

Título da Política:	Política de Assistência Financeira para Serviços de Cuidados de Saúde	Identificação da Diretriz:	179
Palavras-chave	paciente, assistência, financeira, tratamentos gratuitos, serviços essenciais, NSA, Excluído, Exclusões de Assistência Financeira, FAA		

I. Propósito da Diretriz

Estabelecer uma diretriz para a administração do programa de assistência financeira do Dartmouth-Hitchcock para serviços de cuidados de saúde. Esta diretriz define o seguinte, no que diz respeito a todas as emergências ou outros cuidados clínicos essenciais prestados por todas as instalações do D-HH:

- critérios de elegibilidade para assistência financeira
- método pelo qual os pacientes podem solicitar assistência financeira
- base para o cálculo dos montantes cobrados dos pacientes elegíveis para assistência financeira no âmbito desta diretriz e limitação de encargos relativos a cuidados de emergência ou outros cuidados clínicos essenciais
- Medidas do D-HH para divulgar a diretriz na comunidade atendida.

Esta diretriz destina-se a cumprir os requisitos do NH RSA 151: 12-b do Código da Receita Federal dos EUA seção 501(r) e da Lei de Proteção ao Paciente e Serviços de Saúde Acessíveis de 2010 e será atualizada periodicamente conforme a legislação vigente.

II. Escopo da Diretriz

Esta diretriz é aplicável a qualquer prestador de serviços de saúde que trabalhe em qualquer instalação do D-HH e seja responsável por prestar cuidados de emergência e qualquer outro cuidado clínico essencial e faturado pelo prestador de serviços de saúde do D-HH.

Para os propósitos desta diretriz, os requerimentos de "assistência financeira" referem-se à prestação de cuidados de emergência e outros cuidados clínicos essenciais prestados em qualquer instalação do D-HH por qualquer prestador de serviços de saúde que trabalhe no D-HH.

III. Definições

Assistência financeira (também denominada "tratamento gratuito"): A prestação de cuidados de saúde isenta de cobrança ou com desconto para indivíduos que cumprem os critérios estabelecidos conforme esta Diretriz.

Família é definida pelo Departamento do Censo dos EUA como um grupo de duas ou mais

pessoas que moram juntas e estão vinculadas por ocasião do nascimento, casamento ou da adoção.

- A lei estadual referente a casamento ou união civil e as diretrizes federais são utilizadas para determinar quem está inserido em uma família.
- No caso de requerentes que obtêm rendimentos cuidando de adultos com deficiência em suas casas, o adulto com deficiência será considerado um membro da família, e seus rendimentos serão incluídos na determinação.
- As regras do Departamento da Receita Federal que definem quem pode ser declarado como dependente para propósitos tributários são utilizadas como uma orientação para validar o tamanho da família na concessão de assistência financeira.

Assistência financeira presumível: Prestação de assistência financeira para serviços médicos essenciais a pacientes para os quais não há um Formulário de Assistência Financeira do D-HH preenchido em decorrência de falta de documentação ou resposta do paciente. A determinação da elegibilidade para assistência financeira baseia-se em circunstâncias de vida individuais que demonstram necessidade financeira. A assistência financeira presumível não está disponível para saldos após o Medicare.

Família: Um grupo de indivíduos que moram na mesma casa e têm uma união legal (sangue, casamento, adoção), assim como pais solteiros de filho(s) compartilhado(s). Um familiar do paciente inclui o paciente, um cônjuge, um filho dependente, casais não casados com um filho de ambos, dependente, que vive sob o mesmo teto, casal do mesmo sexo (casamento ou união civil) e pais que declararam um filho adulto em uma declaração de imposto de renda.

Renda Familiar: Conforme definição nas diretrizes do nível de pobreza federal (FPL) de acordo com publicação anual pelos EUA. Departamento de Saúde e Serviço Social com base em:

- rendimentos, seguro-desemprego, seguro de acidente de trabalho, previdência social, previdência complementar, auxílio estatal, pensões de veteranos de guerra, seguro por sobrevivência, pensão ou renda de aposentadoria, juros, dividendos, aluguéis, royalties, renda de bens imobiliários, fundos de investimento, auxílio educacional, pensão alimentícia, subsídio para descendente, auxílio extrafamiliar e outras fontes diversas;
- Benefícios não monetários (tais como vales-alimentação e subsídios à habitação) **não** contam;
- rendimento bruto;
- a renda de todos os familiares (os que não são parentes, como colegas de quarto, **não**

contam).

Paciente não segurado: Um paciente sem seguro ou outra fonte de pagamento de terceiros para seus cuidados clínicos.

Paciente subsegurado: Um paciente com algum seguro ou outra fonte de pagamento de terceiros, cujas despesas menores, no entanto, excedam sua capacidade de pagamento conforme determinação de acordo com esta Diretriz.

Encargos brutos: Os encargos totais nas taxas integrais estabelecidas da organização para os serviços de cuidados de saúde do paciente.

Condições médicas de emergência: Conforme definição do termo na seção 1867 da Lei de Segurança Social (42 U.S.C. 1395dd), uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) de modo que seja razoável esperar que a ausência de atenção médica imediata resulte em:

- colocar seriamente em risco a saúde do indivíduo (ou, no que tange a uma mulher grávida, a saúde da mulher ou do feto).
- grave prejuízo às funções corporais.
- grave disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo.
- em relação a uma mulher grávida:
 - tempo inadequado para realizar uma transferência segura para outro hospital antes do parto.
 - uma ameaça à saúde ou à segurança da mulher ou do feto em caso de transferência ou alta.

Clinicamente necessário: Conforme definição do Medicare em relação a itens ou serviços de cuidados de saúde, é razoável e necessário para o diagnóstico ou tratamento de doenças ou lesões ou para melhorar o funcionamento de um membro do corpo malformado.

Eletivo: Itens ou serviços de cuidados de saúde que não são considerados clinicamente necessários.

Exclusões de assistência financeira: Serviços que não são considerados clinicamente necessários ou são considerados eletivos. Esta diretriz aplica-se aos cuidados prestados nas instalações do D-H, APD ou CMC por qualquer prestador de serviços de saúde que trabalhe no D-HH. Além disso, os prestadores de serviços de saúde podem prestar cuidados nas instalações do D-H, APD ou CMC como parte de uma entidade que não seja o D-H. Esses serviços não são contemplados pela Política de Assistência Financeira do D-HH.

Dartmouth-Hitchcock Health: Para os fins deste contrato, os Membros do Sistema do 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 o Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos os demais hospitais em New Hampshire e Vermont não são considerados instalações membro.

A partir de 11 de maio de 2019, esta política se aplica à Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital, e ao Cheshire Medical Center.

A partir de maio de 2020, esta política também se aplicará ao New London Hospital.

IV. Declaração de Política

O Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) está comprometido com a prestação de assistência financeira a pessoas que necessitam de cuidados de saúde, mas não dispõem de condições financeiras para o pagamento desses serviços ou saldos que sejam de sua responsabilidade.

O D-HH empenha-se para garantir que a capacidade financeira das pessoas que precisam de cuidados de saúde não as impeça de procurar ou receber cuidados clínicos. O paciente pode requisitar assistência financeira a qualquer momento antes, durante e após a prestação do serviço, inclusive depois que uma conta tiver sido encaminhada para uma agência de cobrança externa.

O D-HH prestará cuidados para condições médicas de emergência e serviços clinicamente necessários aos indivíduos, independentemente da sua capacidade de pagamento ou da elegibilidade para assistência financeira ou governamental, e independentemente de idade, gênero, raça, classe social ou da condição de imigrante, orientação sexual ou afiliação religiosa. De acordo com a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Parto Ativo (EMTALA), nenhum paciente deve passar por triagem para assistência financeira ou informações sobre pagamento antes da prestação de serviços relacionados a condições médicas 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 a obtenção de assistência financeira ou outras formas de pagamento e contribuam para o custo de seus cuidados clínicos com base em sua capacidade individual de pagamento. Os indivíduos com capacidade financeira para adquirir um plano de saúde devem fazê-lo como uma maneira de garantir o acesso aos serviços de cuidados de saúde, a saúde pessoal geral e a proteção dos seus bens individuais.

O D-HH não impõe ações de cobrança extraordinárias a qualquer paciente sem antes esforçar-se consideravelmente para determinar se esse paciente é elegível para assistência financeira. Quaisquer exceções devem ser aprovadas pelo Diretor Financeiro.

Para mais informações sobre ações que o D-HH pode tomar em caso de não pagamento, favor consultar nossa política de crédito e cobrança. Uma cópia da [Política de Crédito e Cobrança](#) está disponível on-line, ou pode ser solicitada nos Escritórios de Serviços Financeiros do Paciente, ou pode ser enviada pelo correio após contato pelo telefone 844-808-0730.

A. Critérios de Elegibilidade para Assistência Financeira a Pacientes portadores de HIV. Para se qualificar para assistência financeira sob esta Política, o paciente deve cumprir os seguintes critérios:

- Ser residente em New Hampshire ou Vermont, ou não residente que receba tratamento de emergência nas instalações do D-HH.
- Não ter seguro ou ser subsegurado, ser inelegível para qualquer programa do governo de benefícios para cuidados de saúde e não ter condições de pagar por seus cuidados de saúde conforme descrito na Política de Crédito e Cobrança com base na determinação de necessidade financeira no âmbito desta Política.
- Ter Renda Familiar Bruta, incluindo todos os membros da família do paciente, inferior a 300% do Nível de Pobreza Federal nos últimos 12 meses.
- Ter Renda Familiar Bruta que exceda 300% do Nível de Pobreza Federal e os saldos totais dos serviços prestados no D-HH acima de 10% da Renda Familiar de 2 anos, além de 10% do valor dos ativos familiares acima dos valores livres de impostos (conforme descrição abaixo).
- O NH possui um programa de HIV para Linhas C e D. Para se qualificar para o NH State (Financiamento de Cuidados de Saúde do NH), o paciente precisa primeiro ter o pedido para o Medicaid do NH negado. Caso o pedido seja negado, a renda seja 300% menor do que o Nível de Pobreza Federal (FPL), o paciente seja elegível e forneça os documentos solicitados, a concessão cobrirá apenas serviços ambulatoriais de cuidados com o HIV. Esta concessão não cobre serviços de internação; no entanto, estas cobranças são consideradas como despesas decorrentes. A provisão da concessão requer um limite de despesas baseado em uma porcentagem da renda do paciente. As cobranças relacionadas a este limite incluem todas as despesas com cuidados médicos, atendimento domiciliar, prescrições, mesmo que não fornecidas por prestadores de serviço do D-HH. A assistência financeira do D-HH se aplica sempre antes de um limite de cobranças. Os ativos não são calculados para limites de despesas das linhas C e D:

Exigências do programa:

- Diagnóstico do HIV (Linha C)
- Diagnóstico do HIV ou membro da família da mulher/criança com HIV

Exigências para o programa NH State HAB (NH CARES):

- Residir em New Hampshire
- Diagnóstico de HIV
- Renda menor ou igual a 300% do Nível de Pobreza Federal
- Deve se inscrever no Medicaid ao menos uma vez ao ano

Este gráfico abaixo descreve qual porcentagem da renda de um paciente é esperada para o pagamento de despesas decorrentes antes do D-HH parar de cobrar de você (seja copagamentos, franquias, deduções ou taxas de visita) por qualquer consulta adicional.

Renda individual	Cobrança máxima
Igual ou abaixo de 100% do Nível de Pobreza Federal atual	\$0
101% a 200% do Nível de Pobreza Federal atual	Não mais do que 5% da renda bruta anual (por exemplo: renda de \$18.000; limite de cobrança de \$500)
201% a 300% do Nível de Pobreza Federal atual	Não mais do que 7% da renda bruta anual (por exemplo: renda de \$33.000; \$2.310)
Mais de 300% do Nível de Pobreza Federal atual	Não mais do que 10% da renda bruta anual (por exemplo: renda de \$49.000; \$4.900)

- Os pacientes que receberem concessões com base nas Linhas C e D devem apresentar seus documentos de renda ao menos uma vez ao ano e terão sua renda verificada caso o D-HH opte por estender sua decisão por mais de 6 meses. As informações de apoio incluem uma das opções a seguir:
 - Declaração de Imposto de Renda mais recente
 - Holerite recente
 - Demonstrativo de verificação de desemprego
 - Alocação de vales-alimentação
 - Renda da Previdência Social
- É preferível que o paciente finalize seu pedido de ajuda financeira especial para o HIV, mas o pedido do D-HH também será aceito. Informações adicionais, como de habitação, devem ser obtidas e monitoradas.
- Para se determinar o valor dos ativos, os ativos incluem, mas não estão limitados a: poupança, pensão alimentícia, certificados de depósito, contas individuais de aposentadoria, ações, títulos, 401Ks e fundos mútuos. Para o cálculo da quantidade de ativos para efeitos de qualificação de um paciente para tratamento gratuito acima:

- Poupanças (que incluem contas-poupança, pensão alimentícia ou certificado(s) de depósito) são isentas de impostos até 100% do Nível de Pobreza Federal.
 - As contas de aposentadoria (que incluem IRAs, ações, títulos, 401Ks e fundos mútuos) são isentas de impostos até \$100.000, o capital em uma residência principal é isento até \$200.000 para candidatos até os 54 anos, e o capital em uma residência principal é isento até \$250.000 para candidatos com 55 anos ou mais.
 - Quando os dividendos forem incluídos em uma declaração de imposto, a fonte dos dividendos será solicitada junto com uma declaração de valor de mercado recente.
 - É necessária a documentação de todos os pagamentos de fundos fiduciários e a capacidade de acesso aos fundos.
- Demonstrar o cumprimento dos requisitos para se candidatar a uma cobertura de plano de saúde qualificada no New Hampshire ou no Vermont Healthcare Exchange Program, se elegível para esses programas. As exceções a este requisito podem ser aprovadas por uma boa causa por diretores sênior, caso a caso. A "boa causa" dependerá de fatos e circunstâncias, podendo incluir:
 - Os indivíduos que perderam o período de inscrições abertas e não se enquadram em uma categoria de eventos de transformação vital fora das inscrições abertas.
 - Pacientes para os quais a sobrecarga financeira será maior se ele contratar um plano de saúde qualificado do que se ele não o fizer.

B. Método pelo Qual os Pacientes Podem Solicitar Assistência Financeira

Se não houver interação com o paciente em relação à assistência financeira, ou o paciente não conseguir finalizar os procedimentos de inscrição necessários de acordo com esta Política, esses pacientes podem, no entanto, ser avaliados quanto à elegibilidade para assistência financeira presumível.

1. O D-HH explorará fontes alternativas de cobertura e/ou pagamento de programas federais, estaduais ou outros e ajudar os pacientes na inscrição em tais programas. Em relação a quaisquer saldos restantes depois que essas outras fontes estiverem esgotadas, o D-HH avaliará individualmente as necessidades financeiras de um paciente a fim de determinar se um indivíduo se qualifica para a obtenção de assistência sob esta política usando os seguintes procedimentos:
 - Um paciente ou avalista deve apresentar um requerimento em um

formulário aprovado pela gestão do DHH e fornecer informações e documentação pessoais, financeiras, entre outros, conforme exigência do DHH para determinar se esse indivíduo se qualifica para assistência, incluindo, mas não se limitando a, documentação para verificação da Renda Familiar e ativos disponíveis ou outros recursos. Se o D-HH não conseguir obter do paciente ou do avalista do paciente um requerimento ou qualquer documentação comprobatória necessária, o D-HH pode avaliar a possibilidade de o paciente ser elegível para assistência financeira presumível.

- Em vez de um requerimento e documentação comprobatória do paciente, a equipe pode utilizar qualquer um dos seguintes itens para apoiar uma recomendação para a aprovação de uma solicitação de assistência financeira.
 - O D-HH pode utilizar um ou mais fornecedores para a avaliação dos indivíduos quanto à elegibilidade usando fontes de dados disponíveis publicamente que forneçam informações a respeito da capacidade ou propensão para pagamento de um paciente ou avalista.
 - Elegibilidade atual para Medicaid.
 - Declaração atual de uma autoridade federal ou estadual para habitação.
 - Verificação de um abrigo para pessoas sem-teto ou de um Centro de Saúde Federal Qualificado.
 - Verificação de encarceramento sem fonte de pagamento da unidade corretiva.
 - Para um paciente individual, um atestado verbal de renda e ativos do paciente, em vez de uma verificação de renda por escrito, pode ser aceito em relação a uma (1) conta apenas, contanto que o saldo dessa conta seja inferior a \$1.000.
2. É preferível, mas não obrigatório, que uma solicitação de assistência financeira e a identificação da necessidade financeira ocorram antes da prestação de serviços clinicamente necessários, não emergenciais. Entretanto, um paciente pode ser avaliado para assistência financeira em qualquer ponto do ciclo de cobrança. Um requerimento de assistência financeira aprovado aplica-se a todas as contas para as quais o paciente solicitou gratuidade, além de atendimento de emergência e outros cuidados clinicamente necessários prestados por um período, datas de serviço antes da apresentação do requerimento de assistência financeira, incluindo contas enviadas para uma agência de cobrança e quaisquer serviços prestados antes ou na data de expiração indicada na carta de confirmação, contanto que o serviço não esteja listado abaixo. Após esse período, ou a qualquer momento em que sejam obtidas informações adicionais relevantes para a elegibilidade do paciente para assistência financeira, o D-HH irá reavaliar a necessidade financeira do indivíduo conforme esta Política.

O D-HH reconhece decisões tomadas pelos seguintes programas de assistência sem requisitar cópias de requerimentos. O D-HH reserva-se o direito de aceitar ou rejeitar decisões tomadas fora das diretrizes do D-HH definidas pelas

organizações listadas abaixo. Todos os copagamentos aplicáveis ou outros montantes de responsabilidade do paciente devem ser solicitados conforme os requisitos destes programas.

- Cartão da Rede de Acesso à Saúde de New Hampshire somente para pacientes segurados
 - Good Neighbor Health Clinic
 - Manchester Community Health Center
 - Nashua Area Health Clinic
 - Mobile Community Health
 - Teen Health Clinic
 - Elegibilidade atual para o Medicaid caso não seja não retroativa para a cobertura de serviços anteriores
 - Paciente falecido sem bens (conforme confirmado pelo testamenteiro ou pelo estado)
3. A meta do D-HH é processar um requerimento de assistência financeira e notificar o paciente de uma decisão por escrito no prazo de 30 dias após o recebimento do requerimento preenchido.
4. **Processo de Recurso:** Se o D-HH negar assistência financeira parcial ou total, então o paciente (ou seu agente) pode recorrer da decisão no prazo de 30 dias. O paciente deve escrever uma carta para o Diretor de Elegibilidade e Inscrição para explicar o motivo pelo qual a decisão tomada pelo D-HH foi inadequada. A carta de recurso será analisada pelo D-HH, e uma decisão final será enviada para o paciente no prazo de 30 dias após o recebimento do pedido de recurso.

C. Determinação do Montante da Assistência Financeira

Todos os pagamentos de seguros e ajustes contratuais, assim como o desconto para não segurados, são considerados antes do ajuste de assistência financeira que está sendo aplicado. Consulte a Política de Desconto para Pacientes Não Segurados do D-HH: Divisão de Gestão de Receita (referenciada abaixo).

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

- Renda familiar igual ou menor do que 225% do Nível de Pobreza Federal receberá 100% de assistência financeira
- Renda familiar entre 226% e 250% do Nível de Pobreza Federal receberá desconto de 75%
- Renda familiar entre 251% e 275% do Nível de Pobreza Federal receberá desconto de 50%
- Renda familiar entre 276% e 300% do Nível de Pobreza Federal receberá desconto de 25%

- Conforme as informações acima, os pacientes cuja renda familiar exceda 300% do Nível de Pobreza Federal podem ser elegíveis para a obtenção de um desconto com base no saldo do pagamento total pelos mesmos. Os descontos serão concedidos de modo que a conta do pagamento total pelo mesmo não exceda 10% da renda bruta de 2 anos, além de 10% dos ativos acima do cálculo dos ativos isentos de imposto descritos anteriormente na Política. Quaisquer descontos além dos descritos acima devem ser aprovados pelo Comitê de Recursos de Assistência Financeira com base em um recurso apresentado por escrito pelo paciente ou parte responsável.
- Pacientes que cumpram os critérios de Assistência Financeira Presumível receberão 100% de assistência financeira.

Pacientes não segurados, incluindo pacientes não segurados que se qualificam para a obtenção de assistência financeira no âmbito desta Política, não podem receber cobrança de um valor superior ao geralmente faturado para pacientes com um seguro com cobertura dos mesmos cuidados de saúde. O Dartmouth-Hitchcock aplica um desconto em relação a encargos brutos a todos os saldos de pacientes que não têm seguro, resultando em um saldo com desconto que se espera que o paciente pague.

O desconto é baseado no método "tarifa retroativa do Medicare para pagadores privados de serviço adicional", conforme descrito nas normas aplicáveis na Seção 501 (r) do Código da Receita Federal. Este desconto é aplicado antes do faturamento do paciente e antes da aplicação de quaisquer ajustes de assistência financeira. Este desconto não se aplica a quaisquer copagamentos, cosseguros, valores dedutíveis, pré-pagamento ou serviços de pacotes que já incluam qualquer desconto exigido, ou a serviços classificados como não cobertos por todas as companhias de seguros.

Para o ano fiscal de 1/7/2019 a 30/06/2020, aplicam-se as taxas de desconto a seguir:

Dartmouth-Hitchcock Clinic	58,2%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	58,2%
Cheshire Medical Center	64,8%
Alice Peck Day Memorial Hospital	64,8%
New London Hospital	50,0%

D. Comunicação sobre a Política de Assistência Financeira do D-HH aos Pacientes e na Comunidade

- O encaminhamento de pacientes para assistência financeira pode ser realizado por qualquer agente ou integrante da equipe do D-HH, incluindo médicos, enfermeiros, consultores financeiros, assistentes sociais, gestores de casos, capelães e patrocinadores de organizações religiosas. Uma solicitação de assistência financeira pode ser feita pelo paciente ou por um familiar, amigo íntimo ou sócio do paciente, sujeito às leis de privacidade aplicáveis.
- Estarão disponíveis para o público e pacientes do D-HH informações sobre

assistência financeira do D-HH que incluem, mas não se limitam a esta política, um resumo desta política em linguagem simples, um formulário de inscrição e informações a respeito das políticas e procedimentos de cobrança dos pacientes do D-HH ao menos por meio dos mecanismos listados abaixo:

- Nos sites do D-HH
 - Publicadas nos locais de cuidados clínicos dos pacientes,
 - Disponíveis em Cartões de Informações nos departamentos de registro e admissão,
 - Disponíveis em outras áreas públicas conforme determinação do D-HH
 - Fornecidas nos principais idiomas falados pela população atendida pelo D-H/CMC; são utilizados serviços de tradução conforme a necessidade.
- Se o saldo for aprovado, é enviada uma carta para o paciente comunicando a aprovação.

E. Assistência para o Preenchimento dos Requerimentos

Você pode obter assistência pessoal preenchendo 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 ramal: 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>	

Você continuará sendo financeiramente responsável por quaisquer serviços prestados a você até o recebimento do requerimento preenchido.

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

F. Processo de Recurso para Obter Assistência Financeira

- Se o saldo não for aprovado, o paciente receberá uma carta de recusa ou, em caso

de requerimento, uma cópia da inscrição destacando o motivo da recusa. Também é enviada uma carta descrevendo o processo formal de recurso com cada carta de recusa ou cartas oferecendo apenas uma redução parcial.

- Um comitê de três diretores do D-HH não envolvidos no processo original irá analisar o recurso e tecer recomendações sobre todos os recursos contra recusas.

G. Elegibilidade Presumível para Assistência Financeira

O D-HH pode fazer uso de terceiros para rever as informações do paciente e avaliar a necessidade financeira. Esta análise utiliza um modelo de estimativa reconhecido pelo setor de saúde que se baseia em bancos de dados de registros públicos. O modelo inclui dados de registros públicos para o cálculo de um escore de capacidade financeira e socioeconômica que inclui estimativas de renda, recursos e liquidez. O conjunto de regras do modelo foi formulado para avaliar cada paciente nos mesmos padrões e é graduado de acordo com as aprovações de assistência financeira históricas para o sistema de Saúde do Dartmouth-Hitchcock.

As informações do modelo preditivo podem ser utilizadas pelo D-HH para a concessão de elegibilidade presumível nos casos de ausência de informações prestadas diretamente pelo paciente. A assistência financeira presumível não está disponível para saldos após o Medicare.

A triagem presumível é utilizada, sem considerar o saldo pendente, em contas elegíveis com mais de 120 dias após declarações, avisos para a cobrança da dívida e antes do envio da conta para uma agência de cobrança externa para a prestação de assistência financeira aos pacientes que não responderam à notificação da opção de preenchimento de um Requerimento de Assistência Financeira. As contas em processo judicial de inventário que excederam os limites de tempo são elegíveis para a triagem presumível.

A Caridade Presumível não substitui os processos administrativos financeiros tradicionais; ela é utilizada para complementar estes esforços e destina-se a pacientes que, de outra forma, não respondem ao processo administrativo financeiro tradicional. No sentido de remover barreiras para estes pacientes, além de melhorar nossos benefícios para o paciente, o hospital se utiliza de um processo de triagem eletrônica antes de definir um crédito como crédito de liquidação duvidosa. Pacientes considerados elegíveis à Caridade Presumível não serão alocados a uma agência de cobrança de créditos de liquidação duvidosa.

A inclusão neste programa baseia-se em um algoritmo de pontuação que faz uso de informações de domínio público e normalmente não usam uma escala de taxa variável. A Caridade Presumível não permite descontos parciais. Populações demográficas específicas destinam-se a incluir:

- Pessoa falecida sem bens a inventariar ou herdeiros conhecidos

- Pessoa transitória, sem teto
- Pessoas afastadas de sua família e sem grupo de apoio
- Pacientes não responsivos ou incapazes de finalizar o processo tradicional

A pontuação de caridade presumível incorpora um fator socioeconômico e não baseado em crédito. O processo de triagem faz uso de bancos de dados públicos que contêm as seguintes informações:

- Transações do consumidor
- Registros Judiciais
- Propriedade de ativos
- Dados demográficos de proprietários vs. locatários, economia da região e situação laboral
- Arquivos de serviços públicos
- Entidades governamentais
- Arquivos (Falência, CPF, pessoas falecidas)

A Caridade Presumida não depende de dados apresentados pela agência de crédito e não deixa rastros em relatórios de crédito. As informações obtidas incorporam um escore de Caridade Presumida que vai de 0 (mais carente) a 1000 (menos carente). As informações preveem a necessidade do responsável com base em fatores conhecidos, incluindo, mas não se limitando a, renda, ativos e liquidez.

Restituições:

Se um paciente tiver pago um saldo pendente e apresentar posteriormente um Requerimento de Assistência Financeira que seja aprovada para a obtenção de assistência financeira por meio do processo de inscrição, o hospital restituirá qualquer montante que o indivíduo tenha pago pelos cuidados de saúde.

H. Níveis de Determinação de Tratamento Gratuito

- Os níveis de aprovação são os seguintes:

Cargo	Dartmouth-Hitchcock	Hospitais membros
Vice Presidente/ CFO/Presidente	>\$350.000	>\$100.000
Diretor de Gerenciamento de Receita	>\$50.0000	>\$50.0000
Diretor – Conifer	Até \$50.000	Até \$50.000
Gerente – Conifer	Até \$5.000	Até \$5.000
Supervisor – Conifer	Até \$1.000	Até \$1.000
Representante de Conta - Conifer	Até \$500	Até \$500

I. Exclusões de Assistência Financeira – Serviços

a. Considerações Especiais

- Os procedimentos médicos abaixo não devem ser incluídos.
- Os serviços que não sejam clinicamente necessários, conforme avaliação do prestador de serviços de saúde, podem ser excluídos. Será feito o máximo esforço para informar o paciente antes do atendimento sobre quaisquer novos tratamentos não incluídos no Programa de Assistência Financeira.

b. Procedimentos cosméticos eletivos (não cobertos)

- Capsulectomia na Mama com implante
- Mastopexia (Correção de flacidez mamária)
- Ginecomastia (Retirada da Glândula Mamária em Homens)
- Mastectomia (Cosmética)
- Ritidectomia (Lifting Facial)
- Blefaroplastia (Pálpebras)
- Brow Lift (gordura/rugas da testa)
- Mamoplastia de Aumento (implantes mamários)
- Mamoplastia de redução (redução da mama caso o seguro não ofereça cobertura)
- Rinoplastia (nariz)
- Procedimentos Dermatológicos
- Abdominoplastia (remoção do excesso de pele e gordura e no abdômen)
- Lipectomia de qualquer tipo (lipoaspiração) – também pode ser listada como um procedimento de remoção do excesso de pele ou gordura clinicamente não necessário

Observação: Os procedimentos acima geralmente são rastreados e identificados pelos Coordenadores de Informações Financeiras

c. Inseminação Artificial

- Reversão de laqueadura tubária
- Vasovasostomia (reversão de vasectomia)
- Laparoscopia para tratamento de infertilidade (Programas IUI - IVF - GIFT)
- Tratamento de infertilidade

d. Outros

- Acupuntura
- Serviços de Quiropraxia

- Aparelhos auditivos e reparos
- Óculos
- Massoterapia
- Medicamentos com ou sem receita médica
- Clínica Especializada para Viajantes Internacionais
- Estudo do sangue do cordão umbilical
- Vendas no Varejo
- Serviços prestados pela Renaissance Psychiatry of New England, LLC

e. Assistência Financeira APENAS após aprovação da Necessidade Médica

- Cirurgia Bariátrica

f. Divisões de Manchester e Nashua Apenas

- **Exames Oftalmológicos de Rotina**
 - Cobertos somente se forem considerados clinicamente necessários e/ou se houver uma condição clínica subjacente.
 - Caso essas condições NÃO existam, o responsável pelo agendamento avisará o paciente que a assistência financeira não é aplicável.
 - Desconsiderar Keene e Lebanon Ophthalmology

g. Exceções

- Alguns serviços enquadrados na categoria eletiva e que não são clinicamente necessários podem ser cobertos pela Política de Assistência Financeira do D-HH para todos ou alguns serviços relacionados ao episódio do atendimento.
- Serão estabelecidos procedimentos e políticas para serviços conhecidos, que serão mantidos pela Equipe de Recursos para Acesso do Paciente.
- Eles serão analisados anualmente para as revisões necessárias.
- Os casos individuais serão avaliados pela liderança da Equipe de Recursos para Acesso do Paciente e pelo Vice-presidente da Gestão de Receitas para a aprovação das exceções.

h. Exclusões de Assistência Financeira - Prestadores de Serviços que Não São do 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 (Serviços de Reabilitação/PT)
- Concord – Riverbend Community Mental Health
- Concord – Services prestados pelo 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 (profissional)
- New London Hospital – Concord Podiatry (profissional)
- New London Hospital – Concord Urology (profissional)
- New London Hospital – Counseling Associates (profissional)
- New London Hospital – Dr. Richard Rosata – Cirurgia Oral e Maxilofacial (profissional)
- New London Hospital – Valley Regional Healthcare (profissional)
- New London Hospital – Peraza Dermatology Group (profissional)
- New London Hospital – Optical Shop
- New London Hospital – Serviços de Parteiras (profissional)

*Contrato rescindido

V. Referências N/A

Proprietário responsável:	Divisão de Finanças Corporativas	Contato:	Kimberly Mender
Aprovado por:	Conselho de Administração; Diretor Executivo - Finanças; Escritório de Suporte a Políticas - Políticas Organizacionais Apenas; Tina Naimie	Versão #	9
Data de Aprovação Atual:	12/11/2019	ID do Documento Antigo:	RMD 0031
Data para a Política entrar em Vigor:	12/11/2019 Aprovada pelo Comitê de Finanças MHMH/DHC em 23/06/2016; Conselhos de Administração MHMH/DHC 24/06/16		
Políticas e Procedimentos Relacionados:	Política de Desconto para Pacientes Não Segurados: Divisão de Gestão de Receitas Política de Crédito e Cobrança Política de Orçamento de Pagamentos - Divisão de Gestão de Receitas		
Instrumentos de Trabalho Relacionados:			

Cópias impressas são APENAS para fins de referência. Pedimos que consulte a cópia eletrônica para obter a versão mais recente.

ID de referência nº 179, Versão nº 9
Data de Aprovação: 12/11/2019