

UMass Memorial HealthAlliance - Clinton Hospital, Inc.

Financial Assistance and Credit and Collection Policy

November 17, 2017

(Portuguese)

Política de assistência financeira, crédito e cobrança

17 de novembro de 2017

ÍNDICE

Finalidade -----	3
Declaração de missão -----	3
Prestação de serviços de saúde -----	4
I. Serviços de emergência e pronto-socorro-----	4
II. Serviços médicos necessários não emergenciais, não urgentes (“Eletivos”) -----	5
Eventos graves relatáveis -----	5
Coleta de informações financeiras dos pacientes -----	6
I. Pacientes com cobertura de seguro-----	6
II. Pacientes sem cobertura de seguro-----	7
Programas e políticas de assistência financeira -----	7
I. Visão geral e opções-----	7
II. Processo de requerimento-----	10
III. Exclusões de cobertura do estado-----	10
IV. Verificação da renda-----	10
V. Verificação da identidade-----	11
VI. Medical Hardship-----	11
VII. Cobertura adicional e assistência com desconto fornecidos pelo HealthAlliance - Clinton----	13
VIII. Prestadores não aplicáveis-----	15
Procedimentos de faturamento e cobrança -----	16
I. Cobrança de pagamento por terceiros-----	16
II. Processo de faturamento e cobrança por conta própria-----	17
III. Atendimento ao cliente-----	19
IV. Planos de pagamento-----	19
V. Juros-----	19
VI. Desconto para pagamento à vista-----	19
VII. Exigências de caução-----	19
VIII. Garantias-----	20
IX. Falência-----	20
X. Veículo motor-----	20
XI. Direitos e responsabilidades dos pacientes-----	20
XII. Isenção da ação de faturamento e cobrança de pagamento por conta própria-----	21

Política:

A Política de assistência financeira, crédito e cobrança define as normas pelas quais o UMass Memorial HealthAlliance - Clinton Hospital, Inc. administrará a coleta de informações de seguro e financeiras dos pacientes, a determinação da elegibilidade para assistência financeira e os processos de faturamento e cobrança, de acordo com os regulamentos do Departamento Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) 101 CMR Serviços elegíveis Health Safety Net 613.00⁽²⁾ os centros do Medicare e Medicaid atendem aos requisitos de dívida irrecuperável Medicare (42CFR 413.89), o manual de reembolso de prestadores de serviços Medicare 13J (Parte 1, Capítulo 3) e (3) a seção 501 (R) do Código da Receita Federal 9007 (a) da Lei federal de assistência acessível e proteção ao paciente (Pub. L. N.º 111-148) e como esclarecido recentemente no dia 29 de dezembro de 2015 - esclarecimento da IRS para relatar tais informações no formulário 990 da Receita Federal Americana do hospital. A Política de assistência financeira e de crédito e cobrança será preenchida eletronicamente com o Departamento de Health Safety Net de acordo com os requisitos do regulamento.

O HealthAlliance - Clinton, integrante do UMMHC, não faz discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, situação legal e social do estrangeiro, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência em nenhuma de suas políticas relacionadas à aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos pré-internação ou pré-tratamento, planos de pagamento, internações adiadas ou rejeitas ou status de paciente de baixa renda.

O UMass Memorial Health Care System tem o compromisso de fornecer assistência urgente, de emergência e médica necessária a todos os pacientes, independentemente de sua capacidade de pagamento. Para atender às necessidades dos pacientes que podem precisar de assistência financeira, esta política estabelece os critérios de elegibilidade, métodos de requerimento e a base de cálculo do valor cobrado para os pacientes elegíveis.

É política do HealthAlliance - Clinton fornecer assistência com desconto aos pacientes que se qualifiquem de acordo com a Seção 501 (r) da Receita Federal Americana. Para aqueles que forem considerados elegíveis, o UMass Memorial Health Care System não cobrará mais do que o valor geralmente cobrado de um paciente que tem cobertura de seguro para serviços médicos necessários de urgência e emergência. O departamento Patient Financial Counseling será o ponto de contato para fornecer a política por escrito, um resumo da política, o formulário de requerimento e o auxílio no processo de requerimento aos pacientes.

Esta política é aplicável a toda assistência emergencial ou médica necessária fornecida pelo HealthAlliance – Clinton Hospital.

Declaração de missão:

A missão do HealthAlliance - Clinton, integrante do UMMHC, é oferecer excelência clínica e de serviços às pessoas de nossas diversas comunidades em cada estágio de suas vidas.

Prestação de serviços de saúde:

Serviços de emergência e assistência urgente - qualquer paciente que comparecer aos hospitais ou clínicas satélites dos hospitais será avaliado para se determinar se precisa de serviços médicos de emergência ou pronto-socorro, independentemente da identificação, cobertura de seguro ou capacidade de pagamento do paciente. A avaliação dos serviços de emergência ou serviços de pronto-socorro, conforme definição a seguir, será usada posteriormente pelo HealthAlliance - Clinton para a determinação da cobertura de dívida irrecuperável emergencial e urgente no âmbito do Fundo Health and Safety Net. O HealthAlliance - Clinton não exercerá atividades que desestimulem as pessoas a procurar atendimento médico de emergência. Isso inclui atrasos na realização de exames de triagem médica adequados ou de exames e tratamentos médicos adicionais para estabilizar o estado clínico, a fim de obter informações sobre o método de pagamento, status de seguro ou obter assinaturas relativas à responsabilidade financeira ou formulário de notificação prévia ao beneficiário. O HealthAlliance - Clinton não permitirá atividades de cobrança de dívidas no departamento de emergência ou em outras áreas do hospital, onde tais atividades podem interferir na prestação do atendimento de emergência. A solicitação de valores de copagamentos de seguro ou cosseguro não será feita antes de um exame de triagem médica e estabilização.

I.

a. Os serviços emergenciais incluem:

Os serviços médicos necessários prestados após o início de um estado clínico, físico ou mental, manifestado por sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor intensa, cuja ausência de atendimento médico imediato poderia ser considerada por uma *pessoa leiga com conhecimentos medianos sobre medicina e saúde* como capaz de colocar a saúde da pessoa em questão ou de outra pessoa em alto risco, causar debilitação grave da função corporal ou disfunção grave de qualquer parte ou órgão do corpo ou, em se tratando de uma mulher grávida, conforme definido na seção 1867(e) (1) (B) da Lei de Segurança Social, 42 USC § 1295dd(e)(1)(B). Exames de triagem médica e quaisquer tratamentos subsequentes para um estado clínico de emergência existente ou qualquer outro serviço prestado até o ponto exigido pela EMTALA federal (42 USC 1395 (d)) são considerados como Serviços de Emergência.

b. Os serviços de pronto-socorro incluem:

Os serviços médicos necessários prestados após o início súbito de um estado clínico, físico ou mental, manifestado por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa), e que uma *pessoa leiga prudente acredite que a falta de atendimento médico em um prazo de 24 horas* possa resultar em: risco à saúde do paciente, debilitação da função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de pronto-socorro são fornecidos para condições que não ameacem a vida e não representem um risco alto de danos graves à saúde de uma pessoa, mas para os quais são necessários serviços médicos imediatos.

Nota sobre a EMTALA:

De acordo com as exigências federais, a EMTALA é acionada para qualquer pessoa que venha ao hospital solicitando exame ou tratamento de um serviço de emergência (estado clínico de emergência) ou que entre no pronto-socorro solicitando exames ou tratamento para um estado clínico. Na maioria das vezes, as pessoas buscam o serviço de emergência sem nenhum agendamento. No entanto, pessoas sem agendamento que solicitam serviços para um estado clínico de emergência, ao se apresentarem em outra unidade de internação, clínica ou outra área auxiliar, também podem ser submetidas a um exame de triagem médica de emergência de acordo com a EMTALA. Exames e tratamentos para estados clínicos de emergência ou qualquer outro serviço dessa natureza prestados conforme exigência da EMTALA serão fornecidos ao paciente e serão considerados como atendimento de emergência. A determinação de que há um estado clínico de emergência é feita pelo médico examinador ou equipe médica qualificada do hospital, conforme documentado no prontuário médico. A determinação de que há um estado clínico urgente ou primário também é feita pelo médico examinador ou equipe médica qualificada do hospital, conforme documentado no prontuário médico.

- II. Serviços médicos necessários não emergenciais, não urgentes (“Eletivos”) - para pacientes que (1) chegam ao hospital em busca de cuidados não emergenciais ou não urgentes ou (2) procuram cuidados adicionais após a estabilização de um estado clínico emergencial. O HealthAlliance - Clinton coletará informações financeiras do paciente, auxiliará o paciente na obtenção/verificação da cobertura para serviços e/ou fará outros acordos financeiros descritos neste documento.

Serviços eletivos: serviços médicos necessários que não atendem à definição de emergência ou urgência acima. Normalmente, esses serviços são cuidados primários, serviços especializados ou procedimentos médicos agendados com antecedência pelo paciente ou pelo prestador de serviços de saúde (hospital, consultório médico, outros).

Eventos graves relatáveis

O HealthAlliance - Clinton mantém a conformidade com as exigências de faturamento aplicáveis, como os requisitos do Órgão de Saúde Pública pelo não pagamento de determinados serviços específicos ou reinternações que o hospital determine como resultado de um evento grave relatável, e também mantém todas as informações de acordo com as leis federais, estaduais e leis de segurança aplicáveis. O HealthAlliance - Clinton não cobrará qualquer paciente, incluindo pacientes de baixa renda, por reclamações relacionadas a eventos graves relatáveis. O hospital também não solicita o pagamento de pacientes de baixa renda considerados elegíveis para o programa Health Safety Net, cujas solicitações foram inicialmente negadas por um programa de seguro devido a erro administrativo ou de faturamento do hospital.

Coleta de informações financeiras de pacientes

O HealthAlliance - Clinton envidará os esforços razoáveis e tentará obter todas as informações demográficas e de seguro relativas aos pacientes antes da prestação dos serviços eletivos ou na chegada às instalações. Essas informações serão coletadas de pacientes que necessitem de cuidados emergenciais ou urgentes assim que possível, de acordo com as cláusulas da EMTALA.

- I. **Pacientes com cobertura de seguro** - para pacientes com plano de saúde ou pacientes cobertos por um seguro contra acidentes de trabalho ou seguro de automóveis, o HealthAlliance - Clinton coletará todas as informações necessárias para apresentar uma solicitação à seguradora pelos serviços médicos prestados.
 1. **Verificação do seguro** - sempre que possível, o HealthAlliance - Clinton verificará a elegibilidade do seguro do paciente por meios eletrônicos ou telefônicos, bem como pelo Sistema de Verificação de Elegibilidade MassHealth (EVS), para verificação de elegibilidade em um programa de assistência pública, antes da chegada do paciente. Quando isso não ocorrer, a elegibilidade será verificada no momento da chegada, ou assim que possível, por meios eletrônicos, telefônicos e/ou pela análise do cartão do seguro do paciente.
 2. **Exigências de encaminhamento e autorização** - O HealthAlliance - Clinton tentará garantir e/ou verificar todos os encaminhamentos e autorizações exigidos pela operadora do seguro do paciente antes da prestação dos serviços.
 3. **Copagamentos/cosseguro/franquias/serviços não cobertos** - quando o paciente segurado for responsável por uma parte do pagamento, o HealthAlliance - Clinton tentará cobrar esse valor ou garanti-lo por meio de um cartão de crédito, antes que os serviços sejam prestados ou após a realização dos serviços. O hospital entrará em contato com o paciente em sua casa para discutir o pagamento da franquia. Se não for possível cobrar o valor devido antes ou após a realização dos serviços, o HealthAlliance - Clinton buscará valores devidos por meio do processo de faturamento e cobrança.
 4. **Formulários obrigatórios** - todos os pacientes segurados deverão assinar um formulário de Atribuição de Benefícios (AOB), uma notificação HIPPA e qualquer outro formulário exigido por sua operadora de seguros ou por algum regulamento, com o objetivo de faturar e cobrar de sua seguradora terceirizada. Se o HealthAlliance - Clinton não puder obter um AOB assinado, o paciente será responsável pelos custos totais.
 5. **Pacientes sem cobertura de seguro** - o HealthAlliance - Clinton tentará auxiliar os pacientes registrados como "Por conta própria" com a identificação e a garantia de cobertura de assistência médica. Quando se determina que um paciente é responsável por toda ou parte da fatura, o HealthAlliance - Clinton tentará cobrar o valor devido antes da prestação do serviço. O HealthAlliance - Clinton tentará receber o valor devido por meio do processo de faturamento e cobrança.

II. **Pacientes sem cobertura de seguro** - o HealthAlliance - Clinton tentará auxiliar todos os pacientes registrados como "Por conta própria" com identificação e garantia de cobertura e/ou estabelecendo um plano de pagamento para os valores determinados como sendo de responsabilidade do paciente

1. Serão colocadas placas em inglês, português e espanhol informando os pacientes sobre a disponibilidade de Assistência Financeira e quem contatar para obter assistência no requerimento. As placas estarão claramente visíveis e legíveis e afixadas em áreas com alto trânsito de pacientes, incluindo o seguinte:
 - Todas as áreas de espera e recepções
 - Todas as áreas de espera e registro de pacientes ambulatoriais
 - Todas as áreas de espera e registro de emergência
 - Todos os departamentos de consultores de requerimento certificados
2. Folhetos individuais informando a disponibilidade de Assistência Financeira para pacientes qualificados estarão disponíveis em todos os locais de recepção, registro e aconselhamento financeiro.
3. Os pacientes agendados para um procedimento eletivo serão encaminhados a um Consultor de requerimento certificado para auxiliá-lo na solicitação de assistência médica. Todos os pacientes internados e considerados como "Por conta própria" serão visitados por um Consultor de requerimento certificado durante sua internação ou contatados após a alta.
4. As contas iniciais dos pacientes e todos os extratos subsequentes incluirão um aviso alertando os pacientes sobre a disponibilidade da Assistência Financeira e um número de telefone para entrar em contato com o Consultor de requerimento certificado.

Programas de assistência financeira:

- I. **Visão geral e opções:** o Commonwealth of Massachusetts e o HealthAlliance - Clinton oferecem assistência financeira aos pacientes com base na renda familiar e outros critérios descritos a seguir. O HealthAlliance - Clinton emprega uma equipe de Consultores de requerimento certificados, disponíveis por telefone ou com hora marcada para auxiliar os pacientes na solicitação de assistência financeira e na resolução de suas contas médicas. O HealthAlliance - Clinton contratou o Gabinete Executivo de Serviços Humanos e de Saúde (MassHealth) e a Commonwealth Health Insurance Connector Authority (Connector) e foi considerada uma Organização de Consultores de requerimento certificados. Os Consultores de requerimento certificados fornecem aos pacientes potencialmente elegíveis as solicitações adequadas para o MassHealth e/ou Health Safety Net e auxiliam os pacientes no processo de requerimento.

Com o intuito de auxiliar os pacientes com a assistência financeira adequada, os CACs:

1. Fornecerão informações sobre todos os programas disponíveis.
2. Fornecerão aos pacientes as solicitações adequadas para o MassHealth, Health Safety Net, Children's Medical Security Program, Premium Assistance Payment Programs operados pelo Health Connector, Medical Hardship e outros tipos de assistência financeira que podem cobrir todos ou alguns de seus serviços médicos não remunerados.
3. Auxiliarão os pacientes no processo de requerimento e renovação.
4. Trabalharão com os pacientes para obter qualquer documentação necessária.
5. Envidarão todos os esforços para acompanhar o status do requerimento até a determinação final.
6. Ajudarão os pacientes a se inscrever em um Plano de Seguro de Saúde.
7. Oferecerão e fornecerão assistência para o registro eleitoral.

Representantes do Serviço de Atendimento ao Cliente e Avalistas estão disponíveis por telefone para auxiliar os pacientes na resolução de suas faturas médicas.

Health Safety Net - a lei de Massachusetts prevê o fornecimento do serviço Health Safety Net para pacientes elegíveis com base no domicílio em Massachusetts, na verificação de identidade e na Renda Bruta Ajustada e Modificada MassHealth (MAGI) documentada, igual ou inferior a 300% do nível federal de pobreza. (FPIG)

- i. Foi determinado como elegível para o MassHealth ou um Premium Assistance Program operado pelo Health Connector, incluindo o programa de assistência premium e que não conseguiu se inscrever ou cuja cobertura foi cancelada devido ao não pagamento dos prêmios.
- ii. Acesso à cobertura do seguro de saúde considerado acessível, com exceção de um período de carência de planos patrocinados pelo empregador.

Health Safety Net - Primário - pacientes não segurados com renda familiar verificada (MAGI) ou Renda Familiar Contabilizável Medical Hardship de 0-300% das diretrizes orientadoras do estado sobre rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines) (FPIG) podem ser determinados como Pacientes de Baixa Renda com base nas Diretrizes de EOHHS para Serviços Reembolsáveis do Health Safety Net, sujeito às estipulações a seguir.

- i. Os pacientes de baixa renda elegíveis para a inscrição no Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector são elegíveis por um período de 100 dias a partir da Data de Cobertura Médica do paciente.
- ii. Os alunos sujeitos às exigências do Programa de Saúde do Aluno não são elegíveis para o Health Safety Net - Primário.

Health Safety Net - Secundário. Pacientes com outro seguro de saúde primário, incluindo estudantes inscritos em um Plano de Saúde do Aluno Qualificado e renda domiciliar do MassHealth MAGI ou Renda Familiar Medical Hardship de 0-300% do FPIG podem se qualificar como pacientes de baixa renda e ser elegíveis para o Health Safety Net - Secundário, sujeitos às estipulações a seguir.

- i. O Health Safety Net - Secundário cobrirá serviços odontológicos apenas para as pessoas inscritas e não cobertas por um Programa de Assistência Premium Operado pelo Health Connector, em vigor no 101º dia a partir da Data de Cobertura Médica.
- ii. O Health Safety Net - Secundário cobrirá apenas os serviços odontológicos para adultos prestados por centros de saúde comunitários, centros de saúde licenciados em hospitais ou clínicas satélites para indivíduos inscritos no MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus and Family Assistance, excluindo o MassHealth Family Assistance-Children.

Health Safety Net - Parcial - um paciente de baixa renda elegível para o Health Safety Net Primário ou Health Safety Net Secundário com renda familiar MassHealth MAGI verificada ou Renda Familiar Contabilizável Medical Hardship entre 150,1% e 300% da FPIG pode ser elegível para o Health Safety Net-Parcial com uma franquia familiar anual. A franquia anual só será aplicada se a soma da renda de todos os integrantes do Grupo Familiar de Cobrança Premium (PBF) for superior a 105,01% do FPL. Se considerada elegível, a responsabilidade da família (franquia anual) será igual ao valor maior dentre os seguintes:

- i. 40% da diferença entre a menor Renda Familiar MassHealth MAGI ou Renda Familiar Contabilizável Medical Hardship e o Grupo Familiar de Cobrança Premium (PBF) do solicitante e 200% do FPIG.
- ii. O menor custo do prêmio Connector Care para o tamanho da família e o nível de renda no início do ano civil.

Se algum membro do PBF tiver uma renda inferior a 200% do FPIG, não haverá franquia para qualquer membro do PBF. As despesas com este valor de franquia estarão isentas da atividade de faturamento e cobrança.

A equipe de cobrança do HealthAlliance–Clinton rastreia as despesas reembolsáveis permitidas até que o paciente tenha realizado os pagamentos da franquia. Se o paciente recebeu serviços de mais de um provedor, é responsabilidade do paciente rastrear o valor da franquia e notificar o HealthAlliance - Clinton quando a franquia for atingida. Os copagamentos não serão aplicados à franquia.

Health Safety Net - Elegibilidade Presumida - em algumas ocasiões o paciente pode se qualificar para o Health Safety Net e não conseguir preencher uma inscrição completa na data do serviço. O HealthAlliance - Clinton pode determinar que o indivíduo é um paciente de baixa renda de acordo com as diretrizes familiares e de renda do Health Safety Net por um período limitado. A determinação será baseada em informações autoatestadas fornecidas pelo paciente no formulário especificado pelo

departamento do Health Safety Net. O período de elegibilidade começará na data em que o HealthAlliance - Clinton fizer a determinação e continuará até o último dia do mês seguinte ou o indivíduo enviar uma inscrição completa e receber uma determinação do MassHealth ou do Health Connector.

- II. Processo de requerimento** – os pacientes devem preencher e enviar, com a assistência de um CAC, um requerimento via a Central de Seguros de Saúde, localizada no site do Health Connector do Estado, um formulário de requerimento em papel fornecido pelo MassHealth ou por telefone com um representante de atendimento ao cliente localizado no MassHealth ou no Connector. A MassHealth Agency ou o Health Connector processarão todas as solicitações e notificarão o indivíduo sobre a determinação de sua elegibilidade para o MassHealth ou sua qualificação para um Premium Assistance Payment Plan operado pelo Health Connector do Estado ou paciente de baixa renda (Health Safety Net).

Em circunstâncias especiais, o HealthAlliance - Clinton pode solicitar ao paciente um formulário específico designado pelo departamento do Health Safety Net para indivíduos que buscam assistência financeira por estarem encarcerados, serem vítimas de abuso conjugal, terem falecido, serviços confidenciais, presumível status de paciente de baixa renda ou se candidatar devido a uma dificuldade médica.

- III. Exclusões de cobertura do estado (Nota: alguns desses serviços são cobertos pela Cobertura Adicional do HealthAlliance - Clinton e Assistência Descontada, descritos na Seção VII).**

- i. Serviços não médicos necessários;
- ii. MassHealth, Connector Care e cosseguro privado;
- iii. Solicitações negadas por qualquer erro administrativo ou de faturamento, fora dos serviços de rede;
- iv. Serviços prestados a um paciente com seguro de saúde particular considerado fora da rede do prestador de seguro de saúde.

- IV. Verificação de renda** - a renda familiar pode ser verificada por meio de correspondência de dados eletrônicos ou por verificações em papel. O MassHealth utiliza fontes de dados federais e estaduais para tentar comparar a renda declarada no requerimento. A renda será considerada verificada se por meio da correspondência de dados estaduais for razoavelmente compatível com o rendimento declarado. Se o MassHealth não puder verificar a renda por meio de uma correspondência eletrônica de dados, ela deverá ser verificada por um ou mais dos seguintes itens:

Rendimento salarial:

- i. Holerites recentes;
- ii. Uma declaração assinada pelo empregador;
- iii. A declaração de imposto de renda dos EUA mais recente;
- iv. Outra fonte comparável de renda.

Rendimento não salarial:

- i. Uma cópia de um cheque ou pagamento recente da fonte do rendimento;
- ii. Uma declaração da fonte do rendimento quando não houver comprovante disponível;
- iii. A declaração de imposto de renda mais recente; ou
- iv. Outra fonte comparável de renda.

V. Verificação de identidade - os solicitantes devem comprovar sua identidade com documentos que contenham uma fotografia ou outras informações identificadoras como nome, idade, sexo, raça, altura, peso, cor dos olhos e endereço, sem se limitar a eles. Os documentos aceitáveis são:

- i. Carteira de motorista emitida por um estado ou território.
- ii. Carteira de identidade emitida por uma escola, instituição militar, pelo governo federal, estadual ou local, um cartão de dependente de militar ou da Marinha Mercante da Guarda Costeira dos EUA.
- iii. Registro clínico, médico, hospitalar ou escolar para crianças menores de 19 anos de idade.
- iv. Dois documentos que forneçam informações consistentes com a identidade do solicitante, como, entre outros, diploma de ensino médio e superior, certidão de casamento ou divórcio, escrituras de imóveis e contratos de aluguel.
- v. Uma averiguação de identidade de uma agência federal ou estadual, se a agência tiver verificado a identidade.
- vi. Uma declaração assinada, sob pena de perjúrio, por outra pessoa que possa, de modo aceitável, confirmar a identidade de uma pessoa, se não houver nenhum outro documento disponível.

VI. Medical Hardship- um residente de Massachusetts em qualquer nível de renda contabilizável pode se inscrever para o Medical Hardship caso os custos médicos esgotem a renda da família de forma que ele não possa pagar pelos serviços elegíveis. As despesas médicas admissíveis do solicitante devem ultrapassar uma porcentagem específica da renda bruta do solicitante da seguinte forma:

Nível de renda	Porcentagem da renda bruta
0 - 205% FPL	10%
205,1 - 305% FPL	15%
305,1 - 405%	20%
405,1 - 605% FPL	30%
>605,1% FPL	40%

O departamento de Health Safety Net fornecerá a solicitação e processará as determinações de Medical Hardship com base na documentação enviada pelo HealthAlliance - Clinton e pelo paciente. O HealthAlliance - Clinton enviará a solicitação de Medical Hardship em um prazo de 5 dias úteis após o recebimento de toda a documentação necessária fornecida pelo paciente. O departamento de Health Safety Net analisará e processará uma solicitação de Medical Hardship se as despesas médicas permitidas do solicitante ultrapassarem a porcentagem de renda contabilizável listada acima. O departamento de Health Safety Net não processará uma

solicitação de Medical Hardship para qualquer pessoa com renda inferior a 405%, a menos que o indivíduo primeiro apresente uma solicitação à agência MassHealth e receba uma determinação. Podem ser submetidas duas inscrições no Medical Hardship em um período de 12 meses.

- i. Despesas médicas permitidas - o total de faturas médicas da família do Medical Hardship de qualquer prestador de serviços de saúde que, se pagas, se qualificariam como despesas médicas dedutíveis para fins de imposto de renda federal. Isso pode incluir faturas pagas e não pagas pelas quais o paciente ainda é responsável e incorrido por até doze meses antes da data da solicitação. Isso não inclui as faturas incorridas enquanto o solicitante for um paciente de baixa renda, a menos que seja um paciente de baixa renda apenas da assistência odontológica na data do serviço. Se o paciente não tiver recebido a fatura por mais de 9 meses a partir da data do serviço, ainda poderá ter permissão se a solicitação de Medical Hardship for enviada em um prazo de 90 dias do faturamento inicial. As faturas não pagas incluídas em uma determinação de Medical Hardship não serão incluídas em uma solicitação de Medical Hardship subsequente. Isso não inclui contas de serviços incorridos por pacientes enquanto estiverem inscritos no MassHealth ou um Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector.
- ii. A contribuição do solicitante é a porcentagem especificada da receita contabilizável, conforme indicado acima. Existe uma contribuição de Medical Hardship por família, de acordo com a determinação do Medical Hardship.
- iii. Notificação de determinação - o departamento de Health Safety Net notificará os solicitantes da determinação. Isso incluirá o seguinte:
 1. As datas para as quais as despesas médicas permitidas podem ser incluídas.
 2. O valor da contribuição de Medical Hardship dos solicitantes.
 3. Os serviços que não se qualificam como serviços elegíveis.
 4. A notificação da negação explicará o motivo da recusa.
 5. O nome e o número de uma pessoa de contato para mais informações.
- iv. Notificação ao prestador de serviços - o Health Safety Net notificará o prestador sobre o seguinte:
 1. A determinação com faturas incluídas nas despesas médicas permitidas do solicitante.
 2. A contribuição do solicitante para cada Prestador de serviços do Health Safety Net de acordo com as datas e as taxas brutas dos serviços prestados à família do solicitante.
- v. O HealthAlliance - Clinton enviará as solicitações de Serviços de Medical Hardship que ultrapassem a contribuição de Medical Hardship do paciente.
- vi. O HealthAlliance - Clinton cobrará do solicitante as contribuições para o Medical Hardship, a menos que tenha status de Paciente de Baixa Renda ou seja elegível para o MassHealth.

- vii. O HealthAlliance - Clinton cessará todos os esforços de cobrança mediante uma reivindicação de dívida irrecuperável de emergência aprovada para o Medical Hardship no programa Health Safety Net.
- viii. O HealthAlliance - Clinton cessará os esforços de cobrança nas faturas listadas na determinação de Medical Hardship e que teriam direito ao pagamento de Medical Hardship se, por qualquer motivo, a solicitação não foi apresentada em um prazo de 5 dias úteis.

VII. Cobertura adicional e cuidados descontados fornecidos pelo HealthAlliance - Clinton para pacientes do HealthAlliance - Clinton: Programa de Assistência Financeira – é política do HealthAlliance - Clinton oferecer assistência com descontos para aqueles que se qualificam para cuidados médicos necessários, urgentes ou de emergência. O Programa de Assistência Financeira se aplica aos pacientes, independentemente de onde residam. Para aqueles que foram considerados elegíveis, os pacientes não serão cobrados mais do que o valor geralmente faturado para um paciente que tenha cobertura de seguro.

- i. Elegibilidade - para ser determinado elegível, o solicitante deve atender aos seguintes critérios:
 - A renda familiar deve ser menor ou igual a 600% das diretrizes orientadoras do estado sobre rendimentos considerados situações de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines).
 - Preencher e assinar uma solicitação de assistência financeira.
 - Fornecer comprovação de renda para todos os membros da família elegíveis.
 - Candidatar-se a qualquer programa de assistência médica estadual ou governamental para o qual ele possa ser elegível.
 - Iniciar o processo de requerimento **240 dias** a contar da data da primeira fatura/declaração.
- ii. Comprovação de renda - os comprovantes aceitáveis de renda são os seguintes:
 - Os 2 holerites mais recentes.
 - Uma cópia do cheque ou extrato de benefícios de pensão, previdência social, desemprego ou outros rendimentos mais recentes.
 - Para os trabalhadores autônomos, a declaração de lucros e perdas dos últimos 3 meses.
 - Uma cópia da declaração de imposto de renda mais recente, desde que não tenha mais de 6 meses.
 - Uma declaração de um empregador indicando a renda semanal bruta.
 - No caso de pensão alimentícia, uma cópia de um decreto judicial ou uma comprovação dos pagamentos recebidos.
 - Uma declaração assinada de auxílio a um solicitante/membro da família que não tenha qualquer renda.
- iii. Período de elegibilidade - a elegibilidade para assistência financeira começará na data em que a inscrição preenchida e assinada for recebida no Departamento de Patient Financial Counseling. A elegibilidade permanecerá em vigor por um ano a partir da data de aprovação. A solicitação será considerada completa quando todos os critérios de elegibilidade forem atendidos.

O período de elegibilidade também cobre um período de 12 meses retroativo a partir da data de aprovação. O mesmo período de elegibilidade englobará todos os membros da família elegíveis indicados na inscrição.

A Assistência Financeira será cancelada se, a qualquer momento, os critérios de elegibilidade mudarem e o solicitante deixar de ser elegível. Isso pode consistir em mudanças na renda, no número de membros da família ou na elegibilidade de programas de assistência médica estadual ou governamental. Em casos dessa natureza, o solicitante será notificado por meio de carta sobre qualquer cancelamento de assistência.

O motivo do cancelamento será indicado.

- iv. Serviços elegíveis - descontos de Assistência Financeira aprovados para o HealthAlliance - o Programa Clinton de Assistência Financeira só se aplica aos cuidados médicos urgentes e de emergência necessários. Isso incluirá, mas não se limitará a, os serviços ambulatoriais, de internação e de observação.
- v. Serviços não elegíveis - os serviços não médicos necessários não serão elegíveis para o desconto de Assistência Financeira. Esses serviços incluem, mas não se limitam a, cirurgia estética, serviços de fertilização, aparelhos auditivos e serviços sociais e vocacionais. Os serviços não médicos necessários serão cobrados pelo valor total.
- vi. Solicitação completa - uma solicitação de Assistência Financeira será considerada uma "solicitação completa" quando os seguintes critérios forem atendidos:
 - A inscrição foi recebida no Departamento de Patient Financial Counseling.
 - O paciente/fiador ou um representante autorizado assinou a solicitação.
 - Todas as perguntas sobre a solicitação foram respondidas.
 - Uma comprovação de renda suficiente para fazer uma determinação de elegibilidade foi fornecida.

Uma aplicação completa será avaliada por um Consultor de requerimento certificado para determinar a elegibilidade. Todas as solicitações serão analisadas por um supervisor do Patient Financial Counseling para aprovação final.

1. A renda será calculada e claramente anexada à solicitação.
2. O tamanho da família do solicitante será determinado.
3. Um formulário de uso exclusivo do hospital será preenchido e anexado à solicitação.
4. A solicitação será entregue ao supervisor para análise e aprovação.
5. O supervisor analisará, assinará e devolverá a solicitação ao advogado/consultor para o processamento final.
6. Se todos os critérios de elegibilidade tiverem sido atendidos, uma carta de aprovação será enviada ao solicitante/fiador que indicará o período de elegibilidade e a porcentagem do desconto.
7. Se todos os critérios de elegibilidade não forem atendidos, uma carta de recusa será enviada ao solicitante/fiador.
8. As solicitações que foram aprovadas e processadas serão mantidas em um arquivo central no Escritório Comercial Central.

- vii. Solicitação incompleta - se a solicitação de Assistência Financeira não estiver completa, um Consultor de requerimento certificado enviará uma carta de acompanhamento ao paciente. Essa carta indicará as informações necessárias para processar a solicitação. O solicitante/fiador deve fornecer a documentação exigida em um prazo de 30 dias do recebimento da carta de acompanhamento. Se as informações não forem recebidas dentro desse prazo, a solicitação será negada. Uma carta com o motivo da recusa será enviada ao solicitante. Será permitido um período de carência de 30 dias a partir da data da recusa para o solicitante/fiador fornecer informações adicionais. No final do período da carência de 30 dias, deverá ser feita uma nova solicitação.
- viii. Base de cálculo - o HealthAlliance - Clinton utilizará o método retrospectivo para determinar a porcentagem do valor geralmente faturado aos pacientes conforme se aplica a esta Política de Assistência Financeira. Será usada uma combinação de encargos e pagamentos do ano anterior para produtos de seguros comerciais e Medicare para se determinar a taxa efetiva de cobrança líquida observada pela organização. Atualmente, o valor a ser cobrado dos pacientes considerados elegíveis a usufruir do programa de assistência financeira é de 25% dos encargos.
- ix. Os pacientes que se qualificarem para o Programa de Assistência Financeira e que tiverem cobertura de seguro terão suas obrigações financeiras (como copagamentos e franquias) após os pagamentos por seguro, limitados a não mais de 25% de seus encargos brutos agregados.
- x. Como se inscrever - o Departamento de Patient Financial Counseling será o ponto de contato para que os pacientes solicitem e obtenham, gratuitamente, uma cópia impressa da política, de um resumo em linguagem simples da política e da solicitação. Todos os três podem ser solicitados por telefone, pessoalmente ou por e-mail, conforme indicado a seguir:

Informações de contato do Patient Financial Counseling do HealthAlliance:

- Telefone: +1-978-466-2329
- E-mail externo: financialcounsel@healthalliance.com
- Endereço: Patient Financial Counseling, 60 Hospital Road, Leominster, MA 01453
- A Política detalhada da Assistência Financeira, de Crédito e Cobrança bem como um resumo em linguagem simples e a solicitação podem ser acessados por meio do site do Umass Memorial Health Care: <http://www.umassmemorialhealthcare.org/healthalliance-hospital>, na seção Patient & Visitors (Pacientes e visitantes), selecionando-se Financial Counseling (Aconselhamento financeiro).

VIII. Prestadores de serviços não aplicáveis - o HealthAlliance - Clinton não emprega seus próprios médicos. Cada médico ou outro prestador terceirizado, se houver, cobra por seus próprios serviços e segue seus próprios procedimentos de assistência financeira, faturamento e cobrança. Da mesma forma, os serviços prestados pelos médicos ou por outros prestadores terceirizados não são cobertos pela Política de Assistência Financeira, de Crédito e Cobrança do HealthAlliance - Clinton.

De acordo com a declaração acima, os serviços prestados por médicos ou outros clínicos nas áreas de especialidade identificadas a seguir não são cobertos pela Política de Assistência Financeira, de Crédito e Cobrança do HealthAlliance - Clinton:

Anestesiologia	Ginecologia e obstetrícia
Audiologia	Medicina ocupacional
Cardiologia	Ortopedia
Doença cardiovascular	Cuidados paliativos
Medicina intensiva	Patologia (anatômica e clínica)
Equipamentos médicos dermatológicos duráveis	Pediatria
Equipamento médico durável	Medicina física e reabilitação
Ouvido, nariz, garganta	Medicina pulmonar
Medicina emergencial	Radiologia
Hematologia/Oncologia	Medicina renal
Medicina interna	Medicina esportiva
Laboratório (Quest)	Cirurgia
Neurologia	Procedimentos menores em sala de tratamento

Somente emergências ou outros cuidados médicos necessários prestados nas instalações hospitalares pela própria instituição hospitalar são cobertos pela FAP - ou seja, a FAP se aplica apenas a (i) emergências ou outros cuidados médicos necessários prestados pelos funcionários (por exemplo, enfermeiras) do hospital e (ii) outros custos incorridos diretamente por uma instalação hospitalar com relação ao fornecimento de tais cuidados.

Procedimentos de faturamento e cobrança:

O HealthAlliance - Clinton deve administrar processos de faturamento e cobrança que sejam eficientes e eficazes na obtenção de valores devidos ao HealthAlliance - Clinton, a fim de cumprir nossas obrigações financeiras e continuar nossa missão de fornecer excelentes cuidados de saúde aos pacientes e comunidades que atendemos. Temos o compromisso de conduzir nossas práticas de faturamento e cobrança de maneira justa e respeitosa com nossos pacientes e seus familiares, conforme descrito a seguir.

- I. Faturamento para pagadores de terceiros** - o HealthAlliance - Clinton enviará solicitações para todos os serviços cobertos à seguradora de saúde do paciente ou a outro pagador responsável, caso o paciente tenha fornecido essas informações em tempo hábil e com precisão. Essas solicitações serão apresentadas o mais rapidamente possível após a data de alta ou serviço. Os pacientes permanecem financeiramente responsáveis por qualquer serviço não coberto, copagamentos, quantias de cosseguro e franquias, conforme determinado pela sua seguradora de saúde. Os pacientes são responsáveis por compreender e cumprir os requisitos de encaminhamento, autorização e outros requisitos de cobertura da seguradora. Os pacientes também são responsáveis pelo pagamento de qualquer serviço recusado pela seguradora até o limite permitido por contrato e regulamento.

O Departamento de contabilidade de prestador de serviços do HealthAlliance - Clinton envidará todos os esforços razoáveis para resolver contas com terceiros, incluindo o recurso de solicitações negadas. Relatórios e listas de trabalho de contas pendentes, incluindo solicitações negadas, analisados pela equipe de contabilidade de prestador de serviços e executados junto aos pagadores. Se, apesar desses esforços, o HealthAlliance - Clinton não tiver recebido pagamento ou outra resolução apropriada de um pagador não contratado dentro de um período razoável, o fiador poderá ser contatado informando que a seguradora não conseguiu resolver a solicitação. Se a conta permanecer não paga por um pagador não contratado, o fiador poderá estar sujeito ao processo padrão de faturamento e cobrança por conta própria até a extensão permitida por lei. O HealthAlliance - Clinton envidará o mesmo esforço para cobrar contas de atendimento de emergência para pacientes sem seguro, assim como faz para cobrar contas de quaisquer outras classificações de pacientes sujeitas aos termos desta política e da lei aplicável.

II. Processo de faturamento e cobrança por conta própria -

1. Os pacientes com responsabilidades de pagamento por conta própria receberão uma fatura inicial indicando os serviços e valores devidos pelos quais são responsáveis.
2. Para qualquer responsabilidade de pagamento por conta própria que permaneça não paga após a fatura inicial, o paciente receberá uma série de extratos mensais por pelo menos 3 meses ou até que o saldo seja zerado. O último extrato indicará que é um aviso final. O aviso final será enviado por carta registrada ao paciente indicando os saldos acima de US\$ 1000,00 pelo atendimento emergencial. O quarto extrato indicado como um aviso final.
3. A equipe de contabilidade de prestador de serviços fará uma ligação telefônica para qualquer paciente com um saldo pendente de pagamento por conta própria de US\$ 1.000 ou mais durante o processo normal de faturamento e cobrança.
4. O HealthAlliance - Clinton enviará uma notificação final por carta registrada para saldos acima de US\$ 1.000, onde os avisos não foram retornados como "endereço incorreto" ou "não entregues" para pacientes de atendimento de emergência.
5. Podem ser enviados avisos e/ou cartas adicionais aos pacientes devedores durante o processo de faturamento e cobrança, em um esforço para resolver os saldos pendentes.
6. Correspondências devolvidas e/ou não entregues serão pesquisadas pela equipe de contabilidade de prestador de serviços para obter endereços válidos. Serão utilizados bancos de dados e informações de consultas anteriores.
7. Todos esses esforços para cobrar saldos, bem como quaisquer consultas iniciadas pelo paciente, serão documentados na conta do fiador e estarão disponíveis para análise da Gerência.

8. Se, após todas as ações acima, e se os departamentos de contabilidade e finanças tiverem esgotado todos os esforços para determinar se um paciente atende aos critérios de elegibilidade para participar do programa de assistência financeira do HealthAlliance - Clinton, conforme descrito nas páginas 11 a 14 deste documento, qualquer uma das medidas a seguir será tomada.
9. As faturas que permanecerem sem resolução após 120 dias, e os esforços de cobrança descritos acima foram utilizados, serão analisadas para baixa como Dívidas irrecuperáveis, como segue:

<u>Saldo</u>	<u>Nível de análise</u>
US\$0-US\$999	Cobrador
US\$1.000-US\$10.000	Supervisor
US\$10.001-US\$25.000	Gerente
US\$25.000 e acima	Diretor

10. Agências de cobrança externas - o HealthAlliance - Clinton pode transferir contas de dívidas irrecuperáveis para agências de cobrança externas para continuar a cobrança.
 - Todas as agências de cobrança que trabalharem em nome do HealthAlliance - Clinton se comprometerão, por escrito, a respeitar as práticas e os padrões de cobrança aprovados pelo HealthAlliance - Clinton.
 - O HealthAlliance - Clinton pode, com aprovação do Conselho de Administradores e uma notificação por escrito de 30 dias, relatar a um serviço de classificação de crédito que continua sem receber o pagamento e que se esgotaram todas as tentativas razoáveis de identificar a cobertura de assistência médica disponível, acessar programas de desconto e/ou estabelecer planos de pagamento descritos nesta política. Em nenhuma circunstância os pacientes que atenderem aos critérios do Estado como pacientes de baixa renda serão considerados para encaminhamento para um serviço de classificação de crédito.
 - O HealthAlliance - Clinton não venderá a dívida de um paciente para uma agência terceirizada sem aprovação do conselho.
11. As contas do Medicare consideradas como dívida irrecuperável serão tratadas de acordo com o processo de cobrança e faturamento de pagamento por conta própria conforme especificado acima. As agências externas de cobrança realizarão mais esforços de cobrança por um período não inferior a 60 dias antes de devolver as contas ao HealthAlliance - Clinton como incobráveis.
12. O HealthAlliance - Clinton apresentará uma solicitação de dívida irrecuperável emergencial se um paciente não segurado não tiver sido aprovado para o status de baixa renda e todos os procedimentos indicados acima tiverem sido seguidos e o HA confirmar por meio do REVS que o paciente não é elegível para o status de baixa renda.

III. Atendimento ao cliente - o HealthAlliance - Clinton emprega uma equipe de Representantes de Atendimento ao Cliente para tratar dos problemas e sanar as dúvidas dos pacientes sobre suas faturas. Toda a equipe está disponível por telefone e pessoalmente de segunda a sexta das 8h às 16h30.

IV. Planos de pagamento - os clientes que expressarem dificuldades em cumprir suas obrigações financeiras (após todas as opções de cobertura terem sido esgotadas) receberão um plano de pagamento mensal sem juros com pagamento mensal mínimo de US\$ 25,00 e com a seguinte duração:

<u>Saldo</u>	<u>Duração do plano de pagamento *</u>
≤ US\$1.000	≤ 1 ano
≥ US\$1.000	≥ 2 anos

*Planos de pagamento mais longos podem ser concedidos com aprovação da gerência fiscal.

Este plano de pagamento será oferecido a todos os pacientes, inclusive aqueles considerados pacientes de baixa renda ou que se qualificam para o Health Safety Net Medical Hardship.

Os pacientes que deixarem de fazer pagamentos orçados mensalmente sem estabelecer um acordo alternativo estarão sujeitos aos Processos de Faturamento e Cobrança de pagamento por conta própria normais, incluindo o encaminhamento para uma agência de cobrança externa.

V. Juros - o HealthAlliance - Clinton não considerará os juros sobre os saldos dos pagamentos por conta própria pendentes durante o processo de faturamento normal ou durante o curso de um plano de pagamento.

VI. Desconto para pagamento à vista - o HealthAlliance - Clinton pode conceder um desconto para pacientes de qualquer nível de renda que paguem ou garantam por meio de cartão de crédito seu saldo de pagamento por conta própria antes ou imediatamente após a prestação dos serviços. O desconto reflete o valor temporal do dinheiro, a minimização de custos de faturamento e cobrança e a prevenção do risco de crédito. O pagamento com desconto para remessa imediata deve ser recebido no prazo máximo de 30 dias a partir da data do primeiro extrato. O desconto padrão será de 20% da obrigação líquida do paciente. Nenhum desconto maior pode ser oferecido, a menos que seja baseado em circunstâncias únicas e aprovado pelo diretor sênior de sistemas de receita.

VII. Requisitos de depósito - o HealthAlliance - Clinton não exigirá depósitos de pré-internação e/ou pré-tratamento para pacientes que necessitem de serviços de emergência ou que sejam considerados pacientes com status de baixa renda. O HealthAlliance - Clinton se reserva o direito de solicitar depósitos antecipados nos seguintes casos:

- Pacientes que receberem serviços eletivos cosméticos ou não necessários do ponto de vista médico podem ser obrigados a pagar um valor igual a 100% da taxa cobrada antes do atendimento.

- Pacientes que não possuírem cobertura de seguro comprovável e não se qualificarem ao status de paciente de baixa renda/Health Safety Net podem ter de realizar um depósito antecipado se o serviço a ser realizado for de natureza eletiva. O não cumprimento do requisito de depósito pode resultar no adiamento ou prorrogação do serviço com a aprovação do médico assistente.
- Pacientes que viajam de países estrangeiros para o HealthAlliance - Clinton para tratamento podem ser obrigados a pagar a fatura integral estimada antecipadamente.
- Pacientes com baixa renda parcial podem ser solicitados a pagar até 20% do valor da franquia de até US\$ 500,00.
- Pacientes do Medical Hardship podem ser solicitados a pagar até 20% do valor da franquia de até US\$ 1.000,00.
- Pacientes com cuidados com desconto poderão ser solicitados a pagar até 20% do valor devido até US\$ 5.000,00.
- Pacientes segurados com cosseguro e responsabilidades de franquia podem ser obrigados a pagar tais valores ou garanti-los por meio de um cartão de crédito, antes do serviço.

VIII. Garantias - conforme rotina comercial corrente, o HealthAlliance - Clinton somente recorrerá a garantias para proteger os interesses do HealthAlliance - Clinton nos acordos de terceiros ou conforme exigido para garantir os interesses do HealthAlliance - Clinton durante os procedimentos legais. Nenhuma penhora será iniciada contra a residência principal de um paciente ou outros bens pessoais sem aprovação prévia por escrito do Conselho de Administradores do HealthAlliance - Clinton. Todas as aprovações do Conselho de Administradores serão feitas individualmente.

IX. Falência - os pacientes que declararem falência terão todas as atividades de faturamento e cobrança descontinuadas após o recebimento de uma notificação de falência.

X. Acidentes com veículos automotores - o HealthAlliance - Clinton apresentará uma solicitação ao Departamento de Health Safety Net (HSNO) para pacientes de baixa renda feridos em acidentes com veículos automotores somente após investigar se o paciente, motorista e/ou proprietário do veículo automotor tinha uma apólice de seguro. O HealthAlliance - Clinton envidará os esforços razoáveis para obter qualquer informação de seguro de terceiros do paciente e reter evidências de tais esforços, incluindo documentação de telefonemas e cartas para o paciente. O HealthAlliance - Clinton reembolsará o Departamento de Health Safety Net qualquer pagamento recebido de terceiros que tenha sido identificado e o HealthAlliance - Clinton tenha recebido o pagamento.

XI. Direitos e responsabilidades dos pacientes-

- a. O HealthAlliance - Clinton aconselhará alguns pacientes sobre seus direitos e responsabilidades em cada ponto em que o paciente interage com a equipe de registro, conforme descrito a seguir:
 - i. Inscrever-se para o MassHealth, o Premium Assistance Payment Program operado pelo Health Connector, uma determinação de Plano de Saúde Qualificado, Medical Hardship e Health Safety Net.

- ii. Um plano de pagamento, conforme descrito em nosso processo de faturamento e cobrança por conta própria.
- b. O HealthAlliance - Clinton aconselhará os pacientes que recebem serviços elegíveis do Health Safety Net de sua responsabilidade de:
 - i. Fornecer toda a documentação necessária.
 - ii. Informar o MassHealth ou o HealthAlliance - Clinton sobre qualquer mudança na renda familiar ou no status de elegibilidade do seguro TPL.
 - iii. Rastrear a franquia anual familiar conforme determinado para pacientes com renda entre 150,1% e 300% das Diretrizes de Pobreza Federal e fornecer documentação ao HealthAlliance - Clinton de que a franquia foi atingida quando mais de um membro da família é considerado um paciente de baixa renda ou se o paciente ou membro da família receber serviços elegíveis de baixa renda de mais de um prestador de serviços.
 - iv. Registrar o pedido de TPL sobre acidente, lesão ou perda e notificar o programa público estadual (por exemplo, o Departamento de Medicaid e Health Safety Net), em um prazo de 10 dias da apresentação de uma ação judicial ou reivindicação de seguro que cubra o custo dos serviços prestados pelo hospital. Um paciente é ainda obrigado a ceder o direito a um pagamento de terceiros que cobrirá os custos do serviço pago pelo Departamento de Medicaid ou pelo Health Safety Net e a reembolsar a divisão pelos valores recebidos pelos serviços cobertos pelo Health Safety Net relacionados especificamente ao acidente ou outra perda.
 - v. Pagar ao Departamento de Health Safety Net todo o dinheiro recebido de um terceiro relacionado a um acidente ou incidente pelo serviço médico pago pelo Departamento de Health Safety Net.
 - vi. O Departamento de Health Safety Net receberá diretamente do paciente, apenas quando este tiver recebido pagamento de terceiros por serviços médicos pagos pelo Departamento de Health Safety Net.
 - vii. O Departamento de Health Safety Net pode solicitar que o Departamento de Receita intercepte qualquer pagamento a um paciente por serviços prestados por uma solicitação enviada e paga pelo Health Safety Net por dívidas irrecuperáveis de emergência.

XII. Isenção do pagamento por conta própria e ação de cobrança - o HealthAlliance - Clinton não iniciará a atividade de cobrança e pagamento por conta própria nos seguintes casos:

1. Mediante comprovação suficiente de que o paciente é um beneficiário do Auxílio de Emergência para Idosos, Deficientes e Crianças (EAEDC) ou inscrito no MassHealth, Health Safety Net, Children's Medical Security Plan cuja renda familiar é igual ou menor que 300% FPL, ou designação de paciente de baixa renda, com exceção dos pacientes de baixa renda apenas para uso odontológico, conforme determinado pelo Departamento de Medicaid, com exceção dos copagamentos e franquias exigidos pelo Programa de Assistência.
2. O hospital colocou a conta em status de suspensão administrativa ou legal e/ou foram feitos acordos de pagamento específicos com o paciente ou o fiador.

3. Contas de Medical Hardship que ultrapassem a contribuição por dificuldades médicas.
4. As contribuições de Medical Hardship que permanecem pendentes durante o período de elegibilidade do Paciente MassHealth ou Paciente de baixa renda.
5. Todos os pacientes de baixa renda aprovados pelo período em que foram considerados como tal.
6. A menos que o HealthAlliance - Clinton tenha determinado que o paciente apresentou uma solicitação de Mass Health.
7. Pacientes elegíveis para o Health Safety Net Parcial, com exceção de qualquer franquia necessária.
8. O HealthAlliance - Clinton pode cobrar dos pacientes do Medical Hardship e elegíveis para o Health Safety Net pelos serviços não médicos necessários prestados mediante solicitação do paciente e com os quais o paciente concordou por meio de consentimento por escrito.
9. O HealthAlliance - Clinton pode cobrar um paciente de baixa renda, a seu pedido, a fim de permitir que o paciente atenda à franquia obrigatória única do CommonHealth.