

**Hospital Metodista de Houston
(Houston Methodist)
Política FI49**

Assunto:

Ajuda Financeira

Data Efetiva:

1 de janeiro de 2016

Aplica-se aos:

Hospitais Metodista de Houston

Data da Revisão:

1 de janeiro de 2016

Área Originária:

Conselho de Contabilidade

Data-Alvo da Revisão:

1 de janeiro de 2019

I. POLÍTICA

O Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) (HM) compromete-se a prestar ajuda financeira às pessoas que têm necessidades de serviços de saúde e não têm seguro médico ou estão insuficientemente asseguradas e são inelegíveis para um programa de governo, ou de outra maneira incapazes de pagar os cuidados médicos necessários, incluindo cuidados de emergência conforme definidos aqui, com base na sua situação financeira individual. De acordo com o objetivo do HM de oferecer cuidados de saúde de alta qualidade, com uma relação custo-benefício eficiente, e defender os necessitados, o HM esforça-se por garantir que as pessoas necessitadas não deixem de receber a assistência médica necessária. O HM prestará, sem discriminação, assistência médica de emergência, independentemente da capacidade do paciente em pagar.

Esta política cobre como se candidatar a ajuda financeira; serviços elegíveis; critério de elegibilidade; o processo de aprovação; a base de cálculo dos valores cobrados; requisitos de notificação e lançamento; procedimentos de cobrança de valores não pagos; uma lista de prestadores de serviços que são / não são abrangidos por esta política (Anexo C), e também fornece um resumo desta política (Anexo A) em linguagem simples.

A ajuda financeira não é considerada como um substituto da responsabilidade pessoal. Os pacientes devem contribuir para o custo dos seus cuidados de saúde de acordo com a sua capacidade de pagamento, e cumprir com os procedimentos do HM para a obtenção de ajuda financeira. Indivíduos com capacidade financeira para obter um seguro de saúde serão incentivados a fazê-lo, como um meio de proporcionar acesso aos serviços de saúde. Os pacientes que poderiam qualificar-se como pacientes do Houston Methodist Global são excluídos desta política.

De acordo com uma boa administração financeira e a fim de permitir ao HM prestar serviços de saúde a um máximo de pessoas necessitadas, o Conselho de Administração do HM estabeleceu as seguintes diretrizes para a prestação de cuidados de caridade ao paciente.

II. DEFINIÇÕES

- Ajuda Financeira: Serviços de saúde prestados pelos hospitais HM sem encargos ou com um desconto para os pacientes aprovados para Ajuda Financeira.
- Família: Usando a definição do Recenseamento (Census Bureau), um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e que estão relacionadas pelo nascimento, casamento ou adoção. De acordo com as regras do IRS, se um paciente reivindica alguém como dependente na sua declaração de imposto sobre o rendimento, aquele pode ser considerado dependente para fins de determinação de ajuda financeira.
- Rendimento Familiar: O Rendimento Familiar, num regime antes do imposto, é determinado utilizando a definição do Recenseamento (Census Bureau), que usa os seguintes rendimentos ao calcular os níveis de pobreza federais (FPL):
 - Salários, subsídios de desemprego, indemnização do trabalhador, Segurança Social, Suplemento da Segurança Social (SSI), assistência pública, pagamentos aos veteranos, subsídios de sobrevivência, pensão ou reforma, juros e dividendos (excluindo ganhos ou perdas de capital), alugueres, royalties, rendas de propriedades, trusts, ajuda educativa, pensão alimentícia (cônjuge), pensão alimentícia (filhos), assistência de fora da casa, e outras fontes diversas;
 - Benefícios sem ser em dinheiro (tais como vales-refeição e subsídios de habitação) não contam;
 - Se uma pessoa vive com a família, inclui o rendimento de todos os familiares. Não familiares como um companheiro de casa, não contam.
- Não Assegurado: Um paciente sem seguro de saúde ou ajuda de terceiros.
- Seguro Insuficiente: Um paciente que tem um seguro ou ajuda de terceiros que tem serviços não cobertos e/ou despesas pagas do seu próprio bolso que excedem as suas capacidades financeiras.
- Houston Methodist Global: Uma companhia do Houston Methodist que serve os seguintes pacientes:
 - Cidadania de um país estrangeiro;
 - Possuem passaportes válidos;
 - Aposentados dos Estados Unidos que residam permanentemente no estrangeiro; ou
 - Cidadãos dos Estados Unidos que trabalham no estrangeiro mais que seis meses no ano.
- Encargos Brutos: Encargos do paciente antes da aplicação de reajustes contratuais ou descontos.
- Valores Percentuais Cobrados em Geral (AGB): A média de pagamento que um hospital do HM recebe por serviços medicamente necessários ou de emergência da Medicare e de companhias de seguros privadas (ver Anexo B). A percentagem AGB é calculada anualmente para cada hospital do HM, no prazo de 120 dias a partir de 31 de Dezembro, utilizando o método de olhar para trás que inclui as reivindicações processadas relativamente ao ano civil anterior.

- Problemas médicos urgentes: Definidos no âmbito da Seção 1867 da Lei da Segurança Social (42 U.S.C. 1395dd).
- Medicamento necessário: Tal como definido pela Medicare (serviços ou itens moderados e necessários para estabelecer o diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão).

III. PROCEDIMENTO

A. Como Recorrer a Ajuda Financeira

1. Para se candidatar a Ajuda Financeira, o paciente pode obter um formulário de Pedido de Ajuda Financeira (FAA), grátis, da seguinte maneira:
 - a. Falando com um assessor financeiro antes de ou no momento de receber o serviço;
 - b. Baixando o formulário do portal do HM em www.HoustonMethodist.org/Billing
 - c. Telefonando para o Escritório Comercial Centralizado do HM, de segunda a sexta-feira, das 7 h às 19 h, sábado das 8 h às 12 h para o número 832-667-5900 ou para o número grátis 877-493-3228; ou
 - d. Por correio:

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

2. Uma vez que tenha obtido um Pedido de Ajuda Financeira (FAA), preencha completamente o formulário, reúna e anexe os documentos de apoio requeridos, e submeta todos os documentos da forma seguinte:
 - a. Pelo correio:

Houston Methodist
 Centralized Business Office
 Attn: Financial Assistance Unit
 701 S. Fry Road
 Katy, TX 77450
 - b. Vá pessoalmente e/ou entregue a um membro da equipa de Acesso ao Paciente; ou
 - c. Fax para 832-667-5995.

3. É preferível mas não é obrigatório que um pedido de ajuda financeira e uma determinação da necessidade financeira ocorra antes da prestação de serviços não urgentes medicamente necessários. Contudo, a determinação pode ser feita em qualquer ponto do ciclo de cobrança de dívidas. A necessidade de ajuda financeira é avaliada cada vez que o paciente recebe

serviços médicos se a última avaliação financeira foi efetuada há mais de um ano, ou sempre que informações adicionais relevantes relativas à elegibilidade do paciente em relação à ajuda financeira se tornam conhecidas.

4. Os valores de dignidade humana e administração do HM refletem-se no processo de candidatura e aprovação. Os pedidos de ajuda financeira serão processados rapidamente e o HM notificará o paciente ou o requerente, por escrito, no prazo de 15 dias a contar da recepção de um FAA. A Ajuda Financeira será aprovada ou negada com base no FAA e outras disposições desta política (por exemplo, veja abaixo).

B. Serviços Elegíveis Os seguintes serviços de saúde são elegíveis para ajuda financeira:

1. Serviços médicos de emergência prestados num ambiente de sala de emergências;
2. Serviços para uma situação médica que, se não for tratada rapidamente, levaria a uma alteração adversa do estado de saúde de um indivíduo;
3. Serviços não eletivos prestados em resposta a circunstâncias em que o paciente corre perigo de vida num ambiente de sala de não emergências; e
4. Serviços medicamente necessários, avaliados caso-a-caso, a critério 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. O processo de candidatura que culmina com a conclusão de um FAA (FAA - Anexo D)
2. Uso de fontes de dados publicamente disponíveis que fornecem informações sobre um paciente, ou a capacidade do fiador de um paciente de pagar (como a pontuação do crédito);
3. Esforços razoáveis do HM para explorar fontes alternativas adequadas de pagamento e cobertura de programas de pagamento públicos e privados, incluindo assistência aos pacientes para se candidatarem a tais programas; e
4. A avaliação dos activos disponíveis do paciente e outros recursos financeiros.

D. Elegibilidade Para Ajuda Financeira Presuntiva Em certos casos poderá haver informação adequada para fazer uma determinação de ajuda financeira sem uma FAA completada. A presumível ajuda financeira será avaliada e/ou reavaliada para cada data de serviço. Alguns exemplos que o HM poderá usar para determinar presumível ajuda financeira incluem:

1. Sem abrigo ou receberam atendimento médico de uma clínica de desabrigados;

2. Participação no programa de Mulheres, Bebés e Crianças (WIC);
3. Elegibilidade para ajuda alimentícia;
4. Elegibilidade para outros programas de ajuda estatais ou locais que estão sem financiamento (por exemplo, o Medicaid spend-down);
5. Habitação de baixa renda/subsidiada é fornecida como um endereço válido;
6. O paciente faleceu sem deixar bens; e
7. Pontuação de conselheiro de caridade baseada em assinatura paga.

E. Valores faturados Uma vez que os cuidados de saúde sejam confirmados para a elegibilidade ao abrigo desta política, a facturação do paciente será limitada a um valor não maior que o AGB. O valor faturado será com base no percentual do AGB aplicável, aplicado aos encargos brutos, de acordo com o rendimento familiar do paciente, como um factor do Nível de Pobreza Federal (Federal Poverty Level (FPL)) como abaixo indicado:

1. Rendimento familiar do paciente igual ou inferior a 100% do FPL – 0% do AGB
2. Rendimento familiar do paciente acima de 200%, mas não mais do que 300% - 50% do AGB; e
3. Rendimento familiar do paciente acima de 300%, mas não mais do que 400% - 100% do AGB

F. Procedimentos de Cobrança em Caso de Não Pagamento Nos casos em que um paciente não pagar a quantia facturada (Secção III E. acima), a administração do HM seguirá as políticas de cobrança estabelecidas, que incluirão opções de pagamento flexível. Em nenhum momento, o HM imporá medidas de cobrança extraordinárias, tais como penhoras de salários, garantias pessoais relativas a residências primárias, notificação às agências de crédito ou outras ações judiciais. Uma cópia das políticas de cobrança do HM pode ser obtida gratuitamente seguindo os passos indicados na Secção III, A., 1. a. – d.

G. Notificação de Ajuda Financeira e Requisitos de Lançamento A notificação sobre a ajuda financeira será disponibilizada por vários meios, que podem incluir, mas não estão limitados a: publicação de anúncios em contas de pacientes; avisos em salas de emergência e centros de cuidados urgentes; o formulário das Condições de Admissão; em Departamentos de Admissão e Registo, e noutros lugares públicos que o HM elege. O HM também publicará e divulgará amplamente um resumo desta política de Ajuda Financeira nos seus websites hospitalares, em brochuras disponíveis em locais aos quais os pacientes podem aceder e noutros locais dentro da comunidade servida pelo HM. Esses avisos e informações resumidas serão proporcionados em várias línguas principais faladas pela população servida pelo HM. O encaminhamento de pacientes para a obtenção de ajuda financeira pode ser feito por qualquer membro da equipa do HM ou pessoal médico. Um pedido de ajuda

financeira pode ser feito pelo paciente ou um membro da sua família, amigo próximo, ou associado do paciente, sujeito às leis de privacidade em vigor.

H. **Exigências Regulamentares.** Na execução desta Política, o HM cumprirá com os regulamentos federais, estaduais e leis locais, regras e regulamentos que se aplicam às atividades desenvolvidas no âmbito desta Política.

I. **Referências Autorizadas**

1. Lei da Proteção do Paciente e dos Cuidados de Saúde Acessíveis de 2010;
2. Seção 501(r)(4)-(r)(6) do Código do IRS;
3. Política de Opções de Pagamento Flexível (FI86); e
4. Política de Cobrança (FI85).

Recomendado Pelo Conselho de Contabilidade
Autorizado pelo Conselho de Administração do Hospital Metodista de Houston

Autorizado pelo Diretor Administrativo:

(Original assinado no dossier)

M. Boom
Presidente
Diretor-Presidente Executivo
Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist)

Data

Anexo A

Resumo em Linguagem Simples

Política de Ajuda Financeira do Hospital Metodista de Houston

O Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) compromete-se a prestar cuidados médicos de caridade a pessoas que não têm seguro, têm um seguro insuficiente, são inelegíveis para um programa de governo, ou de outra maneira incapazes de pagar cuidados de emergência e medicamento necessários com base na sua situação financeira individual.

Os pacientes cujos rendimentos familiares forem de ou abaixo de 200% do Nível de Pobreza Federal (Federal Poverty Level (FPL)) são elegíveis para receber serviços gratuitos; e os pacientes cujos rendimentos familiares forem acima de 200% mas não mais de 400% do FPL são elegíveis para receber serviços a um valor descontado. Esta taxa de desconto não deverá exceder o valor médio que o Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) receberia em pagamento de uma seguradora privada e Medicare, incluindo quaisquer pagamentos do paciente sob a forma de deduzíveis, co-pagamentos e co-seguro.

Você não será obrigado a fazer pagamentos avançados ou acordos de pagamento para serviços emergência e serviços médicos necessários antes da prestação de serviços. No entanto, se você é obrigado a pagar uma quantia descontada, e você não pode pagar o valor descontado integralmente após a prestação dos serviços, o Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) tentará cobrar essa quantia descontada. O Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) enviar-lhe-á faturas mensais solicitando o seu pagamento. Se você não puder pagar o valor descontado num único pagamento, o Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) oferece opções de pagamento flexível sem juros. Os valores descontados não liquidados serão entregues a uma agência de cobrança de terceiros para novas tentativas de cobrança. A atividade de cobrança de terceiros não incluirá garantias pessoais, ações judiciais ou notificação às agências de crédito.

Uma cópia gratuita da Política de Ajuda Financeira do Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist), do Pedido de Ajuda Financeira e das Políticas de Cobrança estão disponíveis no site do Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) em www.HoustonMethodist.org/Billing, estão disponíveis nas áreas de Admissão e Registo dos hospitais, podem ser obtidas entrando em contacto com o Escritório Comercial Centralizado em (local) 832-667-5900, (ligação gratuita) 877-493-3228, e pode ser solicitado por e-mail:

Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist)
Escritório Comercial Centralizado
Atenção: Unidade de Ajuda Financeira (Financial Assistance Unit)
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

Este Resumo em Linguagem Simples, a Política de Ajuda Financeira, o Pedido de Ajuda Financeira e as Políticas de Cobrança estão disponíveis em vários idiomas nos contactos acima mencionados.

A Unidade de Ajuda Financeira do Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist) está disponível para responder a perguntas e fornecer informações sobre a Política de Ajuda Financeira e para ajudá-lo relativamente ao processo de candidatura. Você pode contactar um membro da Unidade de Ajuda Financeira de segunda a sexta-feira entre as 7h – 19h e ao sábado entre as 8h – 12h através dos números de telefone 832-667-5900 ou 877- 493-3228.

Uma vez que tenha completado o Pedido de Ajuda Financeira, anexe todos os documentos de apoio requeridos e envie pelo correio para a Unidade de Ajuda Financeira (Financial Assistance Unit), veja o endereço indicado acima, ou por fax à atenção da Unidade de Ajuda Financeira (Financial Assistance Unit) em 832-667-5995.

Anexo B

AMOSTRA

VALOR COBRADO EM GERAL (AGB) FOLHA DE CÁLCULO

Cálculo Anual de Valores Percentuais Cobrados Em Geral
Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist Hospital)

Período de Medição Relevante: 1 de janeiro de 2015 – 31 de dezembro de 2015

A	Valores permitidos em reivindicações Taxa-de-Serviço da Medicare pagas durante o período em causa	\$
B	Valores permitidos em indemnizações de Companhias de Seguros privadas pagas durante o período em causa	\$
C	Co-pagamentos, co-seguro e franquias pagas por pacientes por reivindicações mencionadas em A e B durante o período em causa	\$
D	Valores permitidos por seguro total e pagamentos de pacientes (A+B+C acima)	\$
E	Encargos brutos hospitalares relativos a serviços prestados em D acima	\$
F	Valor percentual específico do hospital cobrado em geral (AGB) (D/E)	%

Para uma lista das Percentagens AGB atuais para cada Hospital Metodista de Houston (Houston Methodist Hospital), é favor seguir qualquer dos passos indicados na Secção III, A., A. a. – d. Esta informação é-lhe fornecida gratuitamente.

Anexo C

Lista de Prestadores que são / não são abrangidos por esta Política

Organization/Group/Practice	Covered Yes/No
Houston Methodist Hospital	Yes
Houston Methodist Sugar Land Hospital	Yes
Houston Methodist Willowbrook Hospital	Yes
Houston Methodist West Hospital	Yes
Houston Methodist San Jacinto Hospital	Yes
Houston Methodist St. John Hospital	Yes
Houston Methodist St. Catherine Hospital	Yes
Houston Methodist Imaging Center: Katy Freeway	Yes
Houston Methodist Imaging Center: Kirby	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Cinco Ranch	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Cypress	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Kirby	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Pearland	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Sienna Plantation	Yes
Houston Methodist Emergency Center: Voss	Yes
Houston Methodist Primary Care Group	No
Houston Methodist Specialty Physician Group	No
Non-Houston Methodist Physician Groups (Private MDs)	No
Anesthesiology: US Anesthesia Partners	No
Anesthesiology: Baylor	No
Anesthesiology: Space City Anesthesia	No
Emergency Physicians: EmergiGroup Physician Associates	No
Emergency Physicians: Neptune Emergency Services	No
Emergency Physicians: The Schumacher Group	No
Emergency Physicians: Kirby Emergency Physicians	No
Hospitalist: IPC - The Hospitalist Company PA	No
Hospitalist: Neptune Hospitalist Services, dba: Triton Hospitalist	No
Hospitalist: OB Hospitalist Group	No
Hospitalist: Sound Hospitalist Group of Texas	No
Imaging: MASTOS Imaging Associates	No
Newborns: Texas Children's Physician Services	No
Pathology: Coastal Pathology	No
Pathology: Methodist Pathology Associates, PLLC	No
Radiology: Baytown Radiology	No
Radiology: Houston Radiology Associated	No

Appendix D



Pedido de Ajuda Financeira

Instruções: Por favor, preencha todos os campos abaixo. Se um item não é aplicável, por favor escreva N/A. Junte fotocópias dos seguintes documentos que se aplicam à sua situação atual: 1. Mais recente(s) talão(s) de cheque(s) que reflet(e)m informação sobre o rendimento acumulado durante o ano; 2. Mais recente declaração de imposto sobre o rendimento, incluindo todos os anexos; 3. Cheque da Segurança Social ou carta de direito ou extrato bancário, no caso de depósito direto; 4. Carta de adjudicação de desemprego; 5. Cartão dourado do Sistema de Saúde do Condado de Harris (Harris Health System gold card). Se for desempregado e dependente de outras pessoas no que respeita ao rendimento e/ou despesas do dia a dia, anexe uma carta de apoio e uma cópia da declaração de imposto sobre o rendimento, se estiver listado como dependente na declaração de imposto sobre o rendimento. Se tiver perguntas ou precisar de assistência adicional para preencher este formulário de pedido, contacte o Escritório Comercial Centralizado (Centralized Business Office) pelo 877-493-3228 de seg. a sex. das 7 às 19 horas, sábado das 8 às 12 horas.

Envie o pedido preenchido e os documentos de apoio a qualquer dos membros da equipa de Acesso do Paciente, ou por fax para (832) 667-5995 ou pelo correio para Houston Methodist, Centralized Business Office, Attn: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road, Katy, TX 77450.

 NOME DO PACIENTE (ESCREVER EM LETRA DE IMPRENSA) _____
 ÚLTIMOS QUATRO DÍGITOS DA SEGURANÇA SOCIAL

 NOME DO CÔNJUGE/PAIS/TUTOR (ESCREVER EM LETRA DE IMPRENSA) _____
 NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL

 ENDEREÇO

NÚMERO DE TELEFONE _____ DATA DE NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

SERVIÇO(S) SOLICITADO(S): _____

NÚMERO DE CONTA: _____ DATAS DE SERVIÇO: _____

Nº. de filhos com menos de 18 anos que vivem em casa: _____ Nome(s) dos Dependentes

Parentesco direto _____
 Enteados _____
 Sem parentesco _____
 Tutor de _____

DESPESAS MENSAS	Alojamento: <input type="checkbox"/> Aluguer <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Pago Pagamento mensal \$ _____	Serviços Públicos: Eletricidade \$ _____ Água \$ _____ Gás \$ _____	Automóveis: <input type="checkbox"/> Próprio/Nº. _____ <input type="checkbox"/> Leasing/Nº. _____ Pagamento mensal \$ _____
------------------------	--	---	---

Paciente	Cônjuge/Outro
Empregador _____	Empregador _____
<input type="checkbox"/> Emprego a tempo inteiro	<input type="checkbox"/> Emprego a tempo inteiro
<input type="checkbox"/> Emprego a tempo parcial	<input type="checkbox"/> Emprego a tempo parcial
<input type="checkbox"/> Desempregado/reformado/incapacitado	<input type="checkbox"/> Desempregado/reformado/incapacitado
<input type="checkbox"/> Incapaz de voltar ao trabalho	<input type="checkbox"/> Incapaz de voltar ao trabalho
<input type="checkbox"/> Dona de casa	<input type="checkbox"/> Dona de casa

TOTAL DO RENDIMENTO FAMILIAR* \$ _____ /mês (ENVIAR O(S) COMPROVATIVO(S) DO RENDIMENTO COM O PEDIDO)

* Inclui todos os salários, agricultura ou auto-emprego, assistência pública, Segurança Social, subsídio de desemprego/indenização do trabalhador, reforma, benefícios de greve, pensão alimentícia, apoio à criança, verbas militares, pensões, rendimentos de dividendos, juros, propriedade de aluguer e outras fontes de rendimento variadas.

CONTAS BANCÁRIAS /OUTROS ATIVOS:

Conta à ordem	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Saldo	\$ _____
Conta poupança	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Saldo	\$ _____
Ações/Títulos, Etc.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Saldo	\$ _____
Bens adicionais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Descrever	_____

Declaro que as informações acima são verdadeiras e exatas tanto quanto sei e creio. Entende-se que a incapacidade de fornecer todas as informações solicitadas acima pode ser considerada como uma desqualificação de qualquer alívio financeiro no âmbito do Programa. Além disso, se for o caso, farei um pedido de assistência governamental, tomarei as medidas adequadas para obter essa assistência e informarei o HM do resultado da minha candidatura. Eu (nós) dou (damos) o meu (nosso) consentimento ao HM para obter informações a partir de qualquer fonte para verificar a declaração(ões) que eu (nós) fiz (fizemos).

 (Assinatura do Paciente/Requerente) _____
 (Data)