

Título da Política	Assistência Financeira para Política de Serviços de Saúde	Ident. da Política:	179
Palavras-chave	paciente, financeiro, assistência, caridade, cuidados, necessidade, serviços, NSA, Exclusão, Exclusões de Assistência Financeira, FAA		

I. Finalidade da Política

Estabelecer uma política de assistência financeira para a administração do Dartmouth-Hitchcock Health para o programa de serviços de saúde. Esta política descreve o seguinte com respeito a todos os cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários providenciados por todos os estabelecimentos do D-HH:

- critérios de elegibilidade para assistência financeira.
- método através do qual os pacientes podem solicitar assistência financeira.
- base de cálculo dos montantes cobrados aos pacientes elegíveis para assistência financeira ao abrigo desta política, e limitação dos encargos de emergência ou outros cuidados médicos necessários.
- medidas do D-HH para publicar a política dentro da comunidade que serve.

Esta política destina-se a cumprir os requisitos da NH RSA 151:12-b, Secção 501(r) do Código de Receitas Internas, e a Lei de Proteção do Paciente e Cuidados Acessíveis de 2010, e será atualizada periodicamente, na medida do exigido pela lei aplicável.

II. Âmbito da Política

Esta política aplica-se a qualquer prestador D-HH que trabalhe em qualquer estabelecimento D-HH responsável pela prestação de cuidados de emergência e quaisquer outros cuidados médicos necessários e faturados por um prestador D-HH.

Para efeitos desta política, os pedidos de "assistência financeira" dizem respeito à prestação de cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários prestados em qualquer estabelecimento D-HH por qualquer prestador ao serviço do D-HH.

III. Definições

Assistência Financeira (também chamada “cuidados caritativos”): A prestação de serviços de saúde gratuitos ou com desconto a indivíduos que cumpram os critérios estabelecidos por esta política.

Família é definida pelo Departamento de Censos dos EUA como um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e que estão relacionadas por nascimento, casamento ou adoção.

- A lei estadual relativa ao casamento ou união de facto e as diretrizes federais são usadas para determinar quem está incluído numa família.
- No caso de requerentes com rendimentos por cuidados a adultos com

incapacidade nos seus domicílios, o adulto com incapacidade contará como membro da família e o seu rendimento é incluído na decisão.

- As regras do Serviço de Receita Interna que definem quem pode ser indicado como dependente para efeitos fiscais são utilizadas como diretrizes para validar o tamanho da família na concessão de assistência financeira.

Presunção de Assistência Financeira: A prestação de assistência financeira para os serviços médicos necessários aos pacientes para os quais não existe um Formulário de Assistência Financeira do D-HH completo, por causa da falta de documentação de apoio ou de resposta do(a) paciente. A determinação da elegibilidade para assistência baseia-se nas circunstâncias de vida individuais que demonstrem necessidade financeira. A presunção de assistência financeira não está disponível para valores após Medicare.

Agregado Familiar: Um grupo de indivíduos que residem principalmente no mesmo agregado familiar, com uma união legal (sangue, casamento, adoção), bem como pai e mãe não casados com uma criança ou crianças partilhadas. O agregado familiar de um(a) paciente inclui o(a) paciente, esposo(a), criança dependente, casais não casados com uma criança em comum dependente a viver na mesma casa, casal do mesmo sexo (casado ou em união de facto), e pais indicados na declaração fiscal de um(a) filho(a).

Rendimento Familiar: Conforme se define nas diretrizes do FPL (sigla em inglês de Nível Federal de Pobreza), publicadas anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, com base em:

- rendimentos, subsídio de desemprego, Compensação de Trabalhador, Segurança Social, Rendimento Suplementar de Segurança, assistência pública, pagamentos de veteranos, pensões de sobrevivência, rendimentos de pensões ou de aposentação, juros, dividendos, rendas, *royalties*, renda de propriedades, *trusts*, ajudas educativas, pensão de alimentos, apoio para crianças, assistência de fora do agregado familiar, e outras fontes diversas;
- benefícios não monetários (tais como cupões para alimentos e subsídios à habitação) **não** contam;
- rendimento antes de impostos;
- o rendimento de todos os membros da família (não parentes, tais como companheiros de casa, **não** contam).

Paciente não segurado(a): Um(a) paciente sem seguro ou sem outra fonte externa de pagamento para os seus cuidados de saúde.

Paciente subsegurado: Um(a) paciente com um seguro de algum tipo ou outra fonte externa de pagamento, cujas despesas correntes, contudo, excedem a sua capacidade de pagar na medida do que é determinado por esta política.

Encargos Brutos: O total de encargos, com as taxas completas estabelecidas pela organização, para os serviços de saúde do(a) paciente.

Estados clínicos de emergência: Conforme se define na aceção da secção 1867 da Lei de Segurança Social (42 U.S.C 1395dd), um estado clínico que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor severa) de tal forma, que a ausência de atenção médica imediata poderia razoavelmente resultar em:

- pôr a saúde do indivíduo (ou, no que diz respeito a uma mulher grávida, a saúde de uma mulher ou da criança por nascer) em sério perigo
- danos graves nas funções corporais
- disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo
- no que diz respeito a uma mulher grávida:
 - tempo inadequado para efetuar uma transferência segura para outro hospital antes do parto.
 - uma ameaça para a saúde ou segurança da mulher ou da criança por nascer, no caso de uma transferência ou dispensa.

Necessidade Médica: Conforme é definido pelo Medicare em relação a artigos ou serviços de saúde, razoáveis e necessários para o diagnóstico ou tratamento de doença ou lesão, ou para melhorar o funcionamento de um membro corporal malformado.

Eletivo: Artigos ou serviços de saúde que não são considerados medicamente necessários.

Exclusões de Assistência Financeira: Serviços, os quais não são considerados medicamente necessários ou são considerados eletivos. Esta política aplica-se a cuidados providenciados em estabelecimentos do D-H, APD ou CMC por qualquer prestador ao serviço do D-HH. Além disso, os prestadores podem providenciar cuidados no espaço do D-H, APD ou CMC enquanto parte de uma entidade não D-HH. Estes serviços não estão abrangidos pela política de Assistência Financeira do D-HH.

Dartmouth-Hitchcock Health: Para efeitos desta política, os Membros do Sistema Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) são o Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, e Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos os outros hospitais de New Hampshire e Vermont são considerados estabelecimentos de Não Membros.

Esta política aplica-se à Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital, New London Hospital e Cheshire Medical Center.

IV. Declaração de Política

O Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) está empenhado em prestar assistência financeira a pessoas que têm necessidades de saúde, mas não têm os meios financeiros para pagar serviços ou valores que são da sua responsabilidade.

O D-HH esforça-se por garantir que a capacidade financeira das pessoas que necessitam de serviços de saúde não as impede de procurar ou de receber cuidados. Um(a) paciente pode solicitar assistência financeira a qualquer momento antes, durante e após a prestação do serviço, incluindo após uma conta ser encaminhada para uma agência de cobrança externa.

O D-HH prestará cuidados para os estados clínicos de emergência e serviços médicos necessários aos indivíduos, independentemente da sua capacidade de pagar ou elegibilidade para assistência financeira ou governamental, e independentemente da idade, sexo, raça, estatuto social ou de imigrante, orientação sexual ou afiliação religiosa. De acordo com a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho Ativo (EMTALA, na sigla em inglês), nenhum(a) paciente deve ser alvo de triagem quanto a assistência financeira ou informações de pagamento

antes da prestação de serviços para estados clínicos de emergência.

A assistência financeira não é considerada um substituto da responsabilidade pessoal. Espera-se que os pacientes cooperem com os procedimentos do D-HH para obter assistência financeira ou outras formas de pagamento, e contribuam para o custo dos seus cuidados de saúde, com base na sua capacidade individual de pagar.

Os indivíduos com capacidade financeira para adquirir seguro de saúde devem fazê-lo, como meio de garantir o acesso aos serviços de saúde, à sua saúde pessoal global e à proteção de seus bens individuais.

O D-HH não irá impor ações extraordinárias de cobrança a nenhum(a) paciente antes de envidar esforços razoáveis para determinar se o(a) paciente é elegível para assistência financeira. Quaisquer exceções devem ser aprovadas pelo(a) Diretor(a) Financeiro(a). Para informações sobre ações

D-H que o D-HH pode tomar no caso de não pagamento, por favor consulte a nossa política de crédito e cobrança. Está disponível uma cópia da [Política de Crédito e Cobrança online](#), e pode ser solicitada junto dos Serviços Financeiros do Paciente, ou pode ser-lhe enviada pelo correio mediante pedido através do número 844-808-0730.

A. Critérios de Elegibilidade para Assistência Financeira de Pacientes com VIH Para se qualificar para assistência financeira ao abrigo desta Política, um(a) paciente deve cumprir os seguintes critérios:

- Ser residente de NH ou VT, ou não residente que receba tratamento de emergência num estabelecimento do D-HH.
- Ser não segurado ou subsegurado, inelegível para qualquer programa governamental de benefícios de cuidados de saúde, e não poder pagar os seus cuidados, tal como descrito na Política de Crédito e Cobrança, com base na determinação de necessidade financeira ao abrigo desta Política.
- Ter um Rendimento Familiar Bruto, incluindo todos os membros do agregado familiar do(a) paciente, durante os últimos 12 meses, de menos de 300% do FPL (sigla em inglês de Nível Federal de Pobreza).
- Ter um Rendimento Familiar Bruto superior a 300% do FPL e os valores agregados devidos pelos serviços realizados no D-HH excederem os 10% do Rendimento Familiar de 2 anos, mais 10% do valor dos bens do agregado familiar a mais do que as quantias protegidas (conforme descrito abaixo).
- Programa NH Cares HIV para a Parte C e Parte D. Para se qualificar para o Estado de NH (financiamento NH Cares), o(a) paciente deve primeiro requerer o NH Medicaid e obter uma recusa. Se for recusado, e o seu rendimento for inferior a 500% do FPL, e se o(a) paciente for elegível e fornecer os documentos necessários, a concessão cobrirá somente os serviços de consultas externas para os cuidados de saúde do VIH. Os serviços de internamento não são cobertos por esta concessão; no entanto, estes encargos contam para as despesas correntes. A provisão da concessão requer um limite, ou limite de encargos com base numa percentagem do rendimento do(a) paciente. Os encargos que contam para o limite incluem todos os cuidados médicos, cuidados domiciliários, prescrições, mesmo que não sejam fornecidos por prestadores do D-HH.

A assistência financeira do D-HH é sempre aplicada antes de um limite máximo de encargos. Os bens não são calculados para o limite da Parte C e da Parte D no que diz respeito a encargos.

Requisitos do programa:

- Diagnóstico do VIH (Parte C)
- Diagnóstico do VIH ou familiar de mulher/criança com VIH

Requisitos para o Programa HAB (NH CARES) do Estado de NH:

- Residente de NH
- Diagnóstico do VIH
- Rendimento igual ou inferior a 300% FPL
- Deve requerer o Medicaid pelo menos uma vez por ano

A tabela abaixo descreve que percentagem do rendimento um(a) paciente deve pagar de despesas correntes antes que o D-HH pare de lhe cobrar qualquer montante (copagamento, consseguro, franquias, ou taxas de consulta) para quaisquer encontros adicionais.

Rendimento Individual	Encargo Máximo
100% ou menos do atual Diretriz de Pobreza Federal	0 \$
101% a 200% da atual Diretriz Federal de Pobreza	Não mais de 5% do rendimento anual bruto (exemplo: Rendimento de 18 000\$; Limite de 500\$ nos encargos)
201% a 300% da atual Diretriz Federal de Pobreza	Não mais de 7% do rendimento anual bruto (exemplo: Rendimento de 33 000\$; 2310\$)
Mais de 300% da atual Diretriz Federal de Pobreza	Não mais de 10 % do rendimento anual bruto (exemplo: Rendimento de 49 000\$; 4900\$)

- Os documentos do rendimento devem ser obtidos de cada paciente ao abrigo das concessões da Parte C ou Parte D pelo menos uma vez por ano, e o rendimento verificado a cada 6 meses, se a decisão de FAA do D-H se prolongar por mais de 6 meses. A informação de apoio inclui um dos seguintes:
 - A declaração fiscal mais recente
 - Recibo de pagamento recente
 - Notificação de verificação de desemprego
 - Atribuição de Cupões para Alimentos
 - Rendimento da Segurança Social
- É preferível que o(a) paciente conclua o requerimento financeiro especial para o VIH, mas o requerimento do D-HH também será aceite. Informação adicional, como alojamento habitacional, deve ser obtida e acompanhada.

- Para efeitos de determinação do valor dos bens, os bens incluem, entre outros: poupanças, pensão de alimentos, certificados de depósito, planos poupança reforma, ações, obrigações, 401Ks, e fundos mútuos. Ao calcular o número de bens para fins de qualificação de um(a) paciente para a caridade acima:
 - As poupanças (que incluem contas de poupança, pensão de alimentos ou certificado(s) de depósito) têm cobertura até 100% do FPL.
 - As contas de reforma (que incluem planos poupança reforma, ações, obrigações, 401Ks e fundos mútuos) têm cobertura até 100 000\$, o capital de uma residência primária tem cobertura até 200 000 dólares para requerentes até aos 54 anos de idade, e o capital de uma residência primária tem cobertura até 250 000 dólares para requerentes com idade igual ou superior a 55 anos.
 - Quando se registam dividendos numa declaração fiscal, a fonte dos dividendos será solicitada juntamente com uma declaração recente de valor de mercado.
 - É necessária a documentação de todos os pagamentos de fundos fiduciários e a capacidade de aceder a fundos.
- Demonstrar a conformidade com os requisitos para se candidatar a cobertura de plano de saúde qualificado do Programa New Hampshire ou Vermont Healthcare Exchange, se for elegível para estes programas. As exceções a este requerimento podem ser aprovadas pelos dirigentes seniores, por uma boa causa e caso a caso. A “boa causa” dependerá de factos e circunstâncias, e pode incluir:
 - Quem perdeu o período de inscrição aberto e não se enquadra na categoria de situação de mudança de vida fora do período de inscrição.
 - Quem tenha um encargo financeiro maior para o(a) paciente ao inscrever-se num plano de saúde qualificado do que ao não o fazer.

B. Método Através do Qual os Pacientes Podem Solicitar Assistência Financeira

Se não houver interação com o(a) paciente em relação à assistência financeira, ou se o(a) paciente não puder concluir os procedimentos de solicitação exigidos por esta Política, esses pacientes podem, no entanto, ser tidos em conta para elegibilidade para presunção de assistência financeira.

1. O D-HH explorará fontes alternativas de cobertura e/ou pagamento de programas federais, estaduais ou outros, e ajudará os pacientes a candidatarem-se a tais programas. No que diz respeito aos valores remanescentes após o esgotamento dessas outras fontes, o D-HH realizará uma avaliação individual das necessidades financeiras de um(a) paciente para determinar se um indivíduo se qualifica para assistência ao abrigo desta política, por meio dos seguintes procedimentos:
 - Um(a) paciente ou garante deve apresentar um pedido num formulário aprovado pela gestão do D-HH, e fornecer essas informações e documentação pessoais, financeiras e outras, conforme necessário para que o D-HH determine se tal indivíduo se qualifica para assistência, incluindo, entre outros, documentação para verificar o Rendimento Familiar e bens

disponíveis ou outros recursos. Se o D-HH não conseguir obter uma solicitação ou qualquer documentação de suporte necessária do(a) paciente ou do(a) garante do(a) paciente, o D-HH pode ponderar se o(a) paciente é elegível para presunção de assistência financeira.

- Em vez de um pedido e documentação de apoio do(a) paciente, os funcionários podem utilizar qualquer um dos seguintes elementos para sustentar uma recomendação de aprovação de um pedido de assistência financeira:
 - O D-HH pode utilizar um ou mais fornecedores para filtrar indivíduos para elegibilidade, usando fontes de dados publicamente disponíveis que forneçam informações sobre a capacidade e a propensão de um(a) paciente ou garante para pagar.
 - Elegibilidade atual para Medicaid.
 - Declaração atual de uma autoridade Federal ou Estadual de habitação.
 - Verificação de um albergue para pessoas sem-abrigo ou de um Centro de Saúde Federal Qualificado.
 - Verificação de encarceramento sem fonte de pagamento das instalações de correção.
 - Para um(a) paciente individual, a comprovação verbal de rendimentos e bens de um(a) paciente, em substituição de uma verificação escrita de rendimentos, pode ser aceite relativamente a uma (1) só conta, desde que o valor dessa conta seja inferior a 1000\$.
2. É preferível, mas não necessário, que uma solicitação de assistência financeira e uma determinação de necessidade financeira ocorram antes da prestação de serviços médicos necessários não urgentes. Contudo, um(a) paciente pode ser considerado(a) para assistência financeira em qualquer ponto do ciclo de cobrança. Um pedido de assistência financeira aprovado aplica-se a todos os valores em relação aos quais o(a) paciente solicitou caridade, além dos cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários, prestados durante um período de tempo, datas de serviço antes da recepção do pedido de assistência financeira, incluindo valores encaminhados para uma agência de cobrança, e quaisquer serviços fornecidos antes ou no prazo indicado na carta de confirmação, desde que o serviço não esteja listado abaixo. Se após esse período, ou em qualquer momento, informações adicionais relevantes para a elegibilidade do(a) paciente para assistência financeira se tornam conhecidas, o D-HH reavaliará a necessidade financeira do indivíduo em conformidade com esta Política.

D-H O D-HH reconhece as decisões tomadas pelos seguintes programas de assistência sem solicitar cópias dos requerimentos. O D-HH reserva-se o direito de aceitar ou recusar decisões tomadas fora das diretrizes do D-HH, tomadas pelas organizações listadas abaixo. Todos os copagamentos ou outros montantes pelos quais o(a) paciente é responsável devem ser solicitados em conformidade com os requisitos de tais programas.

- Cartão da Rede de Acesso de Saúde em NH apenas para pacientes segurados
- Good Neighbor Health Clinic
- Manchester Community Health Center
- Nashua Area Health Clinic
- Mobile Community Health
- Teen Health Clinic

- A elegibilidade atual Medicaid não abrange retroativamente serviços anteriores
 - Paciente falecido(a) sem bens imobiliários (de acordo com confirmação pelo executor ou estado)
3. É finalidade do D-HH processar um requerimento financeiro e notificar o(a) paciente de uma decisão por escrito no prazo de 30 dias após a recepção do pedido concluído.

4. Processo de Recursos: No caso de o D-HH negar assistência financeira parcial ou total, o(a) paciente (ou o seu/a sua agente) pode recorrer da decisão no prazo de 30 dias. O(A) paciente deve endereçar uma carta ao(à) Diretor(a) de Elegibilidade e Inscrição a explicar porque é que a decisão tomada pelo D-HH não foi apropriada. A carta de recurso será analisada pelo D-HH e uma decisão final será enviada ao(à) paciente no prazo de 30 dias após a recepção do pedido de recurso.

C. Determinação do Montante de Assistência Financeira

Todos os pagamentos de seguros e ajustamentos contratuais, bem como o desconto de não cobertura de seguro, são efetuados antes da aplicação do ajustamento de assistência financeira. Veja-se a Política de Desconto para Pacientes Não Segurados do D-HH: Divisão de Gestão de Receita (na ligação abaixo)

Se um indivíduo for aprovado para assistência financeira, o montante dessa assistência a prestar para os cuidados aplicáveis será o seguinte:

- O rendimento familiar de 225% ou menos do FPL receberá 100% de assistência financeira
- O rendimento familiar de 226% a 250% do FPL receberá 75% de desconto
- O rendimento familiar de 251% a 275% do FPL receberá 50% de desconto
- O rendimento familiar de 276% a 300% do FPL receberá 25% de desconto
- Tal como acima mencionado, os pacientes cujo rendimento familiar ultrapasse 300% do FPL poderão ser elegíveis para receber um desconto baseado no valor autopago. Os descontos serão concedidos de forma que a conta de autopagamento total não exceda 10% do rendimento bruto de 2 anos, mais 10% dos bens que excedam o cálculo do bem protegido descrito anteriormente na Política. Quaisquer descontos além dos acima descritos devem ser aprovados pelo Comité de Recursos de Assistência Financeira, com base num recurso escrito do(a) paciente ou da parte responsável.
- Os pacientes que cumpram os critérios para a Presunção de Assistência Financeira receberão 100% de assistência financeira.

Os pacientes sem seguro, incluindo pacientes não segurados que se qualifiquem para assistência financeira ao abrigo desta Política, não terão de pagar mais do que o montante normalmente faturado a pacientes com seguro que cubra os mesmos cuidados de saúde. O Dartmouth-Hitchcock aplica um desconto contra encargos brutos a todos os valores de pacientes que não têm seguro, o que resulta num valor descontado que o paciente deve pagar.

O desconto baseia-se no método “Look-back Medicare fee for service plus private payors” (taxa retroativa de serviço Medicare juntamente com entidades pagadoras privadas), conforme descrito nos regulamentos aplicáveis que implementam a Seção 501(r) do Código de Receita Interna. O desconto aplica-se antes da faturação ao(à) paciente e antes da aplicação dos ajustamentos de assistência financeira. O desconto não se aplica a qualquer copagamento, cosseguro, montantes de franquias, pré-pagamento ou serviços de pacote que já reflitam qualquer desconto solicitado, ou a serviços classificados como não abrangidos por todas as companhias de seguros.

Para o ano fiscal de 7/1/2021-6/30/2022, aplicam-se as seguintes taxas de desconto:

Dartmouth-Hitchcock Clinic	61,6%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	61,6%
Cheshire Medical Center	64,3%
Alice Peck Day Memorial Hospital	30,8%
New London Hospital	51,7%

D. Comunicação Relativa à Política de Assistência Financeira do D-HH aos Pacientes e na Comunidade

- O encaminhamento dos pacientes para assistência financeira pode ser feito por qualquer agente ou membro da equipa do D-HH, incluindo médicos, enfermeiros, conselheiros financeiros, assistentes sociais, gestores de caso, capelães ou mecenas religiosos. Pode ser feito um requerimento de assistência financeira pelo(a) paciente ou membro familiar, amigo(a) próximo(a), ou associado(a) do(a) paciente, sujeito às leis de privacidade aplicáveis.
- As informações relativas à assistência financeira do D-HH, incluindo, entre outras, esta política, um resumo em linguagem simples desta política, um formulário de requerimento e informações relativas às políticas e procedimentos de cobrança aos pacientes do D-HH, estarão disponíveis para o público e para os pacientes do D-HH através, pelo menos, dos mecanismos descritos abaixo:
 - Nos *websites* do D-HH
 - Publicados nas áreas de cuidados dos pacientes
 - Disponíveis em Cartões de Informação nos departamentos de registo e admissão
 - Disponíveis noutros espaços públicos, conforme determinação do D-HH
 - Providenciados nas línguas maternas faladas pela população servida pelo D-H/CMC; os serviços de tradução serão utilizados conforme seja necessário.
- Se o valor for aprovado, será enviada uma carta ao(à) paciente a indicar a aprovação.

E. Assistência no Preenchimento dos Requerimentos

Pode receber assistência pessoal para preencher este requerimento nos seguintes locais:

<p>Dartmouth Hitchcock One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051</p>	<p>Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080</p>	<p>Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692</p>
<p>Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055</p>	<p>Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 ext:4444</p>	<p>Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430</p>
<p>Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579</p>	<p>New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603)526-2911</p>	

Continuará a ser financeiramente responsável por quaisquer serviços que receba até o seu requerimento completo ter sido recebido.

Podem ser obtidas opções adicionais através da Rede de Acesso à Saúde de New Hampshire (<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>)

F. Processo de Recursos para Assistência Financeira

- Se o valor não for aprovado, será enviada uma carta de recusa ao(a) paciente ou, mediante pedido, uma cópia do requerimento com destaque para o motivo da não aprovação. Também é enviada uma carta que descreve o processo de recursos formal com todas as recusas, ou com as cartas com apenas uma redução parcial.
- Um comitê de três Dirigentes do D-HH não envolvidos no processo original analisará o recurso e fará recomendações sobre todos os recursos relativamente à recusa.

G. Presunção de Elegibilidade para Assistência Financeira

D-HO D-HH poderá utilizar terceiros para analisar as informações do(a) paciente, para avaliar as necessidades financeiras. Esta análise usa um modelo preditivo reconhecido no setor de saúde, que se baseia em bancos de dados públicos. O modelo incorpora dados públicos para calcular um resultado de capacidade socioeconômica e financeira que inclui estimativas para salário, recursos e liquidez. O conjunto de regras do modelo foi concebido para avaliar cada paciente de acordo com os mesmos padrões, e está calibrado tendo em conta as aprovações de histórico de assistência financeira do sistema do Dartmouth-Hitchcock Health.

As informações do modelo preditivo podem ser usadas pelo D-HH para conceder presunção de elegibilidade nos casos em que haja ausência de informações fornecidas diretamente pelo(a) paciente. A presunção de assistência financeira não está disponível para valores após Medicare.

É utilizada uma triagem de presunção, independentemente do valor pendente, em contas elegíveis superiores a 120 dias após a faturação, depois de avisos para cobrar a dívida e antes do encaminhamento da conta para uma agência externa de cobrança, para fornecer assistência financeira aos pacientes que não tenham respondido à notificação com a opção de preencher

uma Solicitação de Assistência Financeira. As contas de sucessão que excederam limites de tempo são elegíveis para triagem de presunção.

A Presunção de Caridade não substitui processos tradicionais de FAP; é usada para suplementar estes esforços, e destina-se aos pacientes que não respondem ao processo tradicional de FAP. Num esforço para remover obstáculos para estes pacientes, e melhorar os benefícios que providenciamos aos pacientes, o hospital usa um processo eletrônico de triagem antes da classificação como crédito malparado. Os pacientes elegíveis para presunção de caridade não serão encaminhados para uma agência de cobrança de crédito malparado.

A inclusão neste programa baseia-se num algoritmo de pontuação que usa informação pública e normalmente não usa uma escala móvel de taxas. Não são permitidos descontos parciais com a Presunção de Caridade. Populações demográficas específicas devem incluir:

- Falecidos sem propriedade ou família conhecida
- Pessoas sem-abrigo, transitariamente
- Pessoas que se encontram abandonadas pela família, sem grupo de apoio
- Pacientes que não reagem ou não são capazes de realizar o processo tradicional

A pontuação de presunção de caridade integra um fator socioeconómico e dados não baseados em crédito. O processo de triagem tira partido de bases de dados públicas que contêm a seguinte informação:

- Transações de Consumo
- Registos do Tribunal
- Propriedade de Bens
- Habitação própria vs. arrendamento
- Demografia, economia da região
- Situação laboral
- Ficheiros de Serviços Públicos
- Governamental
- Ficheiros (Falência, NSS, indivíduos falecidos)

A presunção de caridade não depende de dados comunicados pelo departamento de crédito e não afeta os relatórios de crédito. A informação obtida integra uma pontuação de Presunção de Caridade de 0 (maior necessidade) até 1000 (menor necessidade). A informação prediz a necessidade do(a) garante com base nos fatores conhecidos, incluindo, entre outros, o Rendimento, Bens, e Liquidez.

Reembolsos:

Se um(a) paciente pagou um valor pendente e, posteriormente, apresentou um Requerimento completo de Assistência Financeira, que foi aprovado para assistência financeira através do processo de requerimento, o hospital reembolsará qualquer montante que o indivíduo tenha pago pelos cuidados de saúde.

H. Níveis de Determinação de Caridade

- Os níveis de aprovação são os seguintes:

Cargo	Dartmouth Hitchcock	Hospitais Membros
Vice-Presidente / CFO/Presidente	>350 000\$	>100 000\$
Diretor(a) de Gestão de Receita	>50 000\$	>50 000\$
Diretor(a) – Conifer	Até 50 000\$	Até 50 000\$
Gestor(a) – Conifer	Até 5000\$	Até 5000\$
Supervisor(a) – Conifer	Até 1000\$	Até 1000\$
Rep. de Conta – Conifer	Até 500\$	Até 500\$

I. Exclusões de Assistência Financeira – Serviços

a. Considerações Especiais

- Os procedimentos médicos abaixo indicados não se destinam a ser totalmente inclusivos.
- Os serviços não médicos necessários, considerados como tal pelo Prestador, poderão ser excluídos.
- Serão envidados todos os esforços possíveis para informar o(a) paciente antes do serviço de quaisquer novos tratamentos não abrangidos pelo Programa de Assistência Financeira.

b. Procedimentos Cosméticos Eletivos (não abrangidos)

- Capsulectomia Mamária com implantes
- Mastopexia (Levantamento da mama)
- Ginecomastia (Remoção de Mama no Homem)
- Mastectomia (Cosmético)
- Ritidectomia (Eliminação de Rugas Faciais)
- Blefaroplastia (Pálpebras)
- Lifting* da Testa (gordura/rugas na testa)
- Mamoplastia de Aumento (implantes mamários)
- Mamoplastia de Redução (redução mamária quando não coberta pelo seguro)
- Rinoplastia (nariz)
- Procedimentos de Dermatologia
- Abdominoplastia (gordura abdominal)
- Lipectomia de qualquer tipo (lipoaspiração) – também pode ser encontrada como remoção de excesso de pele ou gordura que não é considerada uma necessidade médica

Nota: Os procedimentos acima mencionados são normalmente acompanhados e identificados pelos Coordenadores de Informação Financeira

c. Inseminação Artificial

- Microrreanastomose (reversão tubária)
- Vasovasostomia (reversão da vasectomia)
- Laparoscopia para tratamento de infertilidade (IUI - IVF - Programas de DOAÇÃO)
- Tratamento de infertilidade

d. Outros

- Acupuntura
- Serviços Quiropráticos
- Aparelhos e reparações auditivas
- Óculos
- Massagem terapêutica
- Prescrição de produtos farmacêuticos e medicamentos de venda livre
- Medicina do Viajante
- Estudo do Sangue do Cordão Umbilical
- Vendas a Retalho
- Serviços prestados pela Renaissance Psychiatry of New England, LLC

e. Assistência Financeira APENAS depois de ter sido aprovada a Necessidade Médica

- Cirurgia Bariátrica

f. Apenas nas Divisões de Manchester e Nashua

- **Exames de Rotina aos Olhos**
 - Com cobertura apenas se for determinado que é medicamento necessário e/ou há um problema clínico subjacente.
 - Nos casos em que estas condições NÃO sejam cumpridas, a pessoa responsável pelo agendamento informará o(a) paciente de que a assistência financeira não se aplica.
 - Keene e Lebanon Ophthalmology não os têm em conta.

g. Isenções

- Alguns serviços incluídos na categoria eletiva e não medicamento necessária podem ser cobertos pela Política de Assistência Financeira do D-HH para todos ou alguns serviços relacionados com a situação de cuidados.
- As políticas e procedimentos serão delineados para serviços conhecidos e mantidos pela Equipa de Recursos de Acesso do(a) Paciente.
- Anualmente, serão analisados e, se necessário, revistos.
- Os casos individuais serão analisados pelos dirigentes do Acesso do(a) Paciente e pelo(a) Vice-Presidente da Gestão de Receitas para aprovação da exceção.

h. Exclusões de Assistência Financeira – Prestadores não D-H

- Cheshire – Radiology Associates of Keene
- Cheshire – Surgicare Medical Equipment
- Cheshire – Monadnock Family Services
- Manchester – Foundation Medical Partners
- Manchester – Amoskeag Anesthesia
- Manchester – Dietician Services
- Manchester – Alliance Health Services/Catholic Medical Center

- Bedford – Alliance Health Services/Catholic Medical Center
- Nashua – Greater Nashua Mental Health Center (Assistente Social)
- Nashua – Nashua Anesthesiologist Group
- Nashua – St. Joseph’s Hospital (PT/Serviços de Reabilitação)
- Concord – Riverbend Community Mental Health
- Concord – Services provided Concord Hospital
- Lebanon – Orthocare medical equipment
- Alice Peck Day – Medstream Anesthesia
- Alice Peck Day – Upper Valley Neurology and Neurosurgery (UVNN)
- Alice Peck Day – Envision (ED & Hospitalist)*
- New London Hospital – Concord Orthopaedics (professional)
- New London Hospital – Concord Podiatry (professional)
- New London Hospital – Concord Urology (professional)
- New London Hospital – Counseling Associates (professional)
- New London Hospital – Dr. Richard Rosata – Oral and Maxillofacial Surgery (professional)
- New London Hospital – Valley Regional Healthcare (professional)
- New London Hospital – Peraza Dermatology Group (professional)
- New London Hospital – Optical Shop
- New London Hospital – Midwife Services (professional)

*Contrato Rescindido

V. Referências N/A

Proprietário Responsável:	Divisão Financeira Corporate	Contacto(s)	Kimberly Mender
Aprovado Por:	Diretor(a)-Geral - Finanças; Comité de Apoio à Política (COPS, na sigla em inglês); Gabinete de Apoio à Política - Apenas Políticas Organizacionais; Gross, Daniel; Kays, Kieran; Naimie, Tina; Roberts, Todd	N.º da Versão	11
Data de Aprovação Atual	08/11/2021	Ident. Documento Antigo:	RMD.0031
Data da Entrada em Vigor da Política:	08/11/2021 Aprovado pelo Comité de Finanças MHMH/DHC a 6/23/2016; Conselho de Administração MHMH/DHC a 6/24/16		
Procedimentos e Políticas Relacionados:	Política de Desconto do(a) Paciente Sem Seguro - Divisão de Gestão de Receita Política de Crédito e Cobrança Política de Pagamento de Orçamento - Divisão de Gestão de Receita		
Auxiliares de Trabalhos Relacionados:			