

Houston Methodist Política FI49

Assunto:
Assistência Financeira

Data de Vigência:
1 de janeiro de 2016

Aplicável para:
Hospitais Houston Methodist

Revisada em:
1 de janeiro de 2016

Área Emissora:
Conselho de Ciclo de Receitas

Data Prevista para Revisão:
1 de janeiro de 2019

I. POLÍTICA

O Houston Methodist (HM) está empenhado em prestar auxílio financeiro a pessoas sem seguro ou com seguro insuficiente para cobrir necessidades de tratamento de saúde e que não se qualifiquem para programas do governo ou estejam em situação financeira que impossibilite o pagamento de cuidados médicos, inclusive atendimento de emergência conforme aqui definido. Condizente com seu objetivo de prestar cuidados de saúde de alta qualidade com soluções de custo econômico e para interceder pelos necessitados, o HM se empenha para assegurar que os serviços de saúde cheguem a todos que deles precisam. O HM prestará, sem discriminação, atendimento para as condições médicas de emergência, quer o paciente tenha ou não condições de pagar.

Esta política abrange os procedimentos para solicitação de auxílio financeiro; serviços elegíveis; critérios de elegibilidade; o processo de aprovação; a base para calcular os valores cobrados; requisitos para divulgação e comunicação; procedimentos de cobrança de valores não pagos; lista dos provedores que são/não são cobertos por esta política (Anexo C), e também fornece um resumo em linguagem simplificada desta política (Anexo A).

Não se considera o auxílio financeiro como um substituto da responsabilidade pessoal. Cabe aos pacientes contribuir para os custos dos cuidados que recebem, dentro das suas possibilidades de pagar, e cumprir os procedimentos do HM para obter auxílio financeiro. Indivíduos com capacidade financeira de adquirir seguro-saúde devem assim fazê-lo, como meio de ter acesso aos serviços de saúde. Os pacientes que se qualifiquem como pacientes do Houston Methodist Global estão excluídos desta política.

Condizente com uma gestão de recursos responsável e para que o HM possa prestar serviços de saúde a um maior número de pessoas carentes, a Administração do HM estabeleceu as seguintes diretrizes para a oferta de caridade a pacientes.

II. DEFINIÇÕES

- **Auxílio Financeiro:** serviços de saúde prestados pelos hospitais HM sem ônus ou a preços com desconto para pacientes aprovados para Auxílio Financeiro

- Família: usando a definição do Departamento do Censo (Census Bureau), um grupo de duas ou mais pessoas que moram juntas e que estão relacionadas por nascimento, casamento ou adoção. De acordo com as normas do Serviço de Arrecadação (Internal Revenue Service), se um paciente declara alguém como dependente na declaração de IR, esta pessoa também pode ser considerada dependente para fins de determinação de auxílio financeiro.
- Renda familiar: considerada antes dos impostos, a renda familiar é determinada segundo a definição do Departamento do Censo (Census Bureau), que usa a seguinte renda para definir os níveis federais de pobreza:
 - Rendimentos, seguro desemprego, auxílio acidente, Seguro Social (Social Security), renda de segurança suplementar, assistência pública, pensão de veteranos, pensão por viuvez, pensão ou aposentadoria, juros e dividendos (excluindo ganhos ou perdas de capital), aluguel, royalties, heranças, trusts, auxílio educação, pensão alimentícia, auxílio externo à família e outras fontes diversas;
 - Os benefícios que não são pagos em dinheiro (como vale-refeição e subsídio à moradia) não são considerados;
 - Se uma pessoa mora com uma família, incluir o rendimento de todos os membros da família. Os que não são parentes são excluídos.
- Sem seguro: um paciente sem seguro ou com ajuda de terceiros.
- Seguro insuficiente: um paciente com algum seguro ou ajuda de terceiros, que recebeu serviços não cobertos e/ou despesas a serem pagas do próprio bolso que superam seus recursos financeiros.
- Houston Methodist Global: uma empresa do Houston Methodist que atende os seguintes pacientes:
 - Com cidadania em um país estrangeiro;
 - Portadores de passaportes válidos;
 - Aposentados dos Estados Unidos que residam permanentemente no exterior; ou
 - Cidadãos dos Estados Unidos que trabalham mais de seis meses por ano no exterior.
- Despesas brutas: as despesas do paciente antes da aplicação dos ajustes ou descontos contratuais.
- Porcentagem dos Valores Tipicamente Faturados (AGB): a porcentagem média dos pagamentos que um hospital HM recebe do Medicare e das companhias de seguro privadas (ver Anexo B) pelos serviços médicos necessários ou de emergência.. A porcentagem AGB é calculada anualmente para cada hospital HM, dentro de 120 dias contados a partir de 31 de dezembro, utilizando um método retroativo que inclui os reembolsos processados para o ano civil anterior.
- Condições médicas de emergência: definidas na aceção da seção 1867 da Lei do Seguro Social (Social Security) (42 U.S.C. 1385 dd).

- Clinicamente necessário: conforme definido pelo Medicare (serviços ou itens razoáveis e necessários para o diagnóstico ou tratamento de doença ou lesão).

III. PROCEDIMENTO

A. Como Solicitar Auxílio Financeiro

1. Para solicitar auxílio financeiro, um paciente pode obter gratuitamente o formulário para Solicitação de Auxílio Financeiro, conforme segue:
 - a. Fale com um Consultor Financeiro antes ou por ocasião do serviço;
 - b. Baixe do site do HM, no www.HoustonMethodist.org/Billing
 - c. Ligue para o Escritório Centralizado do HM, de segunda a sexta, das 7 h às 19 h, sábado das 8h às 12h, no 832-667-5900 ou ligue grátis para 877-493-3228; ou
 - d. Por Correio:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fray Road
Katy, TX 77450
2. Quando obter o FAA, preencha todos os campos do formulário, colete e anexe os documentos de apoio solicitados e envie toda a documentação por um desses meios:
 - a. Por correio:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
 - b. Entregue ou encaminhe os documentos para um membro da equipe de Acesso do Paciente; ou
 - c. Via fax para 832-667-5995.
3. É recomendável, mas não é exigido, que uma solicitação de auxílio financeiro e uma avaliação da carência financeira sejam feitas antes da prestação dos serviços médicos não emergenciais. No entanto, a avaliação pode ser feita a qualquer momento no ciclo de cobrança. A necessidade para auxílio financeiro é avaliada a cada situação posterior aos serviços, se a última avaliação financeira foi feita há mais de um ano, ou a qualquer momento que informações adicionais relevantes à elegibilidade do paciente sejam obtidas.
4. O apreço do HM pela dignidade humana e gestão de recursos responsável se refletem no processo de solicitação e aprovação. As solicitações de auxílio financeiro serão processadas com agilidade e o HM avisará o paciente ou solicitante por escrito, dentro de 15 dias do recebimento do formulário. O auxílio financeiro será aprovado ou negado

com base no formulário FAA e outras cláusulas desta política (p.ex. ver abaixo).

- B. **Serviços Elegíveis** Os seguintes serviços de cuidados de saúde são elegíveis para auxílio financeiro:
1. Serviços médicos de emergência prestados em uma sala de emergência;
 2. Serviços para uma condição que, se não tratada imediatamente, pode resultar em uma alteração adversa na condição de saúde de uma pessoa;
 3. Serviços de urgência (não eletivos) prestados em resposta a circunstâncias de risco de vida em uma sala de não emergência; e
 4. Serviços clinicamente necessários, avaliados caso a caso conforme discricção do HM.
- C. **Processo de elegibilidade** A necessidade financeira será determinada de acordo com um processo de avaliação individual que pode incluir o seguinte:
1. Um processo de solicitação de auxílio culminando no preenchimento do formulário FAA (Anexo D).
 2. Uso de fontes de dados disponíveis ao público que forneçam informações sobre a condição do paciente ou de avalista do paciente de pagar (tal com a ficha de crédito);
 3. Empenhos razoáveis pelo HM para explorar fontes alternativas adequadas de pagamento e cobertura, desde programas de pagamento público e privado, inclusive assistência para pacientes que solicitam inscrição em tais programas; e
 4. Avaliação dos bens disponíveis do paciente, e outros recursos financeiros.
- D. **Eligibilidade presumível para auxílio financeiro** Em alguns casos pode haver informações adequadas para determinar elegibilidade para auxílio financeiro dispensando o FAA. A elegibilidade será avaliada e/ou reavaliada para cada data de serviço. Alguns exemplos que o HM pode usar para determinar a elegibilidade para auxílio financeiro:
1. Sem teto ou cliente de uma clínica que atende carentes
 2. Participação em programas de mulheres, infantes e crianças (WIC);
 3. Elegibilidade para vale-refeição (food stamps);
 4. Elegibilidade para outros programas de assistência local e estadual que não possuem fundos (p.ex. gastos de Medicaid);
 5. Moradia subsidiada / baixa renda é fornecida como um endereço válido;
 6. Paciente falece sem deixar bens; e

7. Classificação por consultor profissional de caridade

- E. **Valores Faturados** Quando a elegibilidade para atendimento segundo esta política for confirmada, o faturamento do paciente não ultrapassará o AGB. O valor faturado estará baseado na eventual porcentagem do AGB, calculada sobre as despesas brutas, dependendo da renda familiar do paciente, em função do nível de pobreza federal, conforme abaixo:
1. Renda familiar do paciente está na linha da pobreza ou 200% abaixo dela - 0% do AGB
 2. Renda familiar do paciente está acima de 200%, mas abaixo de 300% da linha de pobreza - 50% do AGB, e
 3. Renda familiar está acima de 300%, mas abaixo de 400% da linha de pobreza - 100% do AGB
- F. **Medidas de Cobrança em Caso de Não Pagamento** Nos casos em que um paciente não paga o valor faturado (Seção III E. acima), a administração do HM seguirá suas políticas de cobrança que incluirão as opções de parcelamento de pagamento. Em nenhum momento o HM imporá ações de cobrança extras, tais como confisco de salário, gravames pessoais em residência principal, comunicação a agências de crédito ou outras ações legais. Uma cópia das políticas de cobrança do HM pode ser obtida gratuitamente seguindo uma das etapas relacionadas na Seção III, A 1.a - d.
- G. **Comunicação Sobre Auxílio Financeiro e Requisitos de Divulgação**
A comunicação sobre auxílio financeiro será feita por diversos meios, que podem incluir, dentre outros: publicação das comunicações nas faturas dos pacientes; avisos em salas de emergência e centros de cuidados urgentes; o formulário Condições de Internação, departamentos de Internação e Registro, e outros locais públicos que o HM escolherá. O HM também publicará amplamente um sumário da política de auxílio financeiro nos sites dos hospitais, nos folhetos disponíveis onde circulam os pacientes e em outros locais na comunidade atendida pelo HM. Tais comunicações e informações do sumário serão fornecidas em vários idiomas falados na população atendida pelo HM. O encaminhamento de pacientes para auxílio financeiro pode ser feito por qualquer funcionário da administração ou do corpo médico do HM. Uma solicitação para auxílio financeiro pode ser feita pelo paciente ou membro da família, um amigo próximo ou relacionado ao paciente, nos termos das leis de privacidade aplicáveis.
- H. **Requisitos Legais** Na implantação desta Política, o HM cumprirá as leis, regulamentos e normas federais, estaduais e municipais que se apliquem aos trabalhos executados segundo esta Política.
- I. **Referências Fidedignas**
1. Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente (*Patient Protection and Affordable Care Act*) de 2010;
 2. Código do Imposto de Renda (Internal Revenue Code), Seção 501(r)(4)-(r)(6);

3. Política de Opções para Parcelamento de Pagamento (FI86); e
4. Política de Cobranças (FI85).

Recomendado pelo Conselho de Ciclo de Receitas
Aprovado pela Administração do Houston Methodist

Autorizado pelo Diretor Administrativo:

(Assinado no arquivo original)

M. Boom
Presidente
Diretor Executivo (CEO)
Houston Methodist

Data

Anexo A

Resumo em Linguagem Simplificada Política de Auxílio Financeiro do Houston Methodist

O Houston Methodist (HM) está empenhado em prestar caridade médica a pessoas sem seguro ou com seguro insuficiente e que não se qualifiquem para programas do governo ou que não estejam em situação financeira de pagar por cuidados médicos e emergenciais necessários.

Os pacientes cuja renda familiar esteja abaixo do dobro (200%) da linha de pobreza poderão receber serviços gratuitos; pacientes cuja renda familiar esteja acima do dobro (200%) mas abaixo de 4 vezes (400%) o valor da linha da pobreza poderão receber serviços com desconto. A taxa de desconto não deve superar o valor médio que o Houston Methodist receberia do seguro privado e Medicare, inclusive os pagamentos dos pacientes na forma de franquias, copagamentos e cosseguro.

Não será exigido que você faça pagamentos adiantados ou acordos para pagar por serviços médicos necessários ou emergenciais antes de receber tais serviços. No entanto, se você tiver que pagar um valor com desconto e não puder quitá-lo após receber os serviços, o Houston Methodist tomará as providências para cobrar este valor. O HM fornecerá extratos mensais das faturas solicitando o pagamento. Se você não puder pagar o valor com desconto em uma única parcela, o HM oferece opções de parcelar o pagamento sem juros. Eventuais contas com desconto que não forem pagas serão encaminhadas a empresas de cobrança para os devidos procedimentos. As atividades de cobrança não incluirão gravames pessoais, ações legais ou comunicação para agências de crédito.

Uma cópia grátis da Política de Auxílio Financeiro do HM, o formulário Solicitação de Auxílio Financeiro (FAA) e as Políticas de Cobrança estão disponíveis no site do Houston Methodist no www.HoustonMethodist.org/Billing, nas áreas de internamento e registro nos hospitais, e podem ser obtidas contatando o Centralized Business Office no telefone (local) 832-667-5900, (ligação grátis) 877-493-3228, e por solicitação por correio para:

Houston Methodist
Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

Este Resumo em Linguagem Simplificada, a Política de Auxílio Financeiro, o formulário Solicitação de Auxílio Financeiro e as Políticas de Cobrança estão disponíveis em vários idiomas nos contatos relacionados acima.

A Unidade de Auxílio Financeiro do Houston Methodist está disponível para responder perguntas e prestar informações sobre a Política de Auxílio Financeiro e facilitar o processo de solicitação de ajuda. A Unidade de Auxílio Financeiro está disponível de segunda a sexta, das 7 h às 19 h, e sábado das 8 h às 12 h, pelo telefone 832-667-5900 ou 877-493-3228.

Após preencher o formulário Solicitação de Assistência Financeira (FAA), anexe todos os documentos de apoio solicitados e envie-o para a Unidade de Auxílio Financeiro via fax 832-667-5995 ou pelo correio - ver endereço acima.

Anexo B

PLANILHA DE CÁLCULO DOS VALORES TÍPICAMENTE FATURADOS

Cálculo Anual da Porcentagem dos Valores Tipicamente Faturados (AGB) no Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist Hospital)

Período da Medição: 1 de janeiro de 2015 - 31 de dezembro de 2015

A	Valores tabelados por Serviço do Medicare (Fee-for-Service) em solicitações de reembolso pagas no período	\$
B	Valores tabelados por seguro particular em solicitações de reembolso pagas no período	\$
C	Copagamentos, cosseguro e franquias pagos por pacientes em sinistros relacionados em A e B no período	\$
D	Total do valores tabelados e pagamentos de pacientes (A+B+C acima)	\$
E	Cobranças brutas do hospital para serviços prestados em D acima	\$
F	Porcentagem dos valores tipicamente faturados (AGB) específicos do hospital (D/E)	%

Para uma lista atual das porcentagens AGB para cada hospital Houston Methodist, seguir uma das etapas relacionadas na Seção III, A, A.a – d.– Esta informação será fornecida sem nenhum custo para você..

Anexo C

Lista dos provedores que são/não são cobertos por esta Política

	Cobertos
Organização/Grupo/Clínica	Sim/Não
Houston Methodist Hospital	Sim
Houston Methodist Sugar Land Hospital	Sim
Houston Methodist Willowbrook Hospital	Sim
Houston Methodist West Hospital	Sim
Houston Methodist San Jacinto Hospital	Sim
Houston Methodist St. John Hospital	Sim
Houston Methodist St. Catherine Hospital	Sim
Houston Methodist Imaging Center: Katy Freeway	Sim
Houston Methodist Imaging Center: Kirgy	Sim
Houston Methodist Emergency Center: Cinco Ranch	Sim
Houston Methodist Emergency Center: Cypress	Sim
Houston Methodist Emergency Center: Kirby	Sim
Houston Methodist Emergency Center: Pearland	Sim
Houston Methodist Emergency Center: Sienna Plantation	Sim
Houston Methodist Emergency Center: Voss	Sim
Houston Methodist Primary Care Group	Não
Houston Methodist Specialty Physician Group	Não
Grupos de Médicos Metodistas fora de Houston (MDs particulares)	Não
Anestesiologia: US Anesthesia Partners	Não
Anestesiologia: Baylor	Não
Anestesiologia: Space City Anesthesia	Não
Médicos de emergência: EmergiGroup Physician Associates	Não
Médicos de emergência: Neptune Emergency Services	Não
Médicos de emergência: The Schumacher Group	Não
Médicos de emergência: Kirby Emergency Physicians	Não
Hospitalista: IPC – The Hospitalist Company PA	Não
Hospitalista: Neptune Hospitalist Services, nome fantasia: Triton Hospitalist	Não
Hospitalista: OB Hospitalist Group	Não
Hospitalista: Sound Hospitalist Group of Texas	Não

Imagem: MASTOS Imaging Associates	Não
Recém-nascidos: Texas Children's Physician Services	Não
Patologia: Coastal Pathology	Não
Patologia: Methodist Pathology Associates, PLLC	Não
Radiologia: Baytown Radiology	Não
Radiologia: Houston Radiology Associated	Não

Anexo D



Solicitação de Auxílio Financeiro

Instruções: preencha todos os campos em branco abaixo. Se um item não se aplicar a você, escreva N/A. Anexe fotocópias dos seguintes documentos que se aplicam à sua situação atual: 1. Holerite de pagamento mais recente que informe sua renda anual até a presente data; 2. Declaração de imposto de renda mais recente, incluindo todos os anexos; 3. Cheque ou carta de elegibilidade do Seguro Social (Social Security) ou extrato do banco, se depósito direito; 4. Carta atestando desemprego; 5. Cartão ouro do Harris Health System. Se desempregado e dependente de outros para rendimento e/ou despesas, anexe uma carta de suporte e uma cópia da declaração de IR, se constar como dependente. Se tiver dúvidas ou precisar de mais ajuda para preencher o formulário, contate o Centralized Business Office no telefone 877-493-3228, de segunda à sexta das 7h às 19 h, sábado das 8h às 12 h.

Devolva o formulário preenchido com os comprovantes para qualquer membro da equipe de Acesso do Paciente, ou envie pelo correio ou via fax (832) 687-5995 para o Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

NOME DO PACIENTE (LETRAS DE FORMA) _____ QUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DO NO. DO SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY) _____

NOME DO CÔNJUGE/PROGENITOR/TUTOR (LETRAS DE FORMA) _____ NÚMERO DO SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY) _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____

NÚMERO DE TELEFONE _____ DATA DE NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

SERVIÇO(S) SOLICITADO(S): _____

NÚMERO DE CONTA: _____ DATAS DO SERVIÇO: _____

No. de filhos menores de 18 anos que moram em casa: _____ Nomes dos dependentes

Parentesco direto _____

Enteados _____

Sem parentesco _____

Tutor de _____

DESPESAS MENSAIS	Moradia: <input type="checkbox"/> Aluguel <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Quitada Parcela mensal \$ _____	Serviços: Energia \$ _____ Água \$ _____ Gás \$ _____	Automóveis: <input type="checkbox"/> Próprio/Qtde _____ <input type="checkbox"/> Leasing/Qtde _____ Valor mensal \$ _____
-------------------------	--	---	---

Paciente	Cônjuge/Outro
-----------------	----------------------

Empregador _____ <input type="checkbox"/> Empregado período integral <input type="checkbox"/> Empregado meio-período <input type="checkbox"/> Desempregado/aposentado/incapacitado <input type="checkbox"/> Incapaz de voltar ao trabalho <input type="checkbox"/> Dona-de-casa	Empregador _____ <input type="checkbox"/> Empregado período integral <input type="checkbox"/> Empregado meio-período <input type="checkbox"/> Desempregado/aposentado/incapacitado <input type="checkbox"/> Incapaz de voltar ao trabalho <input type="checkbox"/> Dona-de-casa
--	--

RENDA FAMILIAR TOTAL* \$ _____ /mês (ENVIAR COMPROVANTE(S) DE RENDIMENTO COM A SOLICITAÇÃO)

* Inclui salários, proveitos da fazenda ou trabalho autônomo, assistência do governo, Seguro Social (Social Security), auxílio desemprego, aposentadoria, benefícios durante greves, pensão alimentícia, dotações militares, pensões, rendimentos de dividendos, juros, renda de aluguel e de outras fontes.

CONTAS BANCÁRIAS/OUTROS ATIVOS:

Conta bancária	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Saldo	\$ _____
Conta poupança	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Saldo	\$ _____
Ações/Bonds, etc.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Saldo	\$ _____
Propriedades Adicionais	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Descreva	_____

Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas no melhor do meu conhecimento. Estou ciente de que omitir as informações acima solicitadas poderá resultar em desqualificação de eventual ajuda financeira prevista no Programa. Se aplicável, solicitarei auxílio do governo, tomarei as medidas cabíveis para obter tal auxílio e avisarei o HM do resultado da minha solicitação. Autorizo (autorizamos) o HM a obter informações de toda e qualquer fonte para verificar a(s) declaração(ões) feitas.

 (Assinatura do Paciente/Solicitante) _____
 (Data)