

POLÍTICA DO MEMORIAL HERMANN HEALTH SYSTEM

TÍTULO DA POLÍTICA: Política de assistência financeira

DATA DE PUBLICAÇÃO: 12/19/2017

VERSÃO: 4

FINALIDADE DA POLÍTICA:

O Memorial Hermann Health System ("MHHS") gere hospitais abrangidos pela secção 501(c)(3) do Internal Revenue Code que cobrem as necessidades de cuidados de saúde em Harris, Montgomery, Fort Bend e condados vizinhos. O MHHS está empenhado em oferecer benefícios à comunidade sob a forma de assistência financeira a pessoas sem seguro ou com um seguro insuficiente, sem qualquer discriminação, que necessitem de serviços de urgência ou clinicamente necessários independentemente da capacidade de pagamento do paciente.

A política de assistência financeira (FAP) tem como objetivo proporcionar um método sistemático de identificação e fornecimento de assistência financeira às pessoas que o MHHS serve na sua comunidade.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO:

A presente FAP aplica-se a todas as instalações hospitalares licenciadas pelo estado geridas por hospitais MHHS ao abrigo da secção 501(c)(3), que incluem:

Memorial Hermann Greater Heights Hospital
Memorial Hermann Katy Hospital
Memorial Hermann Memorial City Medical Center
Memorial Hermann – Texas Medical Center

- Memorial Hermann Cypress Hospital
- Memorial Hermann Orthopedic and Spine Hospital

Memorial Hermann Northeast Hospital
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital Katy, L.L.C.
Memorial Hermann Southeast Hospital

- Memorial Hermann Pearland Hospital

Memorial Hermann Southwest Hospital
Memorial Hermann Sugar Land Hospital
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center
TIRR Memorial Hermann

O MHHS gere centros de imagiologia em regime ambulatorio, centros de reabilitação e medicina desportiva, e centros de urgência como prestador de serviços em departamentos ambulatorios dos hospitais acima listados, estando cobertos ao abrigo desta FAP. O MHHS também gere laboratórios de diagnóstico em regime ambulatorio que estão cobertos ao abrigo desta FAP.

DECLARAÇÃO DE POLÍTICA:

1. Em consonância com os valores de compaixão e responsabilidade do MHHS, o MHHS tem como política fornecer assistência financeira a pacientes com necessidades. Para além disso, esta FAP tem como objetivo apresentar o enquadramento segundo o qual a assistência financeira será concedida a pacientes no caso de cuidados hospitalares urgentes ou clinicamente necessários prestados pelo MHHS.
2. Esta FAP identifica os critérios específicos e o processo de pedido ao abrigo do qual o MHHS proporcionará assistência financeira a pessoas que não têm capacidade para pagar na totalidade os serviços prestados. De referir que determinadas pessoas são presumivelmente elegíveis para receber serviços sem qualquer custo (consulte a secção 4 relativa ao Procedimento).
3. Esta FAP aplica-se a todos os cuidados hospitalares de urgência ou clinicamente necessários prestados por um MHHS hospital. Esta FAP não é vinculativa para prestadores de serviços médicos fora do hospital e não se aplica a consultórios médicos. No nosso site, encontrará uma lista de prestadores de cuidados hospitalares de urgência ou outros cuidados clinicamente necessários nas instalações hospitalares cujos serviços são cobertos como parte desta FAP, assim como uma lista de prestadores cujos serviços não são cobertos como parte desta FAP, em: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Estão também disponíveis, gratuitamente e mediante pedido, cópias em papel no serviço de urgências e em áreas de registo hospitalar. As cópias gratuitas em papel também podem ser solicitadas por correio ou ligando para o (713) 338-5502 ou 1-800-526-2121, Opção 5.
4. A FAP descreve os critérios utilizados pelo MHHS no cálculo do montante do desconto de assistência financeira, caso se aplique, as medidas que o MHHS tomará para publicitar amplamente esta FAP na comunidade servida pelo MHHS, o processo utilizado pelo MHHS para determinar a elegibilidade para assistência financeira, e o processo de pedido de obtenção de assistência financeira. As medidas que o MHHS pode tomar no caso de não pagamento são descritas numa política em separado, a Política de Faturação e Cobrança. do MHHS. Esta política pode ser transferida no site do MHHS em: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>, ou pode obter uma cópia gratuita no serviço de urgências e nas áreas de registo hospitalar. As cópias gratuitas em papel também podem ser solicitadas por correio ou ligando para o (713) 338-5502 ou 1-800-526- 2121, Opção 5.

5. Para serem elegíveis para assistência financeira, os pacientes têm de preencher e entregar um formulário de pedido de assistência financeira (para pacientes que não são presumivelmente elegíveis) juntamente com qualquer documentação de apoio necessária. Os formulários de pedido de assistência financeira têm de ser entregues no máximo 240 dias após a data do primeiro extrato de fatura enviado relativamente aos serviços para os quais o paciente solicita assistência financeira. Podem ser concedidas exceções, tal como descrito na secção 9 relativa ao Procedimento. Nada nesta FAP tem precedência face a leis ou regulamentos federais, estatais ou locais atualmente ou futuramente em vigor.
6. Qualquer montante pago pelo paciente acima do montante devido após o desconto de assistência financeira ser aplicado será reembolsado para todos os casos elegíveis de cuidados prestados.
7. A decisão final para determinar se o MHHS envidou esforços razoáveis para avaliar a elegibilidade para a FAP cabe ao MHHS Patient Business Services Office. Esta FAP tem como objetivo proporcionar benefícios à comunidade do MHHS em consonância com os seus valores de compaixão e responsabilidade. A existência desta FAP não constitui uma oferta de assistência financeira a qualquer paciente em particular e não cria direitos ou obrigações contratuais. Esta FAP pode ser atualizada pelo MHHS no futuro e aprovada pelo Conselho de Administração, ou respetivo representante, segundo o seu exclusivo critério.
8. As políticas e os procedimentos aqui definidos pretendem cumprir os regulamentos do estado do Texas e a secção 501(r) do Internal Revenue Code e diretrizes relacionadas.

TERMOS E DEFINIÇÕES:

1. *Pedido*: Significa um pedido de assistência financeira a ser preenchido pelo paciente.
2. *Período de pedido*: Durante o período de pedido, o MHHS aceitará e processará um pedido de assistência financeira. O período de pedido começa na data de prestação de cuidados ao paciente e termina no 240.º dia após a data do primeiro extrato de fatura pelos cuidados prestados.
3. *Montantes geralmente faturados (AGB)*: No caso de cuidados hospitalares de urgência ou clinicamente necessários, não serão cobrados aos pacientes elegíveis para assistência financeira valores superiores aos montantes geralmente faturados (AGB) a pacientes que têm seguro.
 - a. A percentagem de AGB do MHHS é calculada utilizando o método "retrospectivo", que é o total do pagamento de taxas por serviço da Medicare permitido dividido pelas despesas brutas totais de pedidos referentes ao anterior período de 12 meses. Os descontos concedidos

aos pacientes elegíveis para assistência financeira serão analisados face aos limites percentuais dos AGB para garantir que os pacientes não são cobrados acima dos AGB.

- b. As percentagens dos AGB podem ser encontradas no Anexo A - Cálculo dos montantes geralmente faturados da FAP.
 - c. As percentagens de AGB revistas serão calculadas anualmente e aplicadas no 120.º dia após o início do ano civil.
4. *Rendimento familiar bruto anual*: A soma dos ganhos anuais e dos benefícios pecuniários de uma família obtidos de todas as fontes antes de impostos, menos pagamentos de pensão para filhos menores, reportáveis ao Internal Revenue Service dos EUA. O rendimento familiar inclui, entre outros, ganhos, subsídio de desemprego, indemnização por acidente de trabalho, segurança social, Supplemental Security Income (rendimento suplementar), auxílio estatal, pagamentos a veteranos, pensão de sobrevivência, rendimento de reforma ou de pensão, juros, dividendos, pensão de alimentos, pensão para filhos menores, e outras fontes.
 5. *Serviços opcionais*: Serviços para tratar uma patologia que não necessita de cuidados imediatos. Os serviços opcionais incluem tratamentos que são benéficos para o paciente, mas não urgentes, e incluem serviços clinicamente necessários e serviços não clinicamente necessários, tais como cirurgias estéticas e dentárias realizadas apenas com o intuito de melhorar o aspeto visual, ou outros procedimentos opcionais que normalmente não são cobertos por seguros de saúde. Os serviços opcionais não clinicamente necessários não serão tidos em consideração para efeitos de assistência financeira.
 6. *Serviços de urgência*: Serviços prestados a um paciente devido a uma condição médica com sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa), sendo que a ausência de cuidados médicos imediatos pode ser razoavelmente considerada como colocando em risco a saúde do paciente (ou, no caso de uma grávida, a saúde da paciente ou do nascituro), ou provocar deficiências graves nas funções do organismo, ou insuficiência grave de qualquer parte ou órgão do corpo humano.
 7. *Ações de cobrança extraordinárias (ECAs)*: Tratam-se de ações de cobrança que requerem um processo legal ou judicial e que também podem envolver outras atividades, como a venda de dívida a outra parte ou a comunicação de informações negativas a agências de crédito. O MHHS não participa em ECAs, nem permite que os seus cobradores participem em ECAs. Pode encontrar mais informações sobre as políticas de cobrança do MHHS na política do MHHS em separado Política de faturação e cobrança; as cópias gratuitas relativas a esta política estão disponíveis online em: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/> ou cópias em papel gratuitas, mediante pedido, no serviço de urgências e nas áreas de registo hospitalar, ou ligando para o (713) 338-5502 ou 1-800-526-2121, Opção 5.

8. *Família*: O paciente, o cônjuge/parceiro em união civil do paciente, os pais ou tutores do paciente (no caso de um paciente menor), e quaisquer dependentes incluídos na declaração de imposto sobre os rendimentos do paciente ou dos pais, e residindo no agregado familiar do paciente ou no agregado familiar dos respetivos pais ou tutores.
9. *Nível federal de pobreza ("FPL")*: Nível de rendimento dentro do qual uma pessoa é considerada como estando no limiar de pobreza. O nível de rendimento varia em função da dimensão da unidade familiar. O nível de pobreza é atualizado anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços à Pessoa (Department of Health and Human Services) dos EUA e publicado pelo Registo Federal. Para efeitos desta FAP, o nível de pobreza indicado nestas diretrizes publicadas representa o rendimento bruto. O FPL utilizado para efeitos desta FAP será atualizado anualmente.
 - a. Os FPL atuais podem ser encontradas no Anexo B - Diretrizes federais relativas à pobreza da FAP.
10. *Assistência financeira*: Assistência financeira significa a assistência oferecida pelo MHHS a pacientes que preenchem determinados critérios financeiros e outros critérios de elegibilidade, conforme definidos na FAP, para ajudá-los a obterem os recursos financeiros necessários para pagar serviços de cuidados de saúde urgentes ou clinicamente necessários prestados pelo MHHS num contexto hospitalar. Os pacientes elegíveis podem incluir pacientes sem seguro, pacientes com baixo rendimento e pacientes que têm cobertura parcial mas que não têm capacidade para pagar a totalidade ou parte das respetivas faturas médicas.
11. *Serviços clinicamente necessários*: Os serviços ou materiais que são fornecidos para efeitos de diagnóstico, cuidados diretos e tratamento de uma condição médica e que cumprem os padrões de boas práticas médicas na área local, são cobertos e considerados clinicamente necessários pelos programas da Medicare e da Medicaid e não são fornecidos apenas para conveniência do paciente ou do médico. Os serviços clinicamente necessários não incluem cirurgias estéticas ou serviços não clínicos, tais como serviços sociais, educativos ou de formação profissional.
12. *Resumo em linguagem simples ("PLS")*: Um resumo em linguagem simples da FAP do MHHS inclui: (a) uma breve descrição dos requisitos de elegibilidade e assistência oferecida; (b) uma listagem com o site e os locais físicos onde podem ser obtidos os formulários de pedido de assistência financeira; (c) instruções sobre como obter uma cópia em papel gratuita da FAP; (5) dados de contacto para apoio no processo de pedido de assistência; (6) disponibilidade de traduções da FAP e documentos relacionados; e (7) uma declaração confirmando que os pacientes considerados elegíveis para assistência financeira não serão cobrados em valores superiores aos montantes geralmente faturados para serviços de urgência ou

cl clinicamente necessários.

13. *Elegibilidade presumível ou presumivelmente elegível*: Determinação de elegibilidade para assistência financeira levada a cabo tendo como referência critérios específicos que provam a necessidade de assistência financeira de um paciente sem seguro sem ser necessário o preenchimento do formulário de pedido de assistência financeira.
14. *Esforços razoáveis*: O MHHS envidará esforços razoáveis para informar o paciente quanto à FAP do MHHS através de um resumo em linguagem simples da FAP entregue ao paciente antes de o mesmo receber alta hospitalar. Para além disso, o MHHS tomará as seguintes medidas para informar os pacientes quanto à FAP do MHHS:
 - a. *Pedidos incompletos*: Se o paciente e/ou família entregarem um pedido incompleto, o MHHS fornecerá um aviso por escrito com a descrição das informações ou documentos adicionais necessários.
 - b. *Pedidos devidamente preenchidos*: Se o paciente e/ou membro da família do paciente entregarem um formulário de pedido de assistência financeira devidamente preenchido, o MHHS fornecerá um aviso por escrito que informa atempadamente se um paciente é efetivamente elegível para assistência financeira, e informa igualmente o paciente ,por escrito, no que respeita à decisão (incluindo, se aplicável, a assistência para a qual o paciente é elegível) e à base para a decisão. Este aviso também incluirá o montante percentual da assistência financeira (para pedidos aprovados) ou os motivos de recusa, assim como o pagamento esperado por parte do paciente e/ou família, se aplicável. O paciente e/ou família continuarão a receber extratos durante a avaliação de um pedido devidamente preenchido.
 - c. *Extratos do paciente*: O MHHS enviará vários extratos com a descrição da conta do paciente e o montante em dívida. Os extratos do paciente incluirão um aviso em como o paciente é responsável por informar o MHHS quanto a qualquer cobertura de seguro de saúde disponível, um aviso da FAP do MHHS, um número de telefone para solicitar assistência financeira e o endereço do site para obtenção de documentos da FAP.
 - d. *Site do MHHS*: Os sites do MHHS colocarão um aviso num local de destaque relativo à existência da assistência financeira, juntamente com uma explicação sobre o processo de pedido de assistência financeira. O MHHS publicará esta FAP com uma lista de prestadores de serviços abrangidos e não abrangidos pela FAP, um resumo em linguagem simples, o formulário de pedido de assistência financeira e uma Política de faturação e cobrança no site do MHHS:
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. O MHHS

disponibilizará gratuitamente cópias em papel destes documentos, mediante pedido, no serviço de urgências e nas áreas de registo.

15. *Paciente com seguro insuficiente*: Um paciente com cobertura total ou parcial ao abrigo de uma apólice de seguro mas que, pelo facto de ter necessitado de serviços de urgência ou clinicamente necessários, tem despesas extra que ultrapassam a sua capacidade para liquidar o restante valor em dívida dos cuidados recebidos.
16. *Paciente sem seguro*: Um paciente sem cobertura total ou parcial ao abrigo de uma apólice de seguro de saúde e que não é beneficiário de um seguro de saúde público ou privado, programa de benefícios para a saúde ou outro tipo de programa de cuidados de saúde (incluindo, entre outros, seguro privado, Medicare ou Medicaid, ou assistência às vítimas de crimes) e cujas lesões não são ressarcíveis para efeitos de indemnização por acidente de trabalho, seguro automóvel, ou um seguro de responsabilidade civil ou outro seguro contra terceiros, conforme determinado pelo MHHS com base em documentos e informações fornecidos pelo paciente ou obtidos junto de outras fontes, para o pagamento de serviços de cuidados de saúde prestados pelo MHHS.

CRITÉRIOS DE ANÁLISE:

1. *Comunicação*: Para que os nossos pacientes, famílias e comunidade mais ampla estejam cientes da existência de assistência financeira, o MHHS tomará algumas medidas para informar os pacientes e visitantes dos seus hospitais quanto à existência de assistência financeira, e publicitar amplamente esta FAP junto dos membros da comunidade servida em cada hospital. Estas medidas incluem:
 - a. *Consentimento do paciente*: O consentimento de cuidados de saúde assinado no momento do registo para serviços de cuidados de saúde inclui a indicação de que, caso sejam requeridos serviços de âmbito caritativo, a determinação de elegibilidade deve ser solicitada no momento da admissão hospitalar ou aquando do recibo de fatura ou extrato detalhado.
 - b. *Aconselhamento financeiro*: Os pacientes do MHHS devem procurar obter informações junto do consultor financeiro do hospital caso prevejam dificuldades no pagamento da fatura do hospital. Os nossos consultores financeiros envidarão todos os esforços para ajudar os pacientes que não têm seguro, que têm um seguro insuficiente ou que enfrentam outros problemas financeiros associados ao pagamento dos serviços de cuidados de saúde por nós prestados. Os consultores financeiros podem avaliar os pacientes quanto à sua elegibilidade para vários programas financiados pelo governo, ajudar na obtenção de uma indemnização por acidente de trabalho ou reclamação de responsabilidades, traçar um plano

de pagamento com prazo alargado ou ajudar os pacientes a apresentarem um pedido de assistência financeira.

- c. *Resumo em linguagem simples e formulário de pedido:* Será disponibilizada a todos os pacientes uma cópia em papel do resumo em linguagem simples da FAP do MHHS e uma cópia em papel do formulário de pedido de assistência financeira, no tempo de serviço praticável. O MHHS disponibilizará gratuitamente cópias em papel destes documentos, mediante pedido, no serviço de urgências e nas áreas de registo. As cópias gratuitas em papel também podem ser solicitadas por correio ou ligando para o 713-338-5502 ou 1-800-526-2121, Opção 5.
- d. *Cópias traduzidas disponíveis:* O MHHS dispõe de traduções da FAP, do resumo em linguagem simples, do formulário de pedido de assistência financeira e da Política de faturação e cobrança para pessoas com compreensão limitada da língua inglesa representando cinco por cento (5%) ou 1000 pessoas, consoante o que for menor, na comunidade servida pelas respetivas instalações hospitalares. O MHHS disponibilizará gratuitamente cópias destes documentos no site do MHHS e mediante pedido no serviço de urgências e nas áreas de registo hospitalar. As cópias gratuitas em papel também podem ser solicitadas por correio ou ligando para o 713-338-5502 ou 1-800-526-2121, Opção 5.
- e. *Sinalética:* Toda a sinalética relativa à assistência financeira será claramente e explicitamente colocada em locais visíveis para o público, incluindo, entre outros, no serviço de urgências e nas áreas de registo de pacientes do MHHS. A sinalética indicará a existência de assistência financeira e o número de telefone para contactar um consultor financeiro e receber mais informações.
- f. *Site:* Os sites do MHHS colocarão um aviso num local de destaque relativo à existência de assistência financeira, juntamente com uma explicação sobre o processo de pedido de assistência financeira. O MHHS publicará a FAP com uma lista de prestadores de serviços abrangidos e não abrangidos pela FAP, um resumo em linguagem simples, o formulário de pedido de assistência financeira e uma Política de faturação e cobrança no site do MHHS: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>.
- g. *Faturas e extratos do paciente:* Os extratos do paciente incluirão um aviso em como o paciente é responsável por informar o MHHS quanto a qualquer cobertura de seguro de saúde disponível, um aviso da FAP do MHHS, um número de telefone para solicitar assistência financeira e o endereço do site para obtenção de documentos da FAP.
- h. *Correio ou fax:* Os pacientes podem solicitar por escrito, através de correio

ou fax, cópias gratuitas destes documentos para o endereço abaixo indicado, sendo necessário incluir o nome completo da pessoa e o endereço que o MHHS deve utilizar para envio das cópias.

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
FAX: 713-338-6500

2. *Determinação de elegibilidade:* A assistência financeira é determinada de acordo com procedimentos que implicam uma avaliação individual das necessidades financeiras. Esses procedimentos são descritos abaixo:
 - a. É levada a cabo uma determinação de elegibilidade presumível de acordo com os critérios descritos abaixo na secção 4 relativa ao Procedimento. Se um paciente for presumivelmente elegível para obter assistência financeira, não é necessário preencher um formulário de pedido de assistência financeira. Contudo, o paciente ou o garante deve cooperar no que respeita ao processo de avaliação e fornecer dados pessoais ou financeiros, assim como documentação relevante, para efeitos de determinação de elegibilidade presumível;
 - b. Um processo de pedido de assistência financeira, no qual o paciente ou o garante deve cooperar no que respeita ao fornecimento de dados pessoais ou financeiros, assim como documentação relevante, para efeitos de determinação das necessidades financeiras;
 - c. O MHHS envidará esforços razoáveis para determinar se uma pessoa é elegível para a FAP a fim de fornecer informações sobre a FAP do MHHS, num resumo em linguagem simples, antes de o paciente receber alta hospitalar. Para além disso, o MHHS tomará as seguintes medidas para informar os pacientes quanto à FAP do MHHS:
 - i. *Pedidos incompletos:* Se o paciente e/ou família entregarem um pedido incompleto, o MHHS fornecerá um aviso por escrito com a descrição das informações ou documentos adicionais necessários no prazo de quarenta e cinco (45) dias após receção do pedido inicial.
 - ii. *Extratos do paciente:* Os extratos do paciente incluirão um aviso em como o paciente é responsável por informar o MHHS quanto a qualquer cobertura de seguro de saúde disponível e incluirá um aviso da FAP do MHHS, um número de telefone para solicitar assistência financeira e o endereço do site para obtenção de documentos da FAP.
 - iii. *Site do MHHS:* Os sites do MHHS colocarão um aviso num local de

destaque relativo à existência de assistência financeira, juntamente com uma explicação sobre o processo de pedido de assistência financeira. No site do MHHS : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>, O MHHS publicará a FAP com uma lista de prestadores de serviços abrangidos e não abrangidos pela FAP, o resumo em linguagem simples, o formulário de pedido de assistência financeira e a Política de faturação e cobrança.

- iv. *Documentos disponíveis mediante pedido:* O MHHS terá cópias em papel gratuitas da FAP com uma lista de prestadores de serviços abrangidos e não abrangidos pela FAP, o resumo em linguagem simples, o formulário de pedido de assistência financeira e a Política de faturação e cobrança disponíveis mediante pedido no serviço de urgências e nas áreas de registo.
 - d. A utilização de fontes externas de dados publicamente disponíveis que fornecem informações quanto à capacidade de pagamento de um paciente ou garante, incluindo classificações de crédito através da TransUnion ou Experian;
 - e. Uma análise às contas pendentes do paciente recebidas por serviços anteriormente prestados no MHHS e o histórico de pagamentos ou dívidas de cobrança duvidosa do paciente;
 - f. Os níveis de assistência financeira fornecidos pelo MHHS baseiam-se no rendimento, dimensão do agregado familiar e FPL. Tanto os pacientes sem seguro como os pacientes com seguro podem apresentar um pedido para assistência financeira; e
 - g. A elegibilidade do paciente para assistência financeira será baseada nos critérios apresentados abaixo e pode variar dependendo da situação financeira do paciente, circunstâncias financeiras atenuantes e a disponibilidade de benefícios de cuidados de saúde de terceiros. As diretrizes relativas à elegibilidade serão revistas anualmente depois da publicação das diretrizes do FPL pelo governo federal. As famílias com rendimentos superiores às diretrizes abaixo mencionadas podem ser avaliadas para consideração de um plano de pagamento.
3. *Elegibilidade do paciente para assistência financeira:* Com base nos FPL, serão utilizados os seguintes critérios para determinar os descontos oferecidos a pacientes sem seguro e com seguro insuficiente elegíveis para assistência financeira. Os pacientes com seguro insuficiente têm de ter o seguro faturado antes de solicitarem serviços de âmbito caritativo. Os descontos concedidos aos pacientes elegíveis para assistência financeira serão analisados face aos limites percentuais dos AGB para garantir que os pacientes não são cobrados acima dos AGB.

a. Cuidados de saúde gratuitos:

- i. Se o rendimento familiar bruto anual for igual ou inferior a duzentos por cento (200%) face às atuais diretrizes federais relativas à pobreza, conforme estabelecido na tabela de elegibilidade para assistência financeira sobre o rendimento bruto (Anexo A - Cálculo dos montantes geralmente faturados), o paciente (ou outra parte responsável) terá direito a cuidados de saúde gratuitos (desconto de 100%) e não terá em dívida qualquer porção do saldo da conta.
- ii. Os pacientes com acesso a uma cobertura de serviços de saúde básicos através da Medicare e elegíveis para uma segunda cobertura através da Medicaid receberão um desconto de cem por cento (100%) sobre qualquer saldo restante após faturação à Medicaid e receção de um pedido adjudicado pelo THMP (Texas Department of State Health Services ou Medicaid).

b. Cuidados de saúde com desconto:

- i. Os pacientes/pessoas com um rendimento familiar bruto anual superior a duzentos por cento (200%) mas não superior a quatrocentos por cento (400%) face às atuais diretrizes federais relativas à pobreza podem ser elegíveis para um desconto nas despesas dentro do montante geralmente faturado (AGB) a pacientes com seguro.
 - ii. Os pacientes com um saldo devedor nas faturas hospitalares podem ser elegíveis para um desconto se forem cumpridos todos os critérios que se seguem: 1) o saldo é superior a dez por cento (10%) do rendimento familiar bruto anual do paciente; 2) não tem capacidade para pagar a totalidade ou uma parte do saldo devedor; e 3) a fatura tem um valor de pelo menos 5.000 \$. Perante estas circunstâncias, o paciente ou o garante deve cooperar com o processo da FAP e fornecer dados pessoais ou financeiros, assim como documentação relevante, para efeitos de determinação de elegibilidade. Se o processo for aprovado, o paciente será responsável pelo pagamento de, no máximo, dez por cento (10%) face ao respetivo rendimento familiar bruto anual para liquidar saldos pendentes, ou será aplicado um desconto AGB, sendo que prevalece o valor mais baixo e mais benéfico para a situação financeira do paciente.
4. *Elegibilidade presumível:* Os pacientes sem seguro podem ser considerados elegíveis para assistência financeira com base na existência de um dos critérios abaixo listados. Depois de ser confirmado pelo menos um critério, não serão solicitadas outras provas de rendimento. A lista apresentada abaixo retrata um exemplo no qual o rendimento familiar de um paciente é inferior a

duas vezes o FPL e o paciente é elegível para uma redução de cem por cento (100%) no que respeita a todas as despesas por serviços clinicamente necessários. A avaliação de elegibilidade presumível para um paciente sem seguro deve ser realizada o mais rapidamente possível após a prestação de serviços clinicamente necessários e antes da emissão de qualquer fatura por esses serviços. Se o MHHS for notificado quanto a um possível estatuto de elegibilidade presumível, manterá retido qualquer extrato do paciente por (30) dias durante a conclusão do processo de análise de elegibilidade presumível. Os pacientes com seguro de terceiros (que não programas de assistência locais ou estatais, como a Medicaid) não serão considerados para elegibilidade presumível e terão de apresentar um pedido de assistência financeira.

- a. Os pacientes sem seguro que cumpram os seguintes critérios serão considerados presumivelmente elegíveis para uma redução de cem por cento (100%) sobre despesas relativas a serviços de urgência ou clinicamente necessários:
 - i. Pacientes sem abrigo ou que receberam cuidados prestados por uma clínica para sem abrigos;
 - ii. Participação em programas destinados a mulheres, bebés e crianças (WIC);
 - iii. Elegibilidade para vales-refeição;
 - iv. Programa de assistência de nutrição suplementar (SNAP);
 - v. Elegibilidade para outros programas de assistência estatais ou locais (por ex., valor deduzido da Medicaid);
 - vi. Rendimento baixo/habitação social fornecida como endereço válido;
 - vii. Recibo de assistência concedida relativamente a serviços médicos;
 - viii. Incapacidade mental sem ninguém que atue em nome do paciente;
 - ix. Falência pessoal recente;
 - x. Encarceramento numa instituição penal;
 - xi. Falecimento do paciente sem bens patrimoniais conhecidos; ou
 - xii. Conforme determinado por um modelo de classificação eletrónica (descrito abaixo).

- b. **Modelo de classificação eletrónica:** Quando um paciente sem seguro ou um garante não preenche o formulário da FAP ou não fornece os documentos financeiros necessários para determinar a elegibilidade, a conta pode ser analisada utilizando um modelo de classificação eletrónica (ESM) que calcula classificações com base em critérios que incluem a categoria financeira, anteriores ajustes de serviços de âmbito caritativo, situação laboral, código postal, idade, histórico de pagamentos, dívidas anteriores de cobrança duvidosa, saldo da conta e fonte de admissão. Se o modelo de classificação eletrónica (ESM) indicar uma probabilidade elevada de a conta se qualificar para a FAP, a conta sem seguro será presumivelmente atribuído um desconto FAP em conformidade com esta FAP.

5. *Linha cronológica para a elegibilidade:*

a. Para pacientes sem seguro, as determinações de assistência financeira e elegibilidade presumível serão aplicadas retrospectivamente para todos os saldos a pagar e o atual episódio de prestação de cuidados. A elegibilidade dos pacientes será determinada com base nos fatores destacados na secção 3 relativa ao Procedimento e os pacientes não serão prejudicados pelo facto de efetuarem pagamentos a pronto ou atempadamente. Para além disso, no que respeita aos pacientes que preencham devidamente um pedido de assistência financeira, será concedida assistência financeira adicional prospectivamente durante seis meses, não sendo necessário que os pacientes tomem mais medidas para esse efeito. O paciente terá de comunicar ao MHHS qualquer alteração significativa na situação financeira do paciente que ocorra durante o período de seis (6) meses que possa afetar a determinação de elegibilidade para assistência financeira no prazo de trinta (30) dias após essa mesma alteração. Se um paciente não comunicar uma melhoria significativa no rendimento familiar, podem ser consideradas inválidas quaisquer disposições da assistência financeira concedida pelo MHHS após a ocorrência da melhoria significativa.

6. *Serviços de urgência ou clinicamente necessários:* A assistência financeira está limitada a serviços de urgência ou clinicamente necessários prestados em contexto hospitalar. Nada nesta secção pretende alterar as obrigações ou práticas do MHHS ao abrigo da legislação federal ou estatal respeitante a casos de urgência hospitalar independentemente da capacidade de pagamento do paciente.

7. *Processo de pedido*

- a. *Como efetuar o pedido:* O pedido de assistência financeira deve ser preenchido e enviado juntamente com documentação de apoio. Estão disponíveis para transferência cópias gratuitas do formulário de pedido no site do MHHS em: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Estão também disponíveis gratuitamente cópias em papel no serviço de urgências e em áreas de registo hospitalar. As cópias gratuitas em papel também podem ser solicitadas por correio ou ligando para o 713-338-5502 ou 1-800-526-2121, Opção 5.
- b. Os requerentes podem enviar o formulário de pedido preenchido e os documentos de apoio para o consultor financeiro do hospital ou enviá-los por correio para o endereço abaixo indicado. Os pacientes podem dirigir-se ao balcão de informações do hospital e pedir para falar com um consultor financeiro. Para questões relativas ao processo de pedido, ajuda no preenchimento do pedido ou ponto de situação do pedido apresentado, os consultores financeiros do hospital estão disponíveis para apoio pessoalmente no hospital ou através do número 713-338-5502 ou 1-800-

526-2121, Opção 5.

- c. Para onde devem ser enviados os pedidos devidamente preenchidos:

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024

-OU-

FAX: 713-338-6500

- d. Os pedidos para efeitos de consideração de assistência financeira ou elegibilidade presumível podem ser iniciados por qualquer uma das seguintes pessoas dentro do período de pedido: (i) o paciente ou o garante; (ii) um representante do paciente ou do garante; (iii) um representante do MHHS em nome do paciente; ou (iv) o médico assistente do paciente.
- e. Não obstante as considerações destacadas noutros pontos desta FAP, é da responsabilidade do paciente cooperar e participar totalmente no processo de pedido de assistência financeira. Essa cooperação inclui o fornecimento de informações sobre qualquer cobertura de saúde de terceiros disponível; o fornecimento atempado e inequívoco de toda a documentação e certificações necessárias para solicitação de assistência financeira através de programas governamentais ou de outro tipo (por ex., Medicare, Medicaid, responsabilidade de terceiros, assistência às vítimas de crimes, etc.) ou para determinar a elegibilidade do paciente para outra assistência financeira. O não cumprimento destes requisitos poderá prejudicar o pedido de assistência financeira solicitado pelo paciente. Os pacientes devem fornecer as informações, certificações e documentos no prazo de trinta (30) dias após pedido do MHHS, salvo no caso de circunstâncias excepcionais comunicadas ao MHHS. Exceto nos casos de elegibilidade presumível, o pedido de assistência financeira tem de ser preenchido e assinado pelo paciente (ou garante/ representante).
- f. Um consultor financeiro pode ajudar o requerente no processo de pedido de assistência financeira. Se o paciente falecer e não for identificada uma parte responsável, um representante do MHHS pode iniciar o processo de pedido e preencher o formulário utilizando as informações e os documentos disponíveis.

8. *Rendimento familiar.*

- a. O paciente pode fornecer um ou mais dos seguintes documentos para

estabelecer o rendimento familiar, caso esses documentos estejam disponíveis. Se existir mais de uma pessoa a trabalhar no agregado familiar do paciente, cada pessoa tem de apresentar um ou mais dos seguintes documentos:

- i. Declaração anual de rendimento mais recente;
 - ii. Formulários W-2 e 1099 mais recentes;
 - iii. Recibo de pagamento mais recente (ou, se aplicável, cópia da declaração de desemprego, carta da segurança social, etc.);
 - iv. Uma declaração da entidade patronal caso o pagamento seja efetuado em numerário; ou
 - v. Qualquer outra confirmação de um terceiro relativamente ao rendimento familiar.
- b. Um pedido de assistência financeira não será considerado incompleto com base numa falha no fornecimento de informações se o paciente tiver fornecido pelo menos um dos documentos que refletem o rendimento de cada membro do agregado familiar (incluindo o do paciente) acima listados e tiver assinado a certificação, ou, no caso de um paciente que não tenha fornecido esses documentos, a pessoa que assinou a certificação.
- c. Exceto nos casos de elegibilidade presumível, o requerente tem de assinar a certificação do pedido. O MHHS pode rescindir ou modificar uma determinação se provas posteriores demonstrarem que o requerente forneceu informações falsas.

Documentação adicional: A FAP do MHHS não exige o fornecimento de documentação relativa a bens ou despesas. Contudo, os requerentes podem optar por fornecer documentação adicional relativa a bens, despesas, rendimento, dívidas por liquidar ou outras circunstâncias que provem dificuldades financeiras para reforçar um pedido de assistência financeira igual ou superior aos montantes que de outra forma têm direito em conformidade com esta FAP.

9. *Informações falsas ou enganosas:* Se ficar determinado que o requerente forneceu intencionalmente informações falsas ou enganosas relativamente à capacidade de pagamento de despesas médicas, o MHHS pode recusar o atual ou futuros pedidos do requerente. No caso de informações falsas fornecidas na ausência de má-fé, o MHHS baseará a sua decisão em função das informações corrigidas. Se já tiver sido concedida assistência financeira com base em informações falsas fornecidas intencionalmente pelo paciente, o MHHS pode invalidar a anterior concessão de assistência financeira, sendo que nesse caso o MHHS dispõe de todos os direitos legais para exigir ao paciente o pagamento de quaisquer montantes em dívida. Se o fornecimento de informações falsas for considerado não intencional, o MHHS procederá à revisão da decisão com base nas informações corrigidas.

REFERÊNCIAS CRUZADAS:

Política de transferência de pacientes (conformidade com a EMTALA e a Texas Transfer Act) Resumo em linguagem simples relativo à assistência financeira

Formulário de pedido de assistência financeira

Política de faturação e cobrança

ANEXOS:

Anexo A - Cálculo dos montantes geralmente faturados

Anexo B - Diretrizes federais relativas à pobreza

Continua na página seguinte.

Anexo A - Cálculo dos montantes geralmente faturados

Os montantes geralmente faturados baseiam-se no processo de faturação e codificação utilizado pelo MHHS para taxas por serviço da Medicare pela prestação de serviços de urgência ou clinicamente necessários. O pagamento total permitido pela Medicare será dividido pelo total de despesas faturadas por tais pedidos, e esse número será subtraído de 1 para calcular a percentagem de AGB.

% de AGB para IP (Internamento hospitalar) = Pagamento permitido por IP pela Medicare/Total de despesas por IP da Medicare

% de AGB para OP (Tratamento ambulatorio) = Pagamento permitido por OP pela Medicare/Total de despesas por OP da Medicare

Numa base anual, os AGB são calculados em separado para cada hospital, mas todos os hospitais MHHS adotarão a percentagem de AGB mais baixa entre todos os hospitais.

Instalações	Internamento hospitalar	Tratamento ambulatorio
Memorial Hermann Greater Heights Hospital	31%	13%
Memorial Hermann – Texas Medical Center	27%	27%
Memorial Hermann Katy Hospital	29%	11%
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital – Katy	49%	19%
Memorial Hermann Memorial City Medical Center	29%	14%
Memorial Hermann Northeast Hospital	30%	13%
Memorial Hermann Southeast Hospital	31%	12%
Memorial Hermann Southwest Hospital	30%	13%
Memorial Hermann Sugar Land Hospital	28%	12%
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center	30%	12%
TIRR Memorial Hermann	31%	23%
Memorial Hermann Surgical Hospital - First Colony	30%	15%
Memorial Hermann Greater Heights Hospital	30%	15%
Memorial Hermann – Texas Medical Center	N/A	11%
Memorial Hermann First Colony Hospital	N/A	12%

Os montantes de AGB relativos ao ano fiscal de 2018 (julho de 2017 – junho de 2018) são os seguintes:

Montantes geralmente faturados para OP: 11%

Montantes geralmente faturados para IP: 27%

Continua na página seguinte.

Anexo B - Diretrizes federais relativas à pobreza

A tabela de elegibilidade para assistência financeira face ao rendimento bruto mensal é revista quando são efetuadas alterações às diretrizes federais relativas à pobreza. A tabela é atualizada anualmente.

A tabela de elegibilidade para assistência financeira face ao rendimento bruto mensal significa a tabela de rendimento atual que o MHHS utiliza para determinar a elegibilidade para assistência financeira ao abrigo desta FAP.

A tabela de elegibilidade para assistência financeira face ao rendimento bruto mensal baseia-se nas diretrizes federais relativas à pobreza e na tabela de elegibilidade do Harris County Hospital District, conforme ocasionalmente alterada pelas respetivas agências governamentais, estando disponível para consulta.

Consulte a tabela abaixo:

Memorial Hermann Health System						
Tabela de elegibilidade para assistência financeira face ao rendimento bruto						
Diretrizes federais relativas à pobreza (FPG) de 2017						
Rendimento bruto anual ou mensal para efeitos de elegibilidade para assistência financeira em função da dimensão do agregado familiar.						
	100% de FPG		200% de FPG		400% de FPG	
Dimensão do agregado familiar	Rendimento anual	Rendimento mensal	Rendimento anual	Rendimento mensal	Rendimento anual	Rendimento mensal
1	\$12,060	\$1,005	\$24,120	\$2,010	\$48,240	\$4,020
2	\$16,240	\$1,353	\$32,480	\$2,707	\$64,960	\$5,413
3	\$20,420	\$1,702	\$40,840	\$3,403	\$81,680	\$6,807
4	\$24,600	\$2,050	\$49,200	\$4,100	\$98,400	\$8,200
5	\$28,780	\$2,398	\$57,560	\$4,797	\$115,120	\$9,593
6	\$32,960	\$2,747	\$65,920	\$5,493	\$131,840	\$10,987
7	\$37,140	\$3,095	\$74,280	\$6,190	\$148,560	\$12,380
8	\$41,320	\$3,443	\$82,640	\$6,887	\$165,280	\$13,773

Para agregados familiares com mais de 8 pessoas: adicione \$4,180 para cada pessoa adicional para FPG.