



Departamento: Escritório comercial

Data de Vigência: 2015

Aprovado por: Northeast Behavioral,  
LLC Management Board

**POLÍTICA: Política de Assistência Financeira**

## **I. Finalidade:**

Northeast Behavioral Health, LLC d/b/a Southcoast Behavioral Health (a "companhia") é proprietária e opera um hospital de 144 camas em Dartmouth, Massachusetts, prestando serviços de saúde comportamental ao público ("Hospital"). A companhia pretende operar no Hospital e prestar serviços de saúde comportamental ao público de forma coerente com os fins caritativos e atividades geralmente necessárias dos hospitais descritos na seção 501(c)(3) do Internal Revenue Code. O propósito desta Política de Assistência Financeira é assegurar que processos e procedimentos existem para identificar e ajudar pacientes cujo cuidado pode ser fornecido gratuitamente ou com desconto proporcional com seus recursos financeiros e capacidade de pagamento.

## **II. Visão geral:**

Para favorecer seus fins caritativos, o Hospital irá fornecer ambos os (i) tratamento de emergência para qualquer pessoa que requer tais cuidados; e (ii) serviços de saúde comportamental medicamente necessários para pacientes que são residentes permanentes do estado de Massachusetts (e outros em uma base caso-a-caso) que preencham as condições e critérios estabelecidos nesta política; em cada caso, sem levar em conta a capacidade dos pacientes para pagar tais cuidados.

É a política do Hospital para proveer Assistência Financeira (atenção gratuito ou com desconto) a pessoas ou famílias quando: (i) não têm seguro de saúde disponível ou têm seguro de saúde limitada ; (ii) o paciente não qualifica para assistência governamental (por exemplo, Medicare ou Medicaid); (iii) o paciente coopera com o Hospital em fornecer as informações solicitadas para demonstrar a necessidade financeira, ou outros fatos e circunstâncias prontamente demonstram a necessidade financeira; e (iv) o Hospital faz uma determinação administrativa que Assistência Financeira é apropriada com base na capacidade do paciente para pagar (conforme estabelecido pela renda familiar ou com base em critérios que demonstram elegibilidade presumtiva) e a quantia de contas médicas do paciente.

Após o Hospital determinar que um paciente é elegível para Assistência Financeira, o Hospital irá determinar o montante do apoio financeiro disponível para o paciente utilizando as Diretrizes de Assistência Financeira (definidas na **Exposição 1**). As diretrizes refletem níveis de renda familiar, ligados com as Diretrizes de Pobreza Federal ("FPG" pelos iniciais em inglês) mais recentes e estabelecem percentagens de desconto correspondentes. As Diretrizes devem ser ajustadas anualmente para refletir a atualização anual aos Diretrizes de Pobreza

Federal e para ajustar as percentagens de desconto correspondentes para garantir que, em todos os casos, um paciente determinado ser elegível para Assistência Financeira não será faturado mais do que os montantes geralmente cobrados pelo Hospital para os mesmos serviços de saúde comportamental de emergência ou medicamento necessários para indivíduos que têm uma cobertura de tal cuidado.

O Hospital irá revisar regularmente esta Política de Assistência Financeira para garantir que em todos os momentos: (i) reflete a missão da companhia; (ii) explica os processos de decisão de quem pode ser elegível para apoio financeiro e em que quantidade; e (iii) conforme com todas as leis, regras e regulamentos estaduais e federais aplicáveis relativos à prestação de Assistência Financeira aos pacientes não segurados ou de outra forma elegíveis.

### **III. Não discriminação:**

- A.** O Hospital fornecerá serviços de saúde comportamental, atendimento hospitalar e ambulatorial, a todos os residentes de Massachusetts que precisam de serviços de saúde comportamental de emergência ou medicamento necessários, independentemente da capacidade do paciente de pagar por esses serviços e independentemente e em que medida tais pacientes podem qualificar para Assistência Financeira, em conformidade com esta política.
- B.** O Hospital não participará em qualquer ação que pode desencorajar indivíduos de procurar cuidados de emergência, tais como, exigir que os pacientes de emergência pagam antes de receber tratamento ou permitir atividades de cobrança de dívidas no departamento de admissões ou em outras áreas onde tais atividades podem interferir com a prestação de cuidados de emergência numa base não discriminatória.

### **IV. Definições:**

- A. Bens:** Qualquer item de valor econômico, possuído por um indivíduo, especialmente um que poderia ser convertido em dinheiro. Exemplos são o dinheiro, títulos, contas a receber, estoque, equipamentos, uma casa (que não seja a residência principal), um carro e outros bens. Para estes fins, os bens não incluem uma residência principal ou outros bens isentos de julgamento sob a lei de Massachusetts, ou quaisquer quantidades realizados em planos de pensão ou aposentadoria (apesar de distribuições e pagamentos de tais planos poderem ser incluídos como renda familiar para fins desta política).
- B. Despesas de Dívidas Incobráveis:** Contas a Receber Incobráveis (onde tentativas razoáveis para coletar foram feitas), excluindo os ajustes contratuais, decorrentes da falta de pagamento pelos pacientes: (i) cujo cuidado de saúde não foi classificado como cuidados de assistência financeira; ou (ii) quem qualificaram-se para a Assistência Financeira sob a forma de cuidado com desconto, mas não conseguiram pagar saldos devidos após a aplicação de descontos em conformidade com esta política.
- C. Família:** O paciente, o seu cônjuge (incluindo um cônjuge legal de União de facto) e seus dependentes legais de acordo com as regras da Receita Federal.

- D. Renda da Família:** A soma dos ganhos anuais da família e benefícios em dinheiro de todas as fontes antes de impostos, menos os pagamentos realizados de Manutenção infantil. Renda familiar inclui salários brutos, salários líquidos, dividendos, juros, benefícios de Seguro Social, compensação dos trabalhadores, benefícios dos veteranos, bolsas de formação, loteamentos militares, apoio regular de membros da família não viver no agregado (além dos da Manutenção infantil), as pensões do governo, previdência privada, seguros, anuidades, renda de aluguéis, direitos autorais, propriedades, relações de confiança e outras formas de renda.
- E. Assistência Financeira:** Redução total ou parcial de encargos aos pacientes para serviços de saúde comportamental de emergência ou medicamento necessários, no caso de pacientes que são financeiramente elegíveis, presumivelmente elegíveis ou medicamento indigentes, como esses termos são definidos na presente política. Assistência Financeira não inclui dívidas incobráveis ou quebras contratuais de programas do governo, mas pode incluir co-pagamentos de seguros, franquias ou ambos.
- F. Financeiramente Elegível:** Um paciente cuja renda familiar está de ou abaixo de 350% das Diretrizes de Pobreza Federal, tal como estabelecidas na **Exposição 1** anexo, como demonstrado com base de informações factuais fornecidas pelo paciente no Aplicação para Assistência Financeira.
- G. Medicamento Indigentes:** Um paciente cujas contas de médico ou hospital após o pagamento por um pagador de terceiros excederem 25% da renda anual da família do paciente, e que é financeiramente incapaz de pagar o restante. Um paciente que incorre em despesas médicas catastróficas é classificado como medicamento indigente quando o pagamento exigiria a liquidação dos bens essenciais à vida ou causaria privações financeiras para o sistema de apoio a família.
- H. Medicamento Necessário:** Qualquer serviço de saúde comportamental em regime de internamento ou ambulatório, incluindo produtos farmacêuticos ou suprimentos fornecidos pelo hospital a um paciente, coberto pelo Medicare. Serviços medicamento necessários não incluem serviços não-médicos como serviços sociais e vocacionais, ou outros serviços considerados "eletivos".
- I. Presumivelmente Elegível:** Um paciente que não tenha apresentado uma Aplicação para Assistência Financeira preenchida, mas que preenche um dos seguintes critérios pode ser considerado presumivelmente elegível:
- Elegível para Medicaid, mas não na data do serviço ou por serviços não abrangidas;
  - Matriculados em um ou mais programas governamentais para pessoas de baixa renda com critérios de elegibilidade de ou abaixo de 200% das Diretrizes de Pobreza Federal; ou
  - Após autorizar (através do formulário anexado como **Exposição 2**) o Hospital para calcular a proporção de renda-para-dívida dele ou dela usando o *Decision Power*, um produto de Equifax, ou outro serviço similar, é mostrado ser de ou abaixo de 200% das Diretrizes de Pobreza Federal.

Os *Conselheiros Financeiros* treinados do Hospital irão rever os critérios precedentes com pacientes regularmente, antes de pedir os pacientes para completar a Aplicação para Assistência Financeira. O Hospital também pode utilizar outros programas de software ou sistemas automatizados para determinar a elegibilidade presuntiva. Pacientes que preenchem quaisquer dos critérios anteriores de elegibilidade presuntiva serão considerados elegíveis para um desconto de 100% e não será exigido nem deve apresentar uma Aplicação para Assistência Financeira. O cálculo do Decision Power ou outro programa ou sistema não será usado para determinar ou presumir a inelegibilidade.

**V. Elegibilidade para Assistência Financeira:**

- A. Assistência Financeira será fornecida para serviços de saúde comportamental de emergência ou medicamento necessários para pacientes que são financeiramente elegíveis ou medicamento indigentes (em ambos os casos, com base nas informações fornecidas através da Aplicação para Assistência Financeira anexado como **Exposição 3**), ou para pacientes que têm sido determinados ser presumivelmente elegíveis. Além disso, a Assistência Financeira pode ser prestada em outras circunstâncias numa base de caso a caso, conforme determinado pelo *Diretor Financeiro* do Hospital (ou outro executivo sênior para assuntos financeiros, sem considerar o título) em sua discricção.
- B. Uma determinação de qualificação para Assistência Financeira irá abranger serviços prestados pelo Hospital numa base de internamento ou ambulatório. Para estes fins, a política também abrange a prestação de serviços profissionais por médicos e outros provedores empregados diretamente pela companhia, conforme listados na **Exposição 4**. Uma determinação de qualificação de Assistência Financeira abrangerá igualmente serviços profissionais prestados pelos outros médicos e provedores estabelecidos na **Exposição 5**, todos os quais participam no fornecimento de serviços de saúde comportamental de emergência e/ou medicamento necessários no Hospital e concordem em ser cobertos por esta política. Outros médicos ou prestadores de cuidados no Hospital não são sujeitos a esta política e, por conseguinte, cada paciente será responsável pela satisfação ou a resolução de todas as contas emitidas por esses médicos ou provedores para seus serviços profissionais.
- C. Sempre que seja possível, antes da admissão ou da prestação do serviço, um Conselheiro Financeiro realizará uma entrevista com o paciente, o fiador e/ou seu outro representante legal. Se uma entrevista não é possível antes da admissão ou da prestação do serviço, a entrevista deve ser conduzida mediante admissão ou logo que possível após essa data. No caso de uma admissão de emergência, a avaliação de alternativas de pagamento não pode ter lugar até os serviços de saúde comportamental necessários foram fornecidos.
- D. Na hora da entrevista inicial do paciente, o Conselheiro Financeiro vai reunir informações demográficas de rotina e informações sobre toda a cobertura de terceiros existentes. Em casos onde um paciente têm cobertura limitada ou nenhuma cobertura de terceiros, o Conselheiro Financeiro irá determinar se o paciente se qualifica para assistência médica de outros recursos financeiros existentes, tais como Medicare, Medicaid, ou outros programas estaduais e federais. O Conselheiro Financeiro estará disponível para auxiliar o paciente em registrar-se em todos os programas governamentais de pagamento que podem estar disponíveis. Se o paciente recusa-se a solicitar ou fornecer informações necessárias para o

processo de candidatura, ele ou ela será inelegível para Assistência Financeira, em conformidade com esta política. Se a (as) aplicação (aplicações) para o (os) recurso (s) de Assistência Financeira médica acima referida (s) é (são) negadas, não adequadas, ou foi (foram) anteriormente negado (s), consideração para Assistência Financeira será então dada.

- E. Em casos onde a cobertura de terceiros (incluindo seguros privados ou pagamento pelo programa governamental) é susceptível de ser inadequada ou inexistente, o Conselheiro Financeiro informará o paciente da disponibilidade de Assistência Financeira. Os pacientes que procuram Assistência Financeira serão solicitados a completar a Aplicação para Assistência Financeira anexado como **Exposição 3** nesta política. Cópias do formulário de aplicação estão disponíveis em qualquer Conselheiro Financeiro e em [www.southcoastbehavioral.com](http://www.southcoastbehavioral.com). As aplicações podem ser preenchidas diretamente pelo paciente, pelo fiador do paciente e/ou outro representante legal ou por um Conselheiro Financeiro com base em informações obtidas a partir de qualquer um dos anteriores através de uma entrevista ou pessoalmente ou por telefone, ou por informações confiáveis fornecidas por escrito. Se houver necessidade de assistência com coleta as informações necessárias ou materiais solicitados como parte do processo de qualificação para Assistência Financeira, os pacientes são encorajados a contactar um dos treinados Conselheiros Financeiros Principais do Hospital em (508)207-9800 ext. 203. Conselheiros Financeiros também podem ajudar pacientes a avaliar suas situações financeiras, coletar informações solicitadas pelo Hospital e por ajudar com tarefas semelhantes.
- F. Os pacientes quem completarem a Aplicação para Assistência Financeira devem apresentar o formulário assinado e materiais de apoio para o Hospital através de qualquer uma das seguintes medidas:
- Entregar os materiais para um representante do serviço de paciente; para o Business Office no Hospital, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
  - Enviar os materiais a Southcoast Behavioral Health, Attn: Business Office, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
  - Enviar os materiais para [tammy.furtado@southcoastbehavioral.com](mailto:tammy.furtado@southcoastbehavioral.com)

As aplicações de Assistência Financeira serão considerados se forem recebidas em qualquer momento durante o período de 240 dias após a Primeira declaração de faturamento pós-alta emitida pelo Hospital ao paciente para tais cuidados.

- G. Elegibilidade para Assistência Financeira está condicionada ao fornecimento do paciente de informações exatas e completas na Aplicação para Assistência Financeira estabelecidas na **Exposição 3**, e a cooperação oportuna do paciente durante todo o processo de Aplicação para Assistência Financeira. Em relação a determinar a elegibilidade dum paciente para Assistência Financeira, o Hospital não vai pedir informações além das descritas na **Exposição 3**, embora os pacientes podem fornecer voluntariamente informações adicionais que eles acreditam ser pertinentes à elegibilidade. Se o Hospital entra em contato com o paciente para solicitar informações em falta, o paciente terá um período de 30 dias para responder. Falta de resposta dentro desse período de 30 dias resultará na Aplicação sendo suspensa de processo adicional; o paciente pode re-ativar a Aplicação, fornecendo as informações solicitadas a qualquer momento durante o período de 240 dias

após a Primeira instrução pós-alta emitida pelo Hospital ao paciente para tais cuidados. Se um paciente fornece informações que são imprecisos ou enganosos, ele ou ela pode ser considerada inelegível para Assistência Financeira e, por conseguinte, é susceptível de pagar sua conta na íntegra.

- H. Uma vez que uma Aplicação para Assistência Financeira for completada e é recebido, o Conselheiro Financeiro irá rever a aplicação e encaminhá-la para o *Diretor do Escritório de Negócios*. Pacientes que são determinados a ser presumivelmente elegíveis conforme descrito na secção IV. I., serão processados para Assistência Financeira sem necessidade de completar a Aplicação para Assistência Financeira.
- I. Pacientes que não têm seguro e que não se qualificam para a Assistência Financeira podem contactar o Hospital para discutir as opções de pagamento, incluindo a disponibilidade dum plano de pagamento. Os Conselheiros Financeiros informarão tais pacientes de quaisquer outros descontos que podem estar disponíveis sob outras políticas do Hospital.

#### **VI. Determinação e Notificação Relativo à Assistência Financeira:**

- A. No caso de pacientes que são determinados a ser financeiramente elegíveis para assistência financeira, os pacientes com renda familiar de ou abaixo de 200% das actuais Diretrizes de Pobreza Federal receberão uma redução de 100% na parte do paciente de cobranças faturadas (*ou seja*, dedução completa), como definido adiante na **Exposição 1**. Os pacientes com renda familiar entre 201% e 350% das actuais Diretrizes de Pobreza Federal receberão um desconto de escala móvel na parte paciente das cobranças faturadas, como indicado na **Exposição 1**. No caso de pacientes que são determinados a ser medicamente indigentes, o desconto apropriado será determinado pelo Diretor do Escritório de Negócios e o Diretor Financeiro Principal após a revisão em uma base caso-a-caso. Os pacientes que são determinados a ser presumivelmente elegíveis para Assistência Financeira receberão uma redução de 100% em encargos (dedução completa).
- B. A percentagem de desconto aplicável de **Exposição 1** será aplicada às cobranças brutas caso contrário faturáveis ao paciente. Esses descontos foram estabelecidos de forma convencional em conformidade com a lei Federal, que proíbe o Hospital faturar um paciente elegível para Assistência Financeira mais do que os montantes geralmente faturados ("AGB" por seus iniciais em inglês) pelo Hospital para pacientes com cobertura de terceiros, neste caso calculadas pelo método de olhar para trás, estabelecido em Regulamentos do Tesouro aplicáveis, levando em consideração quantidades permitidas pelo Medicare e pagadores comerciais durante um período prévio de 12 meses de medição. As percentagens de desconto estabelecidas na **Exposição 1** podem ser ajustadas periodicamente (e pelo menos anualmente) para garantir que tais percentagens cumpram as normas precedentes sob a lei Federal; tais ajustes irão ser efectuadas através do anexo de uma atualizada **Exposição 1** a esta Política, que será assinado e datado pelo Diretor Financeiro Principal do Hospital. O Hospital vai começar aplicando as percentagens de desconto ajustadas o mais tardar até 120 dias após o final do período de 12 meses de medição em relação ao qual o AGB ajustado do Hospital foi calculado.
- C. A prestação de Assistência Financeira (*ou seja*, o montante do desconto ou dedução) de menos de US \$5.000 pode ser aprovada por um Conselheiro Financeiro. A prestação de

Assistência Financeira de \$5.000 ou mais exigirá a aprovação do Diretor de Escritório de Negócios. A prestação de Assistência Financeira de \$20.000 ou mais também exigirá a aprovação do Diretor Financeiro Principal do Hospital.

- D. Dentro de 30 dias após a apresentação de uma Aplicação para Assistência Financeira completada, o Hospital irá determinar se o paciente se qualifica para a Assistência Financeira com base na elegibilidade financeira ou indigência médica e irá notificar o paciente por escrito de tal determinação e o montante do desconto a ser fornecido. A menos que caso contrário determinado pelo Diretor Financeiro Principal, o Hospital não precisa notificar os pacientes determinados para se qualificar para a Assistência Financeira com base na elegibilidade presuntiva. No caso em que o Hospital determina que um paciente *não* se qualifica para a Assistência Financeira, o Hospital irá notificar o paciente por escrito de tal determinação, incluindo a base para a negação.
- E. Exceto como fornecido abaixo, todas as determinações de qualificação de Assistência Financeira continuará em vigor por 6 meses a partir da Primeira data de serviços sujeitos a determinação. Por conseguinte, se um paciente qualificou-se para a Assistência Financeira no prazo de 6 meses e a situação financeira do paciente, tamanho da família e cobertura de seguro não mudaram, o paciente será considerado como qualificado para a Assistência Financeira com respeito aos serviços de saúde comportamental de emergência ou medicamento necessários adicionais, sem ter que apresentar uma nova Aplicação para Assistência Financeira. No entanto, se um paciente está qualificado para Assistência Financeira mas então passar por uma mudança substancial da sua situação financeira e/ou status de seguro que podem afetar sua qualificação continuada para Assistência Financeira, se espera que o paciente se comunique tal mudança para o Hospital, no prazo de 30 dias ou, em qualquer caso, antes da obtenção de mais serviços de saúde comportamental. Como alternativa, o Hospital pode solicitar uma atualização das informações fornecidas sobre a Aplicação para Assistência Financeira e, com base em tais informações atualizadas, pode reavaliar a qualificação contínua do paciente.

## **VII. Impacto no Processo de Faturamento e Coleta:**

- A. Os pacientes que são elegíveis para cuidados descontados mas não gratuitos, serão notificados por escrito sobre qualquer saldo remanescente devido. O paciente pode ser solicitado a agendar uma entrevista com um Conselheiro Financeiro para organizar as condições de pagamento. Qualquer destes saldos remanescentes serão tratados em conformidade com as políticas do Escritório de Negócios em relação a auto pagar os saldos, e tais saldos serão enviados a uma agência terceiro de cobrança no prazo de 90-120 dias após a alta do paciente. Condições de pagamento serão estabelecidas com base na renda familiar disponível.
- B. No caso em que um paciente se qualifica para Assistência Financeira, mas não consegue pagar de maneira oportuna o saldo remanescente devido (incluindo, se for aplicável, de acordo com os termos do plano de pagamento acordado), o Hospital pode tomar qualquer uma das ações previstas na Política de Faturamento e Coleção do Hospital, cuja cópia está disponível em *southcoastbehavioral.com*, incluindo o envio de saldos de auto pagar a uma agência terceira de cobrança no prazo de 90-120 dias da data de alta do paciente. De acordo com a Política de Faturamento e Coleção, o Hospital não realizará qualquer ação

extraordinária de coleção (conforme definido na Política) sem Primeiro fazer esforços razoáveis para determinar a elegibilidade do paciente para Assistência Financeira nos termos descritos nesta política.

#### **VIII. Publicação:**

- A. O Hospital visa garantir que informações sobre a existência e os termos desta Política de Assistência Financeira são feitas amplamente disponíveis para os residentes das áreas geográficas servidas pelo Hospital. Em apoio do que precede, o Hospital vai utilizar e distribuir amplamente o resumo em linguagem simples anexado como **Exposição 6** a esta política. Cópias de tal resumo em linguagem simples (i) serão incluídas nos materiais de registro do paciente e manuais de internamento, (ii) serão oferecidas para cada paciente como parte do processo de admissão ou de alta e (iii) serão postadas no site do Hospital, junto com esta Política e a Aplicação para Assistência Financeira, num local proeminente e facilmente acessível. O resumo em linguagem simples estará disponível em inglês e qualquer outra língua que é a língua principal do menor de (i) 1.000 indivíduos, ou (ii) a 5% da população na área de serviço do Hospital.
- B. O Hospital vai postar conspicuamente no departamento de admissões sinalização fornecendo informações sobre a disponibilidade de Assistência Financeira e descrevendo o processo de aplicação. Tal sinalização incluirá a seguinte instrução: *you can be eligible for Financial Assistance on the terms and conditions that the Hospital offers to qualified patients. For more information, contact the Chief Financial Officer at (508)207-9800 ext. 203.* Esses sinais serão em inglês e em qualquer outra língua que é a língua principal do menor de (i) 1.000 indivíduos, ou (ii) a 5% da população na área de serviço do Hospital. Tal sinalização pode ser postada em outras áreas do Hospital que oferecem visibilidade significativa.
- C. O Hospital fará com que cada fatura enviada a um paciente inclua uma declaração visível sobre a disponibilidade de Assistência Financeira, incluindo (i) um número de telefone para obter informações sobre essa política e o processo de aplicação e (ii) um endereço do site do internet onde esta política, a Aplicação para Assistência Financeira e o resumo em linguagem simples estão disponíveis. Nos termos da Política de Faturamento e Coleção, se o Hospital têm a intenção de empreender qualquer ação extraordinária de coleção (conforme definido na Política de Faturamento e Coleção), o Hospital irá garantir que pelo menos uma fatura inclui uma cópia do resumo em linguagem simples desta Política de Assistência Financeira, conforme definido adiante na **Exposição 6**, com tal cópia fornecida pelo menos 30 dias antes de realizar a esperada ação de coleção extraordinária.

#### **IX. Orçamento, Manutenção de Registros e Relatórios:**

- A. O Diretor Financeiro Principal irá assegurar que Assistência Financeira razoável, incluindo cuidados gratuitos e com desconto de encargos, está incluída no orçamento anual de funcionamento do Hospital. O montante orçamentado não agirá como um ponto de parada na prestação de Assistência Financeira, mas servirá como uma projeção para auxiliar no planejamento para a alocação de recursos.

- B. O Hospital irá manter as Aplicações de Assistência Financeira preenchidas (juntamente com informação de apoio necessária) nos registros do Escritório de Negócios. Tais registros também refletirão informações sobre se tais aplicações foram aprovadas ou negadas, juntamente com o trato de quaisquer pedidos de reconsideração.
- C. Assistência Financeira concedida pelo Hospital em conformidade com esta Política será calculada e relatada anualmente conforme exigido pela lei aplicável. Salvo de outra forma especificamente permitida com base no contexto, o Hospital irá relatar sua Assistência Financeira concedida a pacientes qualificantes sob esta política usando o custo real dos serviços prestados com base na relação de custo-a-carga total derivada do relatório de custo de Medicare do Hospital (e não as cargas reais para os serviços).

#### **X. Confidencialidade:**

O Hospital reconhece que a necessidade de Assistência Financeira pode ser uma questão sensível e profundamente pessoal para os pacientes. A confidencialidade das informações e a preservação da dignidade individual serão mantidas para todos aqueles que procuram Assistência Financeira, em conformidade com esta Política. Nenhuma informação obtida na Aplicação para Assistência Financeira do paciente pode ser divulgada exceto quando autorizada pelo paciente ou de outra forma exigida pelo lei.

#### **XI. Informação/Formação dos Funcionários:**

- A. O Hospital fará com que todos os funcionários no Escritório de Negócios e as áreas de admissão e registro do paciente sejam totalmente versados nesta Política de Assistência Financeira, que têm acesso a esta política, bem como o Resumo em linguagem simples e os Formulários de Assistência Financeira, e que sejam capazes de dirigir perguntas ao apropriado escritório do Hospital ou representante.
- B. O Hospital fará com que todos os membros da equipa com contatos com o público e/ou os pacientes sejam adequadamente treinados ao respeito às informações básicas relacionadas com esta Política de Assistência Financeira e procedimentos. Eles também poderão direcionar perguntas sobre esta Política para o apropriado escritório do Hospital ou representante.

#### **XII. Outras Políticas Relacionadas:**

- A. Política de Faturamento e Coleção
- B. *B.[inserção]*

#### **Anexos:**

- Exposição 1 Diretrizes de Assistência Financeira (FPG pelos iniciais em inglês)
- Exposição 2 Formulário de Liberação do Paciente para Decision Power
- Exposição 3 Aplicação para Assistência Financeira
- Exposição 4 Médicos e Provedores Empregados pela Companhia e Abrangidos pela Política
- Exposição 5 Outros Médicos e Provedores no Hospital Abrangidos pela Política
- Exposição 6 Resumo em Linguagem Simples da Política de Assistência Financeira

## EXPOSIÇÃO 1

### Diretrizes de Assistência Financeira

Tamanho da Família	100% da FPG de 2019	200% da FPG de 2019	300% da FPG de 2019	350% da FPG de 2019
	<i>Atendimento gratuito</i>	<i>Atendimento gratuito</i>	<i>75% de desconto</i>	<i>50% * *</i>
1	\$12.880	\$25.760	\$38.640	\$45.080
2	17.420	34.840	52.260	60.970
3	21.960	43.920	65.880	76.860
4	26.500	53.000	79.500	92.750
5	31.040	62.080	93.120	108.640
6	35.580	71.160	106.740	124.530
7	40.120	80.240	120.360	140.420
8*	44.660	89.320	133.980	156.310

\* Adicionar \$4.540 para cada pessoa adicional acima de 8 ocupantes do agregado familiar

\* \* O percentual de desconto acima [*discutir – neste caso, a AGB deve ser 50% ou superior*] têm sido estabelecido de forma que se destina a cumprir com a lei Federal aplicável, que prevê que o Hospital não pode cobrar um paciente elegível para Assistência Financeira mais do que os montantes geralmente faturados ("AGB" pelos iniciais em inglês) pelo Hospital para pacientes que têm uma cobertura de seguro para tais cuidados. O Hospital calculou sua AGB usando o método de olhar para trás, estabelecido em regulamentos aplicáveis do tesouro, considerando os montantes pagos pelo Medicare e pagadores comerciais. Esse cálculo resultou no seguinte:

Período de medição 1 de outubro de 2019 – 30 de setembro de 2020  
AGB 50% [*discutir*]

O Hospital irá recalculer seu AGB periodicamente (e pelo menos anualmente) e, baseado nisso, ajustará os percentuais de desconto acima definidos. Tais ajustes irão ser efectuadas através de uma revisão desta **Exposição 1**, que será assinado e datado pelo Diretor Financeiro Principal do Hospital.

Assinado:   
Nome Escrito em Letra de Mão: Jocelyn De Souza  
Data: 4/14/2021

## EXPOSIÇÃO 2

### Formulário de Liberação para Decision Power

---

Nome do Paciente/Garante \_\_\_\_\_

# de conta do paciente \_\_\_\_\_

---

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Bruta Renda Mensal \$ \_\_\_\_\_

Qualquer fonte adicional de Renda (Manutenção infantil/ pensão alimentícia) \$ \_\_\_\_\_

Total Mensal de Renda Familiar Bruta (Comprovante de Renda Exigida) \$ \_\_\_\_\_

Número de dependentes, incluindo você: \_\_\_\_\_

Alojamento: Proprietário \_\_\_\_\_ Aluguer \_\_\_\_\_ pagamento mensal \$ \_\_\_\_\_

Têm qualquer um dos ativos listados abaixo? Em caso afirmativo, por favor forneça detalhes.

Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Conta Corrente \$ \_\_\_\_\_

Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Conta de Poupança \$ \_\_\_\_\_

Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Fundo do Mercado Monetário \$ \_\_\_\_\_

Por favor liste qualquer outra informação financeira a ser considerado na determinação de sua capacidade de pagamento:

---

Elegível para Cobra? Sim ou Não Se for Sim, nome da companhia de seguros \_\_\_\_\_ prêmio \_\_\_\_\_

Para receber cuidados de saúde a um custo reduzido, deve cooperar plenamente com nossa necessidade de informações financeiras precisas e detalhadas, incluindo a produção oportuna da documentação necessária para oferecer suporte a esta divulgação. Preencher um Formulário Divulgação Financeira não garante que você será elegível para uma redução de custo na sua área da saúde.

Autorizo a representantes de (Nome de Instalação) e suas afiliadas para verificar as informações neste formulário e divulgar qualquer uma das minhas informações para fins de pagamento. As informações prestadas acima são verdadeiras e completas. Concordo notificar (nome de instalação) de quaisquer alterações na minha situação financeira. Mais autorizo (nome de instalação) e suas afiliadas para rever e inquirir sobre meu histórico de crédito, usando quaisquer meios disponíveis, incluindo o uso de um relatório fornecido por uma Agência de Crédito nacional.

Assinado \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Testemunha \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### EXPOSIÇÃO 3

#### Aplicação para Assistência Financeira

## PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Como parte da nossa missão, Southcoast Behavioral Health está comprometida em fornecer ao público acesso a serviços de saúde comportamental de qualidade e a tratar todos os pacientes com dignidade, compaixão e respeito.

Nosso programa de Assistência Financeira fornece serviços gratuitamente ou a preços significativamente reduzidos, para pacientes elegíveis que não podem pagar parte ou a totalidade de seus cuidados. Nosso programa de Assistência Financeira oferece descontos até 100% dos encargos do hospital/médico para os pacientes que atender às diretrizes de elegibilidade financeira.

Ao solicitar Assistência Financeira, sua cooperação é necessária em fornecer a informação e documentação de apoio necessária para tomarmos uma decisão justa e oportuna. Se informações completas e precisas não foram fornecidas, sua aplicação pode ser rejeitada ou negada sem revisão adicional, caso em que você deverá pagar a conta na íntegra.

Dada a natureza sensível destes pedidos, toda a comunicação com o paciente ou familiares será tratada em estrita confidencialidade e de forma compassiva.

*Cópias deste formulário de aplicação estão disponíveis em [Inglês e espanhol].  
Copias de la solicitud de asistencia financiera están disponibles en Inglés y Español.*

Esta aplicação de Assistência Financeira é fornecida a você para preencher para que possamos determinar se você se qualifica para nosso programa de Assistência Financeira.

**PREENCHER ESTE FORMULÁRIO NÃO É UMA GARANTIA DE ELEGIBILIDADE**

**Se você não completar este pacote de inscrição ou se você o devolver sem a documentação de apoio solicitada, não seremos capazes de determinar se você está qualificado para o nosso Programa de Assistência Financeira. Nesse caso, você será responsável pelo saldo total devido em sua conta.**

**Se você precisar de ajuda para preencher este formulário ou reunir os materiais de apoio, entre em contato com o Conselheiro Financeiro Principal no (508) 207-9800 ext. 203.**

Para determinar se você se qualifica para nosso programa de Assistência Financeira, por favor, devolva a seguinte documentação de apoio com este pacote preenchido:

- ✓ Uma cópia de uma ID com foto (ID do estado/ carteira de motorista do estado).
- ✓ Formulário 1040 Imposto de Renda Federal do ano passado, com todos os formulários W-2 e/ou 1099.
- ✓ Os talões de pagamento das últimas duas semanas com totais do ano até à data, ou dois meses de talões de pagamento sem totais do ano até à data (se o pago fosse feito em dinheiro sem talões de pagamento, fornece verificação escrita do empregador).
- ✓ Comprovante de renda de todas as outras fontes tais como o seguro-desemprego, renda de invalidez, renda de aluguer, pensões, anuidades, pagamentos de juros, etc.
- ✓ Se você está atualmente recebendo benefícios de Seguro Social, uma cópia da sua carta de "quantidade de benefício".
- ✓ Cópias de extratos bancários dos últimos dois meses para contas correntes, contas de poupança, certificados de depósito, etc..
- ✓ Uma cópia duma fatura de luz, fatura de telefone ou fatura de televisão a cabo da residência em que você reside.
- ✓ Se você é um estudante, uma lista de créditos/classes para o semestre atual e uma cópia do seu ID de aluno.

🔗 Nota: O nome mostrado na identificação do paciente deve ser o mesmo nome mostrado nos talões de pagamento formulários de imposto.

**Por favor retorne esta aplicação preenchida e a documentação de apoio solicitada logo que possível. Uma aplicação não será revista até que toda a documentação de apoio necessária for fornecida.**

*The Patient Protection and Affordable Care Act [O Ato de Proteção do Paciente e Cuidados Acessíveis] exige que todos os indivíduos que têm cobertura de seguro de saúde a partir de 1 de janeiro de 2014. Nossos Conselheiros Financeiros irão fornecer-lhe informações sobre como você pode aplicar para a cobertura de seguro de saúde através do intercâmbio de seguro federal no "[www.marketplace.gov](http://www.marketplace.gov)" e podem ajudá-lo com o processo de inscrição. [Discutir as implicações da elegibilidade e a recusa de aplicar.]*

# APLICAÇÃO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

(POR FAVOR, ESCREVA EM LETRA DE MÃO – CERTIFIQUE-SE DE FORNECER TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS)

## I. INFORMAÇÕES PESSOAIS

Informações pessoais do requerente (ou o pai, se o requerente é menor de idade):

Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Sobrenome Primeiro Nome Inicial do Segundo Nome

Endereço \_\_\_\_\_  
Rua Cidade Estado CEP

Vivendo no Endereço Desde \_\_\_\_\_ # de telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Estado civil: Solteiro(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viúvo(a) \_\_\_\_\_  
Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_ # de Seguro Social do Cônjuge \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

☞ Se o relatório de crédito indica alto risco, uma cópia do seu(s) cartão(es) de Seguro social será(ao) necessário(s).

Lista de membros da família (incluindo os pais, paciente e os irmãos naturais ou adotivos) vivendo no endereço acima.

NOME LEGAL DO MEMBRO DA FAMÍLIA	DATA DE NASCIMENTO	RELAÇÃO COM A PACIENTE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

## II. INFORMAÇÃO DE SEGURO

	REQUERENTE (OU PAI, SE O REQUERENTE É MENOR DE IDADE)	CÔNJUGE DO REQUERENTE
Você têm seguro de saúde? (S/N)		
Se sim, nome do plano de seguro de saúde:		
Medicare? (S/N)		
Medicare parte D? (S/N)		
Suplemento de Medicare? (S/N)		
Medicaid? (S/N)		
Benefícios do veterano? (S/N)		

### III. INFORMAÇÕES DE EMPREGO E RENDA

**Informações de emprego do requerente (ou o pai, se o requerente é menor de idade):**

Empregador \_\_\_\_\_ Desempregado? (S/N) \_\_\_\_\_ Data de Desemprego \_\_\_\_\_

Endereço Profissional \_\_\_\_\_  
 Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

# de Telefone ( ) \_ \_ Seu Empregador Oferece Seguro de Saúde? \_ (S/N)

Ocupação / Posição \_\_\_\_\_ Data de contratação \_\_\_\_\_

Estudante (S/N) \_ Nome da Escola \_\_\_\_\_ Número de Créditos deste Semestre \_

SALÁRIO MENSAL			
BRUTO	\$	LÍQUIDO	\$

REMUNERAÇÃO HORÁRIA	\$	HORAS TRABALHADAS SEMANALMENTE	
---------------------	----	--------------------------------	--

Fonte (s) de renda adicional(ais) (por mês):

- |   |          |   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Outros Salários    | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Manutenção Infantil  | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Autoemprego              | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Juros, Dividendos  | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensão/Aposen.       | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI        | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Renda de Aluguel   | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Comp. do trabalhador | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Benefícios dos Veteranos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Selos de Comida    | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Desemprego           | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Outros                   | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Rendimento Agrícola  | \$ _____ |   |          |

**Informações de emprego do Cônjuge (se aplicável):**

Empregador \_\_\_\_\_ Desempregado? (S/N) \_\_\_\_\_ Data de Desemprego \_\_\_\_\_

Endereço Profissional \_\_\_\_\_  
 Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

# de Telefone ( ) \_ \_ Seu Empregador Oferece Seguro de Saúde? \_ (S/N)

Ocupação / Posição \_\_\_\_\_ Data de contratação \_\_\_\_\_

Estudante (S/N) \_ Nome da Escola \_\_\_\_\_ Número de Créditos deste Semestre \_

SALÁRIO MENSAL			
BRUTO	\$	LÍQUIDO	\$

REMUNERAÇÃO HORÁRIA	\$	HORAS TRABALHADAS SEMANALMENTE	
---------------------	----	--------------------------------	--

Fonte (s) de renda adicional(ais) (por mês):

- |   |          |   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Outros Salários    | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Manutenção Infantil  | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Autoemprego              | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Juros, Dividendos  | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensão/Aposen.       | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI        | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Renda de Aluguel   | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Comp. do trabalhador | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Benefícios dos Veteranos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Selos de Comida    | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Desemprego           | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Outros                   | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Rendimento Agrícola  | \$ _____ |   |          |

#### IV. INFORMAÇÕES DE DESPESA MENSAL

Indica as quantidades mensais pagas ou devidas nos itens abaixo:

ALUGUER / HIPOTECA		CONTAS DO AGREGADO FAMILIAR	
Nome do Proprietário		Aquecimento / Utilitários	\$
# de Telefone do Proprietário	( )	Telefone / Telemóvel	\$
Credor Hipotecário		TV a cabo / Internet	\$
Quantidade de Hipoteca	\$	Seguro do Proprietário	\$
		Seguro Automóvel	\$
<b>EMPRÉSTIMOS</b>		Seguro de Saúde, Odontológica, e Visão	\$
Empréstimos de Auto	\$	Seguro de Vida ou Invalidez	\$
Empréstimos Pessoais	\$	Outros seguros	\$
Empréstimos Estudantis	\$	Contas Médicas (hospital / clínica)	\$
OUTRAS OBRIGAÇÕES		CARTÕES DE CRÉDITO	
Cuidados Infantis	\$	Cartão de Crédito	\$
Manutenção Infantil	\$	Cartão de Crédito	\$
Pensão Alimentícia	\$	Cartão de Crédito	\$
Outros	\$		

TOTAL DE DESPESAS MENSALIS: \$ \_\_\_\_\_

#### V. ACTIVOS

Indica o atual valor de mercado justo de qualquer uma das seguintes opções:

CONTAS BANCÁRIAS			IMÓVEIS DE PROPRIEDADE	
Nome do banco			Valor	\$
Poupança	\$		Endereço de Rua	
Corrente	\$		Cidade, Estado e CEP	
VEÍCULOS DE PROPRIEDADE			LISTA DE OUTROS ACTIVOS	
	Ano/Marca	Modelo	Valor	\$
Primeiro			\$	\$
Segundo			\$	\$
Terceira			\$	\$

ATIVOS TOTAIS: \$ \_\_\_\_\_

## VII. CERTIFICAÇÃO

*Certifico que as informações que tenho fornecido nesta aplicação e a documentação de apoio necessária é verdadeira e correta para o melhor de meu conhecimento. Aplicarei para qualquer assistência federal, estadual ou local para que eu seja elegível para ajudar a pagar meus cuidados médicos. Eu entendo que, se eu conscientemente fornecer informações imprecisas ou incompletas nesta aplicação, posso ser inelegível para apoio assistência financeira, qualquer assistência financeira concedida para mim pode ser revertida, e serei responsável pelo pagamento das minhas contas médicas.*

Assinatura do Requerente \_\_\_\_\_ Data de Pedido \_\_\_\_\_

Seu pedido preenchido e documentação de apoio pode ser enviada por:

- Entregar os materiais para um Representante do Serviço de Paciente ou para o Escritório de Negócios do Hospital, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
- Enviar os materiais para Southcoast Behavioral Health, Attn: Business Office, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
- Enviar os materiais para *tammy.furtado@southcoastbehavioral.com*

## EXPOSIÇÃO 4

### Médicos Empregados pela Companhia e Outros Provedores Abrangidos pela Política

<b>Primeiro</b>	<b>Seg.</b>	<b>Sobrenome</b>	<b>Nome da Prática</b>
Angela		Andrade	Southcoast Behavioral Health
Jack		Belkin	Southcoast Behavioral Health
Rodica		Brisan	Southcoast Behavioral Health
Catherine		Chase	Southcoast Behavioral Health
Salin		Dahlben	Southcoast Behavioral Health
Robert		Doyle	Southcoast Behavioral Health
William		Drexel	Southcoast Behavioral Health
Heather		Farmer	Southcoast Behavioral Health
Melady		Genereux	Southcoast Behavioral Health
Allan		Giesen	Southcoast Behavioral Health
Syed		Jafery	Southcoast Behavioral Health
Frank		Kahr	Southcoast Behavioral Health
Chu		Le	Southcoast Behavioral Health
Michael		Liebowitz	Southcoast Behavioral Health
Catherine		Major	Southcoast Behavioral Health
Gregory		Marmol Gass	Southcoast Behavioral Health
Eric		Pinho	Southcoast Behavioral Health
Michael		Rater	Southcoast Behavioral Health
Danni		Ray	Southcoast Behavioral Health
Nancy		Regan	Southcoast Behavioral Health
Barbara		Roderick	Southcoast Behavioral Health
Kerry		Taveira	Southcoast Behavioral Health



## **EXPOSIÇÃO 6**

### **Resumo em Linguagem Simples da Política de Assistência Financeira**

Southcoast Behavioral Health fornecerá os serviços de saúde de emergência e medicamento necessários gratuitamente ou com desconto para pacientes sem seguro ou com seguro limitado disponível. De um modo geral, os pacientes elegíveis para taxas reduzidas devem ter renda familiar abaixo dos 350% das Diretrizes de Pobreza Federal, enquanto os pacientes elegíveis para cuidados gratuitos devem ter renda familiar abaixo dos 200% das Diretrizes de Pobreza Federal. A assistência financeira também pode estar disponível em outras circunstâncias limitadas, dependendo da quantidade das contas médicas do paciente e se o paciente preenche outros determinados critérios de elegibilidade.

Os pacientes que procuram assistência financeira podem aplicar ao preencher uma Aplicação para Assistência Financeira. Cópias da Aplicação de Assistência Financeira, bem como a Política de Assistência Financeira do Hospital e Política de Faturamento e Coleção, estão disponíveis em [www.southcoastbehavioral.com](http://www.southcoastbehavioral.com).

Os pacientes também podem pedir cópias gratuitas da Aplicação para Assistência Financeira e as Políticas acima mencionadas pelo correio, por chamar o Conselheiro Financeiro Principal no (508)207-9800 ext. 203, ou podem obter cópias gratuitas pessoalmente no Escritório de Negócios do Hospital, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*. A aplicação para Assistência Financeira e as políticas acima mencionadas (bem como este resumo em linguagem simples) estão disponíveis em ambos [*Inglês e espanhol*].

As Aplicações de Assistência Financeira já preenchidas e os materiais de apoio devem ser apresentados à Southcoast Behavioral Health, Attn: Business Office, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*. As aplicações podem ser entregues pessoalmente ao Escritório de Negócios. As aplicações também podem ser enviadas por correio para o endereço indicado acima, ou por e-mail para [tammy.furtado@southcoastbehavioral.com](mailto:tammy.furtado@southcoastbehavioral.com).

As pessoas que procuram mais informações ou precisem de ajuda para preencher a Aplicação para Assistência Financeira podem contatar um dos Treinados Conselheiros Financeiros Principais do Hospital no Escritório de Negócios em (508)207-9800 ext. 203.

Um paciente que qualifica para receber assistência financeira no âmbito da Política de Assistência Financeira do Hospital com relação a serviços de saúde comportamental de emergência ou medicamento necessários não será cobrado mais do que os montantes

geralmente cobrados pelo Hospital para os mesmos serviços para indivíduos que têm seguro que cobre tais cuidados.