 65.

Regulamentos do Health Safety Net: Os regulamentos estabelecidos em 101 CMR 613.00, et. Seq.

Residente de Massachusetts: um residente da Comunidade de Massachusetts que atende aos critérios estabelecidos em 130 CMR 503.002.

MAGI do MassHealth: Renda bruta ajustada modificada usada para determinar a elegibilidade para o MassHealth, incluindo, sem limitação, os períodos de tempo aplicáveis para medir a renda MAGI para determinar a elegibilidade do MassHealth.

Medical Hardship: Um tipo de elegibilidade do Health Safety Net disponível para residentes de Massachusetts em qualquer nível de Renda contabilizável cujas despesas médicas permissíveis tenham esgotado sua renda contabilizável ou a do fiador, tornando-os incapazes de pagarem pelos Serviços elegíveis, conforme descrito em 101 CMR 613.05.

Serviços clinicamente necessários: Serviços que são razoavelmente esperados para evitar, diagnosticar, prevenir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam a vida em risco, causam sofrimento ou dor, causam disfunção ou deformidade física, ameaçam causar ou agravar uma deficiência ou resultar em doença ou enfermidade.

Serviços não cobertos: Serviços não cobertos incluem serviços (a) não incluídos como benefícios cobertos/serviços elegíveis no Plano de saúde privado ou Programa de assistência de saúde pública do paciente e pelos quais o paciente é financeiramente responsável pelo pagamento ao(s) provedor(es) de tais serviços; (b) incluídos como benefícios/serviços elegíveis cobertos, mas que são fornecidos após o paciente ter esgotado todos os benefícios de seu Plano de saúde privado ou Programa de assistência à saúde pública; ou (c) que são prestados por um provedor que não está incluído na rede do Plano de saúde privado ou Programa de assistência à saúde pública do paciente. Os serviços não cobertos não incluem o Atendimento emergencial.

Responsabilidade financeira do paciente: Todos os pagamentos, as coparticipações e as franquias que devem ser pagos pelo paciente/Fiador nos termos do Plano de saúde privado ou Programa de assistência à saúde pública no qual o paciente está inscrito ou para o qual o paciente está qualificado.

Plano de saúde privado: Cobertura de serviços de saúde prestados por seguro saúde, plano de saúde ou outra cobertura ou por qualquer outro plano de saúde, de previdência ou outro plano, fundo ou fidúcia estabelecido com a finalidade de pagar ou resolver de outra forma o pagamento de serviços de saúde prestados aos inscritos, cobertos ou qualificados por tal seguro, plano ou programa.

Afiliados provedores: Os médicos individuais, grupos médicos e outras pessoas e entidades que prestam Atendimento emergencial e outros Serviços clinicamente necessários no Hospital, incluindo quaisquer clínicas do Hospital e quaisquer centros de saúde licenciados pelo Hospital. Uma lista dos Afiliados provedores do Hospital está disponível conforme descrito nesta Política de crédito e cobrança.

Programas de assistência à saúde pública: Programas estabelecidos por um governo estadual ou federal para pagar ou de outra forma arcar com o custo dos serviços de saúde cobertos/elegíveis fornecidos a indivíduos que atendem aos critérios de qualificação do programa. Os programas de assistência de saúde pública incluem, entre outros, o MassHealth, o Health Safety Net, os planos subsidiados oferecidos de acordo com o Affordable Care Act, como os planos ConnectorCare, o Children's Health Insurance Program (CHIP), outros programas do Medicaid e Medicare.

Outros financiamentos: Incluem outros recursos e fontes de financiamento de posse, disponíveis para, ou em benefício do paciente/Fiador, que podem ser usados para pagar o tratamento do paciente, incluindo, sem limitação, aqueles de organizações de caridade, parentes, amigos e outros terceiros e fundos fiduciários (incluindo fundos disponíveis em crowdfunding e outros métodos similares para arrecadação de fundos).

Atendimento urgente: Serviços clinicamente necessários fornecidos pelo Hospital após o estabelecimento de uma condição médica, física ou mental, que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa). Nessa situação, uma pessoa leiga prudente acreditaria que a ausência de atendimento médico em 24 horas poderia razoavelmente resultar em risco para a saúde de um paciente, comprometimento das funções corporais ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de atendimento urgente são fornecidos para condições que não apresentem ameaça à vida e que não representam um elevado risco de danos graves à saúde de um indivíduo. Os serviços de atendimento urgente não incluem serviços eletivos.

Classificação de serviços/adiamento ou recusa de serviços

As pessoas podem se apresentar, ou ser levadas, para tratamento não programado no Departamento de emergência do Hospital. Elas também podem se apresentar, ou ser levadas, ao Campus principal do Hospital e solicitar exame ou tratamento para o que pode ser uma Condição médica emergencial ou podem ter tal pedido feito em seu nome. Todo paciente que se apresentar para receber Atendimento emergencial será avaliado, independentemente de cobertura do seguro ou da capacidade de pagar, de acordo com o EMTALA (Emergency Treatment and Labor Act). Após a avaliação de um paciente no Departamento de emergência, o médico responsável desse departamento classifica os serviços como Atendimento emergencial ou Atendimento urgente (de acordo com as definições apresentadas anteriormente) ou como Não urgente.

Serviços opcionais ou serviços agendados são classificados como Não urgentes e, por isso, não são considerados Atendimento emergencial ou Atendimento urgente, independentemente do local em que são prestados. Tais classificações são usadas

pelo Hospital para fins de determinação de cobertura de dívidas incobráveis de atendimento urgente e de emergência segundo o Health Safety Net.

O Hospital proíbe quaisquer ações que desencorajem os indivíduos de procurarem Atendimento emergencial, como exigir que os pacientes do departamento de emergência paguem antes de receber tratamento para Condições médicas emergenciais ou permitir atividades de cobrança de dívidas que interfiram no fornecimento, sem discriminação, de Atendimento emergencial.

Além disso, o Hospital não irá adiar ou recusar o tratamento de pacientes que se apresentem para Atendimento emergencial ou Atendimento urgente ou que estejam inscritos em um Programa de assistência à saúde pública, apenas por considerações financeiras. O Hospital reserva-se o direito de adiar ou recusar a prestação de serviços que não sejam Atendimento emergencial ou Urgente a um paciente, incluindo as situações em que o paciente/Fiador se recusa a cumprir os requisitos de caução ou não dispõe de recursos para pagar pelos serviços de forma particular ou através de outros financiamentos e recusa-se a solicitar ou usar a cobertura de Plano de saúde privado ou Programas de assistência de saúde pública disponíveis ou para os quais o paciente é elegível ou se recusa a fornecer a documentação necessária para tal solicitação.

Procedimentos para a coleta de informações financeiras do paciente/Fiador

A. Aquisição de informações: Antes da prestação de quaisquer serviços de saúde (exceto em casos de Atendimento emergencial e Atendimento urgente), o paciente/Fiador deve fornecer informações oportunas e precisas sobre a cobertura do paciente por Plano de saúde privado ou Programa de assistência à saúde pública ou sobre a qualificação do paciente para tal cobertura; informação demográfica; mudanças no status da cobertura do Plano de saúde privado ou do Programa de assistência à saúde pública; e informações sobre pagamentos, coparticipações e franquias que são devidos com base na cobertura existente do paciente ou outras obrigações de pagamento. As informações detalhadas podem incluir:

1. Nome completo do paciente, endereço, número de telefone, endereço de email, data de nascimento, número do CPF (se disponível), cobertura atual do Plano de saúde privado ou de Programa de assistência à saúde pública, informações de cidadania e residência e sobre os recursos financeiros do paciente/Fiador que podem ser usados para pagar pelo atendimento do paciente;
2. Nome completo do Fiador do paciente, endereço, número(s) de telefone, endereço de e-mail, data de nascimento, número CPF (se disponível), cobertura atual do Plano de saúde privado ou de Programa de assistência à saúde pública e recursos financeiros que podem ser usados para pagar pelo atendimento do paciente; e
3. Outros recursos que podem ser usados para pagar pelo atendimento do paciente, incluindo, sem limitação, outros fundos, outros programas de seguro, apólices de seguro automotivos ou residenciais se o tratamento foi devido a um acidente, programas de indenização do trabalhador e apólices de seguro de estudante.

4. Documentação que evidencia as informações descritas acima.

Quando as informações exigidas ou a verificação aceitável das informações não forem fornecidas no momento em que uma internação ou consulta ambulatorial for agendada, serão feitas tentativas sucessivas de coleta das informações necessárias, durante o pós-alta/pós-atendimento.

B. Pontos de coleta de dados: Os tópicos a seguir identificam os pontos em que uma tentativa de coleta de informações será feita e por quem:

1. **Ao agendar uma consulta de admissão ou ambulatorial:** O consultório médico ou membro da equipe do hospital que está agendando o serviço solicitará informações financeiras.
2. **Durante a verificação das informações do paciente:** A equipe de Serviços financeiros do paciente, consultório médico ou equipe do hospital que verifica as informações do paciente, antes do atendimento, pode solicitar informações financeiras, se necessário.
3. **Dia da admissão/período do atendimento; durante a internação; no momento da alta; e pós-alta/após o período do atendimento:** Serviços financeiros ao paciente, Coordenadores de atendimento ao paciente ou Gerentes de atendimento, conforme aplicável. Quando qualquer aspecto das informações financeiras do paciente/Fiador for questionado, o paciente/Fiador poderá ser encaminhado aos Serviços financeiros do paciente para esclarecer as informações. Esse processo se aplica aos serviços agendados e Atendimento emergencial (assim que razoavelmente possível após o atendimento ou admissão, de acordo com a EMTALA).
4. **Atendimento emergencial:** A equipe de registro do Departamento de emergência entrevistará, obterá e verificará todas as informações financeiras e dados do paciente necessários, assim que permitido pelos regulamentos da EMTALA. As informações não obtidas no momento do atendimento ou da admissão serão solicitadas por meio de contatos e entrevistas com o paciente/Fiador durante a internação do paciente ou no momento da alta, se todas as outras tentativas forem malsucedidas. Se autorizado pelo paciente/Fiador, serão feitos contatos com outras pessoas para obter informações visando avaliar a capacidade de pagamento do paciente/Fiador pelos serviços prestados.

Além disso, os pacientes/Fiadores podem fornecer informações usando o portal do paciente do Hospital ou um dos quiosques de check-in que estão localizados em várias áreas do Hospital.

C. Verificação das informações financeiras do paciente por parte do Hospital: A equipe de Serviços financeiros do paciente, a equipe administrativa do departamento clínico ou os Coordenadores de atendimento ao paciente farão esforços razoáveis e diligentes para verificar as informações financeiras fornecidas pelo paciente o mais rapidamente possível depois de fornecidas, até o momento da alta ou da prestação de um serviço ambulatorial. Para serviços prestados a um paciente não segurado, a equipe de Serviços financeiros ao paciente verificará, por meio do programa MassHealth e/ou dos sistemas de verificação do Escritório executivo de Massachusetts do Departamento de saúde e serviços humanos, se o paciente é elegível ou apresentou um pedido para o MassHealth, ConnectorCare ou outros programas de Assistência à saúde pública. Se as informações não puderem ser verificadas antes do momento da alta ou da prestação de um serviço ambulatorial, o Departamento de serviços financeiros ao paciente ou seus agentes

podem tentar verificar as informações durante o processo de faturamento e cobrança.

Os esforços razoáveis e diligentes do Hospital para verificar as informações do paciente incluirão, entre outros, solicitação de informações sobre a cobertura do paciente e elegibilidade para cobertura; verificação das bases de dados de planos de saúde públicos ou privados disponíveis; verificação da responsabilidade de um terceiro pagador conhecido; apresentação de solicitações a todos os planos de saúde responsáveis identificados e atendimento dos requisitos de faturamento e autorização de tais planos de saúde e apresentação de recurso à solicitação negada quando o serviço deverá ser pago no todo ou em parte por uma seguradora.

O Hospital também realizará esforços razoáveis e diligentes para investigar se o recurso de um terceiro pode ser responsabilizado pelos serviços fornecidos pelo Hospital, incluindo, entre outros: (1) uma apólice de seguro de automóvel ou imóvel, (2) apólices gerais de proteção contra acidentes ou lesões pessoais, (3) programas de indenização de trabalhadores e (4) apólices de seguro de estudante, entre outros. Após a identificação de um recurso de terceiro responsável com relação a quaisquer serviços pelos quais o Hospital tenha recebido pagamento do programa Health Safety Net, o Hospital retornará tal pagamento a esse programa. O Hospital informará os pacientes sobre sua responsabilidade de informar o Programa de assistência de saúde pública apropriado sobre quaisquer mudanças na renda ou no status do seguro.

D. Liberação de informações/cessão de benefícios: Poderá ser solicitado ao paciente/Fiador que assine uma cessão de benefícios de seguro ou outras fontes de pagamento de terceiros (por exemplo, pagamentos resultantes de ações de responsabilidade civil) diretamente ao Hospital pelos serviços prestados e uma autorização para divulgar informações, conforme necessário, para possibilitar a cessão de tais benefícios. A autorização também deverá indicar que o paciente/Fiador pode ser financeiramente responsável pelas cobranças não cobertas pela cessão.

E. Confirmação de responsabilidade financeira para serviços não cobertos: Quando uma autorização exigida por Plano de saúde privado, Programa de assistência à saúde pública ou outro pagador responsável do paciente não for obtida antes da prestação dos serviços, ou quando um serviço não for coberto por Plano de saúde privado ou Programa de assistência à saúde pública do paciente, incluindo, entre outras situações, quando o Hospital ou médico não for um provedor da rede de acordo com a cobertura do Plano de saúde privado ou Programa de assistência à saúde pública, será solicitado ao paciente/Fiador que assine uma declaração reconhecendo que ele foi notificado da ausência da autorização necessária ou da falta de cobertura dos serviços e informando-o da sua responsabilidade financeira pelos serviços que, em última análise, foram considerados Serviços não cobertos.

Se a qualquer momento durante o curso de tratamento do paciente for determinado que o paciente/Fiador não poderá fazer o pagamento, o paciente/Fiador que não pode pagar pelos serviços prestados será encaminhado aos conselheiros financeiros do Hospital para assistência na identificação de algum Plano de saúde privado ou Programa de assistência à saúde pública a que eles possam ser elegíveis e qualquer assistência financeira e/ou programas de desconto para os quais eles possam se qualificar.

Pagamento

De modo geral, espera-se que o pagamento integral seja feito após o recebimento de uma conta do Hospital. Em última análise, é obrigação do paciente/Fiador fazer o acompanhamento e pagar, dentro do prazo, as contas em aberto do atendimento feito ao paciente pelo Hospital, incluindo quaisquer pagamentos e seguros compartilhados e franquias.

A. Depósitos/responsabilidade financeira do paciente

1. **Atendimento emergencial:** O Hospital não exigirá um depósito caução de pré-tratamento ou pagamento de qualquer Responsabilidade financeira do paciente de qualquer paciente/Fiador como condição para receber Atendimento emergencial, independentemente da sua capacidade de pagamento.
2. **Serviços não emergenciais:** O Hospital pode exigir um depósito de préadmissão ou pagamento de qualquer Responsabilidade financeira do paciente por serviços não emergenciais de internação ou ambulatório de um paciente/Fiador, se o paciente não tiver cobertura suficiente para os serviços a serem prestados, não estiver isento de ações de cobrança e não aderiu a um Plano de pagamento com o Hospital.
3. **Disposições especiais para pacientes que se qualificaram para a cobertura do Programa Health Safety Net:** Nenhum paciente qualificado como Paciente de baixa renda será obrigado a pagar um depósito caução, exceto nas seguintes condições: (a) Um paciente considerado um Paciente de baixa renda com exigência de franquia pode ser obrigado a fornecer um depósito de até 20% do valor de sua franquia, até US\$ 500; e (b) Um paciente elegível para o Medical Hardship pode ser solicitado a fornecer um depósito de até 20% de sua contribuição para o Medical Hardship, até US\$ 1.000. Todos os saldos restantes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas na 101 CMR 613.08.

B. Descontos: Descontos em contas de pacientes não se qualificam para o Health Safety Net e não serão enviados para o programa. O Hospital oferece descontos de até 40% dos encargos para pacientes não segurados, dependendo da pontualidade do pagamento, de acordo com a Política de desconto para paciente não segurado do Hospital. Os critérios de qualificação e outros termos relacionados a descontos para pacientes não segurados são descritos na Política de desconto para paciente não segurado do Hospital que está disponível aos pacientes por meio dos Conselheiros financeiros do Hospital e no www.childrenshospital.org/financialassistance.

C. Planos de pagamento: Caso um paciente/Fiador não possa pagar a conta do Hospital, após o recebimento do atendimento prestado ao paciente, e for determinado que o paciente não se qualifica para o Health Safety Net ou outra cobertura de Plano de saúde privado ou Programas de assistência de saúde pública aplicáveis e não se qualifica para assistência financeira de acordo com a Política de assistência financeira do Hospital, o Hospital pode oferecer ao paciente/Fiador um acordo para fazer pagamentos por um longo período de tempo.

1. O Hospital oferecerá aos Pacientes de baixa renda e pacientes qualificados para o Medical Hardship, com saldo de US\$ 1.000 ou menos, após um depósito inicial, um plano de pagamento sem juros de pelo menos um ano, com um pagamento mensal mínimo de não mais de US\$ 25. Pacientes de baixa renda e pacientes qualificados para o Medical Hardship, com saldo de mais de US\$ 1.000, após o depósito inicial, terão um plano de pagamento de dois anos sem juros. Em circunstâncias extraordinárias, serão consideradas, caso a caso, solicitações de planos de pagamento de mais de dois anos.
2. Para todos os outros pacientes/Fiadores, em casos de circunstâncias extraordinárias, o Hospital pode oferecer planos de pagamento em valores e durações apropriados às circunstâncias, caso a caso.
3. O Hospital não oferece normalmente um plano de pagamento com franquia para serviços ambulatoriais.

Ajuda para solicitar assistência financeira

O Hospital fornecerá aos pacientes/Fiadores informações e assistência na inscrição/qualificação para Programas de assistência de saúde pública e outros programas de assistência financeira, incluindo o MassHealth, Connector Care, qualificação como Paciente de baixa renda no âmbito dos regulamentos da Health Safety Net e outros programas do Medicaid, bem como aos programas de Assistência financeira e desconto para pacientes não segurados do Hospital. O Hospital fará todos os esforços razoáveis para fornecer serviços de tradução para pacientes e Fiadores com pouco domínio do inglês.

Os pacientes/Fiadores deverão fornecer toda a documentação necessária para tais solicitações. O Hospital não tem nenhuma influência nas determinações de elegibilidade para Programas de assistência à saúde pública, que são feitas pelos órgãos responsáveis pela administração desses programas. É responsabilidade do paciente/Fiador informar o Hospital de todas as determinações de cobertura feitas por essas agências e de qualquer alteração na elegibilidade do paciente para tais programas.

- A. Aviso público de disponibilidade de assistência financeira** O Hospital irá exibir avisos notificando os pacientes sobre a disponibilidade de assistência financeira e de assistência oferecida pelo Hospital para facilitar a inscrição do paciente em outros Programas de assistência de saúde pública e os locais do Hospital onde os pacientes e familiares podem se inscrever para tal assistência. Esses avisos serão colocados em áreas de admissão/registo na internação, ambulatório e emergência, bem como nas unidades administrativas habitualmente usadas pelos pacientes.
- B. Aviso individual de disponibilidade de assistência financeira.** O Hospital fornecerá, (i) durante o registro inicial do paciente no Hospital; (ii) em todas as faturas de cobrança e em outras ações de cobrança por escrito; e (iii) quando o Hospital tomar conhecimento de uma mudança na elegibilidade do paciente ou na cobertura de atendimentos de saúde, um aviso individual da disponibilidade de assistência financeira e Serviços elegíveis (conforme definido nos Regulamentos do Health Safety Net) e outros Programas de atendimento de saúde pública. O Hospital também pode

fornecer assistência na inscrição nesses programas a qualquer paciente que busque tal assistência.

C. Acesso eletrônico a crédito e cobrança e outras políticas.

Pacientes/Fiadores podem acessar cópias desta Política de crédito e cobrança, da Política de assistência financeira e da Política de desconto para paciente não segurado do Hospital e da Fundação, bem como do seu Cálculo AGB e cópias de outros documentos usados para avisar os pacientes sobre a disponibilidade de assistência, em www.childrenshospital.org/financialassistance.

Práticas de faturamento/cobrança; determinações de dívidas incobráveis

O Hospital aplica os mesmos esforços contínuos de faturamento e cobrança a todas as contas de pacientes não segurados como faz para as contas de outros pacientes. Cópias das faturas de cobrança padrão do Hospital e cartas de aprovação/recusa de assistência financeira estão disponíveis conforme descrito nesta Política de crédito e cobrança

A. Determinações de serviços elegíveis. O Hospital está em conformidade com os regulamentos e as diretrizes emitidas pela Comunidade de Massachusetts na administração da elegibilidade de solicitações para o Health Safety Net e solicitações submetidas de acordo com outros programas de assistência de saúde pública de Massachusetts.

O Hospital cumpre os requisitos de faturamento aplicáveis, incluindo, sem limitação, os regulamentos do Departamento de saúde pública (105 CMR 130.332) referente ao não pagamento de serviços específicos ou readmissões que o Hospital determina como resultado de um Evento Notificável Grave (SRE). Os SREs que não ocorrem dentro do Hospital são excluídos desta determinação de não pagamento. O Hospital também não busca o pagamento por Serviços elegíveis fornecidos a um Paciente de baixa renda ou por Serviços cobertos fornecidos aos inscritos no MassHealth, com relação a sinistros cujo pagamento foi inicialmente negado pela seguradora do Paciente de baixa renda devido a um erro administrativo de faturamento do Hospital.

B. Pacientes/Fiadores isentos da ação de cobrança O Hospital e as Fundações não fazem a cobrança ou, de outra forma, se envolvem em ações de cobrança, com relação aos Serviços clinicamente necessários fornecidos a qualquer paciente que comprovar que está nas seguintes situações:

1. Inscrito no MassHealth, recebendo benefícios do programa de Ajuda de emergência para idosos, incapacitados e crianças. No entanto, o Hospital pode cobrar esses pacientes a Responsabilidade financeira do paciente de acordo com esses programas de assistência. O Hospital pode iniciar a cobrança de um paciente que alega ser participante de qualquer um desses programas, mas não fornece prova dessa participação. Após o recebimento de prova satisfatória de que o paciente é participante de um ou mais desses programas e do recebimento de uma solicitação assinada, o Hospital deve encerrar as atividades de cobrança.
2. Um participante do Children's Medical Security Plan (CMSP) cuja renda MAGI para o MassHealth é igual ou inferior a 400% do Nível de pobreza federal (FPL). O Hospital pode iniciar a cobrança de um paciente que alega ser

participante do CMSP, mas que não fornece prova dessa participação. Após o recebimento de prova satisfatória de que um paciente é participante do CMSP, o Hospital deve encerrar as atividades de cobrança.

3. Um Paciente de baixa renda (que não seja um Paciente de baixa renda apenas odontológico) está isento de ação de cobrança para quaisquer Serviços elegíveis recebidos durante apenas o período para o qual ele foi qualificado como um Paciente de baixa renda (exceto para pagamentos compartilhados e franquias relacionadas a esses Serviços elegíveis). O Hospital pode cobrar os Pacientes de baixa renda pelos Serviços elegíveis prestados antes de sua determinação como Paciente de baixa renda, mas somente após o status de Paciente de baixa renda ter expirado ou ter sido encerrado.
4. Um Paciente de baixa renda (exceto um paciente de baixa renda apenas odontológico), com renda MAGI para o MassHealth ou Renda contabilizável familiar para o Medical Hardship (conforme descrito em 101 CMR 613.04 (2)) de 400% do FPL, está isento de ações de cobrança para a parte da fatura que excede a franquia do Paciente de baixa renda. Mas pode ser cobrado por coparticipações e franquias de acordo com os regulamentos estaduais. O Hospital pode continuar cobrando os Pacientes de baixa renda pelos Serviços elegíveis prestados antes de sua qualificação como Paciente de baixa renda, mas somente após o status de Paciente de baixa renda ter expirado ou ter sido encerrado.
5. Um paciente que se qualificou para o Medical Hardship, com relação ao valor da conta que excede a contribuição do Medical Hardship (conforme calculado de acordo com os regulamentos do Health Safety Net). Se uma solicitação que já tiver sido submetida como Dívida incobrável de emergência se tornar elegível para o pagamento do Medical Hardship pelo Health Safety Net, o Hospital encerrará a atividade de cobrança do paciente por esses serviços.
6. Um paciente a quem o Hospital ou uma Fundação estava ajudando a se inscrever para a Medical Hardship, se o Hospital ou a Fundação, conforme aplicável, não apresentou a inscrição do paciente no prazo de cinco (5) dias úteis após a conclusão da inscrição e o fornecimento de toda a documentação necessária do paciente/Fiador para o Hospital ou Fundação, com relação a quaisquer contas que seriam elegíveis para o pagamento pelo Medical Hardship se o pedido tivesse sido apresentado e aprovado.

Os Pacientes de baixa renda não estão isentos de ações de cobrança por serviços que não sejam Serviços elegíveis que são fornecidos a pedido do paciente/Fiador e pelos quais o paciente/Fiador concordou em ser responsável; desde que os Pacientes de baixa renda não sejam cobrados por sinistros relacionados a erros médicos ou por sinistros negados pela seguradora primária do paciente devido a um erro administrativo ou de faturamento. O Hospital obterá o consentimento por escrito do paciente/Fiador para ser cobrado por tais serviços.

A pedido de um paciente, o Hospital ou Fundação, conforme aplicável, pode cobrar um Paciente de baixa renda para permitir que esse paciente atenda à franquia única exigida do CommonHealth.

C. Faturamento inicial: Exceto para pacientes isentos da ação de cobrança conforme especificado acima, o Hospital fornecerá uma fatura inicial para o paciente/Fiador ou um terceiro especificado.

D. Acompanhamento de cobrança: O Hospital usa agências externas para realizar atividades de cobrança de contas para pagamento pelo próprio paciente e exige que essas agências sigam os padrões especificados nas políticas dos Serviços financeiros para pacientes do Hospital, no que concerne às práticas de cobrança vigentes, o que deve estar em conformidade com esta Política de crédito e cobrança. Todas as contas de pacientes não isentas de ação de cobrança estarão sujeitas à atividade de cobrança contínua e receberão um mínimo de três ações de cobrança. As ações de cobrança realizadas pelo Hospital ou pelo seu agente designado podem incluir, mas não estão restritas a:

1. Cobrança inicial, enviada ao paciente/Fiador e qualquer outra parte ou partes responsáveis pelas obrigações financeiras do paciente;
2. Extratos de cobrança adicionais (enviados a cada 30 dias após a determinação de uma responsabilidade de pagamento pelo próprio);
3. Carta de acompanhamento (enviada por correio expresso ou carta registrada);
4. Chamadas telefônicas, notificações eletrônicas (por exemplo, via endereços de e-mail), avisos de contato pessoal;
5. Notificação final para saldos acima de US\$ 1.000 (enviado por carta registrada); e
6. Reuniões com o Fiador ou outro terceiro responsável.

O Hospital manterá um arquivo para cada paciente que inclui toda a documentação dos esforços de cobrança do Hospital, incluindo cópias de contas, cartas de acompanhamento, relatórios de contatos pessoais e telefônicos e outros esforços feitos.

E. Correspondência devolvida: As contas que tiveram correspondências devolvidas serão investigadas de modo a localizar o paciente e/ou Fiador. Os esforços para obter um endereço atualizado incluirão no mínimo:

1. A revisão de todos os registros internos e consultas para determinar se um endereço mais atualizado está documentado;
2. Contato com quaisquer parentes ou amigos conhecidos; e
3. Revisão do catálogo de telefones atual.

O Hospital pode envolver agências externas, fornecedores e outros prestadores de serviços para realizar atividades adicionais de rastreamento de não localizados. Os esforços para localizar o responsável pela obrigação ou o endereço correto nas contas devolvidas como "endereço incorreto" ou "não entregue" serão documentados.

F. Falências: Após o recebimento da notificação legal sobre a falência do paciente/Fiador, toda a atividade de cobrança será encerrada e a conta será ajustada. Casos de falência não serão elegíveis e não serão enviados ao Health Safety Net.

G. Determinação de dívida incobrável: Depois que os esforços de cobrança razoáveis falharem em produzir o pagamento dos encargos de uma conta, o saldo da conta pode ser classificado como dívida incobrável de acordo com esta Política de crédito e cobrança e quaisquer outras políticas do departamento financeiro aplicáveis (que serão consistentes com esta Política de crédito e cobrança); desde que as Responsabilidades financeiras do paciente não estejam incluídas em Dívidas incobráveis para fins de envio de sinistros de acordo com o Health Safety Net.

Condições para determinação imediata de dívida incobrável: Quando forem obtidas informações para designar uma conta como dívida incobrável, a qualquer momento durante o acompanhamento do processo de cobrança, a conta poderá ser imediatamente considerada como dívida incobrável sem nenhuma ação de cobrança adicional. Estão incluídos nesta categoria:

1. Tentativa malsucedida de identificar a causa da falha na entrega da carta que foi devolvida como entrega impossível. Contas não entregues ou com "endereço incorreto" são categorizadas para acompanhamento pela equipe de Serviços financeiros do paciente e pesquisadas quanto ao endereço/contato correto antes de colocar a conta em situação de dívida incobrável.
2. Tentativa malsucedida de identificar um número de telefone operacional após o telefone do paciente/Fiador ter sido desligado.
3. Notificação escrita ou oral da indisposição ou recusa do paciente/Fiador em pagar.
4. Recebimento de notificação oficial de uma seguradora ou outro pagador responsável de que os benefícios foram pagos ao outorgado, e pelo menos uma tentativa malsucedida de entrar em contato com o paciente/Fiador foi feita após tal notificação da seguradora/outro pagador responsável.

H. Faturamento de dívida incobrável de atendimento emergencial para o Health Safety Net: Além das práticas de cobrança descritas acima, o Hospital enviará uma carta registrada a qualquer paciente (exceto um paciente para o qual as notificações foram devolvidas como "não entregues" ou "endereço incorreto") com um saldo pendente de mais de US\$ 1.000 em Atendimento emergencial e serviços relacionados antes de faturar o saldo para o Health Safety Net. O saldo da conta será cobrado do Health Safety Net somente após ter permanecido sem pagamento por mais de 120 dias a partir da data do aviso de cobrança inicial. Os esforços de cobrança razoáveis realizados durante esse período serão documentados no registro financeiro do paciente. Para serviços prestados a um paciente não segurado, a equipe de Serviços financeiros do paciente validará, através do sistema de verificação de qualificação do MassHealth, que o paciente não é elegível ou não apresentou uma inscrição para o MassHealth e que o paciente também não é um Paciente de baixa renda.

I. Esforços extraordinários de cobrança e execução legal: De modo geral, o Hospital não realiza "ações de cobrança extraordinárias". Ações de cobrança extraordinárias incluem a venda de dívidas a outro provedor ou outra entidade; relatar informações adversas sobre um indivíduo a uma agência de relatórios de crédito ao consumidor ou empresa de crédito; adiar ou negar ou exigir um pagamento antes de fornecer serviços clinicamente necessários devido ao não pagamento de uma ou mais faturas de um indivíduo por cuidados prestados anteriormente de acordo com a política de Assistência financeira do Hospital; penhora ou execução de hipoteca sobre residência pessoal ou propriedade de automóvel de um indivíduo; penhora de salários e/ou ajuizamento de ação civil. Qualquer decisão de executar ações extraordinárias de cobrança exigirá o voto do Conselho de administração. O Hospital e seus agentes deverão demonstrar ao Conselho de administração que esforços razoáveis foram realizados para determinar a elegibilidade de um paciente para receber assistência de acordo com a Política de assistência financeira, antes da recomendação de ações de cobrança extraordinárias. As ações extraordinárias de cobrança não serão iniciadas até pelo menos 120 dias a partir da data em que o Hospital forneceu o primeiro extrato de cobrança pós-alta para o atendimento e exigirão demonstração da notificação por escrito ao paciente da disponibilidade de assistência financeira pelo menos 30 dias

antes da execução. A notificação por escrito precisa também indicar a atividade de coleta extraordinária que o Hospital pretende iniciar, bem como uma data de início para a atividade. Na ocorrência de execução de ações extraordinárias de cobrança, o Hospital suspenderá todas as ações caso seja recebido um Formulário de assistência financeira. Tal solicitação permitirá um período de revisão não superior a 30 dias.

J. Acidentes com veículos automotores: O Hospital apresentará uma solicitação de Serviços elegíveis prestados a um Paciente de baixa renda ferido em um acidente com automóvel somente se (1) tiver investigado se o paciente, motorista e/ou proprietário do outro veículo tem uma apólice de responsabilidade veicular; (2) fez todos os esforços para obter do paciente as informações do terceiro pagador; (3) reteve evidências de tais esforços, incluindo documentação de chamadas telefônicas e correspondências para o paciente; e (4) quando aplicável, apresentou devidamente uma solicitação de pagamento à seguradora da responsabilidade civil do automóvel. Para acidentes com automóveis e todas as outras recuperações em sinistros previamente faturados para o Health Safety Net, o Hospital irá relatar qualquer recuperação ao Health Safety Net Office. A recuperação será compensada em relação ao sinistro de Serviços elegíveis.

O Hospital documentará as atividades envolvidas na classificação e relatório de uma conta como dívida incobrável. Como o Hospital mantém um sistema "sem papel" para lidar com as contas hospitalares e ambulatoriais, a documentação das atividades sobre esses serviços pode ser mantida no sistema de computadores do Hospital em notas analíticas em vez de papel.

Direitos e responsabilidades do paciente:

- A.** O Hospital orientará os pacientes sobre seus direitos a:
1. solicitar o MassHealth, o programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, um plano de saúde qualificado, qualificação como Paciente de baixa renda e Medical Hardship; e
 2. um plano de pagamento, conforme descrito nesta Política de crédito e cobrança e regulamentos do Health Safety Net aplicáveis, se o paciente for considerado um Paciente de baixa renda ou se qualificar para a Medical Hardship.
- B.** Um paciente que recebe Serviços elegíveis deve:
1. fornecer toda a documentação obrigatória;
 2. informar o MassHealth de quaisquer alterações na MAGI do MassHealth ou Renda contabilizável familiar para o Medical Hardship (conforme descrito nos regulamentos do Health Safety Net) ou status do seguro, incluindo, entre outras, renda, heranças, presentes e distribuições de fundos, a disponibilidade de seguro saúde e responsabilidade de terceiros;
 3. acompanhar a franquia do paciente e fornecer documentação ao Hospital de que a franquia foi atingida quando mais de um membro da família for considerado Paciente de baixa renda ou se o paciente ou parentes receberem Serviços elegíveis de mais de um provedor; e
 4. informar ao Health Safety Net Office ou à MassHealth Agency quando o paciente se envolver em um acidente ou sofrer uma doença, lesão ou outra perda que tenha causado ou possa resultar em uma ação judicial ou indenização pelo seguro. O paciente deve: a. apresentar um pedido de indenização, se disponível; e

- b. concordar em cumprir todos os requisitos da M.G.L. c. 118E, incluindo, entre outros:
- (1) atribuir ao Health Safety Net Office o direito de recuperar um montante igual ao pagamento do Health Safety Net proveniente do processo de qualquer sinistro ou de outro processo contra terceiros;
 - (2) fornecer informações sobre o sinistro ou qualquer outro processo e cooperar integralmente com o Health Safety Net Office ou seu designado, a menos que o Health Safety Net Office determine que a cooperação não seria no melhor interesse ou resultaria em dano sério ou prejuízo emocional para o paciente;
 - (3) notificar o Health Safety Net Office ou a MassHealth Agency, por escrito, no prazo de 10 dias após a apresentação de qualquer sinistro, ação civil ou outro processo; e
 - (4) reembolsar o Health Safety Net o valor recebido de um terceiro por todos os Serviços elegíveis prestados na data ou após a data do acidente ou outro incidente após se tornar um Paciente de baixa renda para fins de pagamento do Health Safety Net, desde que apenas pagamentos do Health Safety Net efetuados como resultado do acidente ou outro incidente serão reembolsados.

Publicação/disponibilidade da Política de crédito e cobrança, Lista de afiliados provedores, faturas de cobrança e cartas de aprovação/negação de assistência financeira, Política de assistência financeira e resumo em linguagem clara, Política de desconto para paciente não segurado e Cálculo de valores geralmente cobrados

A. Pacientes, Fiadores e outros membros do público podem obter uma cópia desta Política de crédito e cobrança, da Lista de afiliados provedores, de Amostra de faturas e Cartas de aprovação/recusa de assistência financeira, da Política de assistência financeira e do Resumo em linguagem clara, da Política de desconto para paciente não segurado e do Cálculo de valores geralmente cobrados, gratuitamente, por qualquer um dos seguintes métodos:

1. Publicação na Internet: Esta Política de crédito e cobrança e outros documentos estão disponíveis online em: www.childrenshospital.org/financialassistance.
2. Pessoalmente: Cópias em papel da (i) Política de crédito e cobrança, (ii) Lista de afiliados provedores, (iii) cópias de faturas e cartas de aprovação/recusa de assistência financeira, (iv) Política de assistência financeira e um Resumo em linguagem clara, (v) Cálculo de valores geralmente cobrados e (vi) Política de desconto para paciente não segurado do Hospital estão disponíveis nas instalações do Hospital localizado na 300 Longwood Avenue, Boston, MA, Farley Building sala 160, EUA.

3. Por e-mail: O público também pode solicitar cópias desses documentos pelo correio, ligando para o Suporte ao cliente dos serviços financeiros ao paciente pelo telefone (617)-355-3397 (EUA) e/ou para o Aconselhamento financeiro do paciente pelo telefone (617)-355-7201 (EUA).
- B. Traduções para idiomas estrangeiros desta Política de crédito e cobrança, Política de assistência financeira, do Resumo em linguagem clara da política de assistência financeira, do Formulário de assistência financeira, da Política de desconto para paciente não segurado e do Cálculo de valores geralmente cobrados estão disponíveis em vários idiomas para ajudar pessoas que não possuem um nível fluente em língua inglesa.
- C. Comunicação local: O Hospital fará esforços para comunicar suas políticas de Crédito e cobrança através de diversos métodos.
1. Avisos serão colocados nas áreas de internação, clínica e admissão/registro, quanto à disponibilidade de assistência financeira e suas políticas de Crédito e cobrança.
 2. Cartazes públicos ou outras medidas razoavelmente calculadas para atrair a atenção dos visitantes serão dispostos de forma visível em vários locais em todo o Hospital, incluindo, sem limitação, em áreas de internação, clínica e admissão/registro de emergência.
 3. Cópias desta Política de crédito e cobrança serão oferecidas a todos os pacientes no momento da admissão ou como parte do processo de alta.

Documentos, políticas e programas adicionais/relacionados

1. Lista de afiliados provedores
2. Amostras de faturas de cobrança e cartas de aprovação/recusa de assistência financeira
3. Política de assistência financeira
4. Resumo em linguagem clara da política de assistência financeira
5. Formulário de assistência financeira
6. Política de desconto para paciente não segurado
7. Programa de assistência financeira a paciente internacional

Atributos do documento

Título	Política de crédito e cobrança		
Autores	Diretor de conformidade regulatória fiscal e financeira	Data de vigência	9/30/2016
Revisto/ Revisado por	Vice-presidente, Serviços financeiros ao paciente, Boston Children's Hospital Diretor financeiro, Boston Children's Hospital Vice-presidente sênior e conselheiro geral, Boston Children's Hospital	Datas em que foi revisto/ revisado:	12/7/2021 12/10/2021

Aprovado	12/20/2021 Effective Date 1/1/2022 <hr/> Conselho de administração do Boston Children's Hospital
-----------------	--