



LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

POLÍTICA OPERACIONAL

CATEGORIA: FINANÇAS

CÓDIGO: C-22

ASSUNTO: ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

DATA DE ENTRADA EM VIGOR: 12/2017

SUBSTITUI: 12/2016

PÁGINA: 1 de 16

OBJETIVO:

O objetivo desta política é definir os critérios que serão usados pelas instituições Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital e Loma Linda University Health Beaumont-Banning (doravante coletivamente denominados LLUMC) a fim de cumprir os requisitos estabelecidos em leis estaduais e federais, incluindo a seção 501(r) do Código Tributário Federal dos EUA (Internal Revenue Code, IRC) de 1986, conforme emendas, bem como as regulamentações desse documento e a Lei de políticas de preço justo dos hospitais da Califórnia (California Hospital Fair Pricing Policies Act).

Os hospitais de cuidados agudos da Califórnia devem implementar políticas e práticas em conformidade com a lei da Califórnia e com a Seção 501(r) do IRC, incluindo requisitos para políticas escritas que fornecem descontos e atendimento de caridade para pacientes financeiramente elegíveis. Esta política tem a finalidade de atender a tais obrigações legais e fornece tanto atendimento de caridade quanto descontos a pacientes financeiramente elegíveis conforme os termos e condições da Política de assistência financeira (Financial Assistance Policy, FAP) do LLUMC.

ESCOPO DA POLÍTICA:

Esta política diz respeito à assistência financeira prestada a pacientes pelo LLUMC com relação aos serviços medicamente necessários. Todas as solicitações de assistência financeira por parte de pacientes, familiares de pacientes, médicos ou equipes hospitalares devem ser atendidas de acordo com esta política. Esta política não se aplica aos serviços médicos oferecidos no LLUMC. Os médicos de emergência não são empregados pelo LLUMC e adotaram uma política separada que fornece descontos a pacientes não segurados ou pacientes com altos custos médicos. (A lista de prestadores de serviço NÃO abrangidos pela FAP do LLUMC pode ser obtida em <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>)

FILOSOFIA:

Como uma organização religiosa, o LLUMC se empenha em atender às necessidades médicas de pacientes em sua área geográfica de atendimento. A Missão do LLUMC é “Dar continuidade ao ministério de cura de Jesus Cristo e atender a todas as necessidades do ser humano”. A missão do LLUMC é expressamente demonstrada por esta FAP. Acima de tudo, a responsabilidade do LLUMC é providenciar para que os pacientes recebam atendimento médico misericordioso, pontual e apropriado, levando em conta a privacidade, a dignidade e o consentimento informado do paciente.

CATEGORIA: FINANÇAS

CÓDIGO: C-22

PÁGINA: 2 de 16

ASSUNTO: ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

O LLUMC regularmente presta serviços hospitalares aos pacientes que vivem na localidade ou nas proximidades de Loma Linda. Como importante universidade de ensino e hospital altamente especializado, o LLUMC também atua como recurso regional, atendendo a necessidades complexas de pacientes e regularmente aceitando transferências de muitos outros hospitais. O LLUMC também oferece diversos programas de tratamento altamente especializados, alguns dos quais são exclusivos. Para ajudar a atender às necessidades de seus pacientes, o LLUMC está comprometido em fornecer acesso a programas de assistência financeira para pacientes que não são segurados ou possuem uma cobertura insuficiente e podem precisar de ajuda para o pagamento de sua conta hospitalar. Esses programas incluem programas de cobertura patrocinados pelo governo, atendimento de caridade e atendimento de caridade com desconto, conforme definidos neste documento.

De acordo com as regulamentações da Lei federal do trabalho e de tratamento médico de emergência (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) o LLUMC está proibido de participar de quaisquer ações que desencorajem os indivíduos a buscar tratamento médico de emergência, como exigir que um paciente de emergência realize o pagamento antes de receber tratamento para condições médicas de emergência ou permitindo atividades de cobrança de dívidas que interfiram no fornecimento, sem discriminação, do tratamento médico de emergência.

DEFINIÇÃO DOS TERMOS:

Montante geralmente faturado (Amount Generally Billed, AGB):

O Internal Revenue Service exige que o LLUMC estabeleça uma metodologia por meio da qual os pacientes elegíveis para assistência financeira não recebam uma cobrança superior ao AGB por serviços de emergência e outros serviços médicos necessários. Para os fins deste requisito, o LLUMC adota o método prospectivo com base nas tarifas do Medicare.

Atendimento de caridade:

Qualquer serviço hospitalar de internação ou ambulatorial necessário prestado a um paciente com renda inferior a 200% do nível de pobreza estabelecido atualmente pela diretriz federal e que esteja qualificado de acordo com os requisitos contidos na FAP do LLUMC.

Pagamento de tratamento de caridade com desconto parcial:

O pagamento com desconto por meio da FAP é definido como atendimento de caridade parcial decorrente de qualquer serviço hospitalar de internação ou ambulatorial necessário prestado a um paciente não segurado ou cuja cobertura de seguro não forneça, de outra forma, um desconto das tarifas usuais e costumeiras do LLUMC; e que 1) deseje auxílio para pagar sua conta hospitalar; 2) tenha uma renda equivalente ou inferior a 350% do nível de pobreza estabelecido pela diretriz federal; e que 3) esteja qualificado de acordo com os requisitos contidos na FAP do LLUMC.

Encargos brutos:

Os encargos totais nas tarifas cheias estabelecidas na organização para prestação de serviços de tratamento do paciente, antes da aplicação de deduções da receita.

Plano de pagamento qualificado:

CATEGORIA: FINANÇAS

CÓDIGO: C-22

PÁGINA: 3 de 16

ASSUNTO: ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Os planos de pagamento estabelecidos por pacientes qualificados para Pagamento com desconto pela FAP são classificados como Planos de pagamento qualificado. Um Plano de pagamento qualificado não deve ter juros aplicados a nenhum saldo devido pelo paciente/avalista. Caso o LLUMC e o paciente/avalista não possam chegar a um acordo em termos de um plano de pagamento qualificado, o hospital deverá usar a fórmula descrita na Seção 127400 (i) do Código de saúde e segurança (Health & Safety Code) a fim de estabelecer os termos de um "Plano de pagamento razoável", conforme definido no estatuto.

Diretriz do Nível federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL):

As diretrizes do FPL estabelecem os critérios de elegibilidade quanto à renda bruta e ao tamanho da família para Atendimento de caridade e Pagamento com desconto, conforme descritos nesta política. O FPL é atualizado periodicamente pelo Department of Health and Human Services dos Estados Unidos.

Estimativa de boa fé:

Um montante orçado pela Equipe de registro do LLUMC e que representa uma aproximação razoável do preço real a ser pago pelos serviços recebidos pelo paciente no LLUMC. A Equipe de registro adotará seus melhores esforços para desenvolver e orçar uma Estimativa de boa-fé; no entanto, ela pode não ser capaz de prever totalmente quais serviços médicos reais serão subsequentemente solicitados pelos médicos que atenderem ou tratarem o paciente.

Departamento de serviços internacionais:

Todos os casos internacionais de caridade devem ser avaliados e aprovados pelo Comitê internacional de caridade, de acordo com seus critérios orçamentários anuais – consulte a Política ZNV-51, *Benefícios internacionais* (Policy ZNV-51, International Benefit). Os casos avaliados e aprovados pelo Comitê não são elegíveis para assistência financeira por meio da FAP.

Requisitos de qualificação para a Política de Assistência Financeira do LLUMC:

Dependendo da qualificação do paciente individual, a assistência financeira do LLUMC pode ser concedida para atendimento de caridade ou pagamento de atendimento de caridade com desconto parcial. Caso a pessoa solicite atendimento de caridade ou pagamento com desconto e não forneça as informações razoáveis e necessárias para a decisão do LLUMC, o LLUMC poderá considerar essa falha ao tomar sua decisão. A assistência financeira pode ser negada quando o paciente/pessoa responsável não atender aos requisitos de qualificação da FAP do LLUMC.

Serviços médicos necessários:

De acordo com esta política, a assistência financeira deve aplicar-se aos serviços médicos necessários conforme definido pelo Código de Instituições e Bem-estar da Califórnia §14059.5. Um serviço é medicamento necessário ou uma necessidade médica quando é adequado e necessário para proteger a vida, evitar doença significativa ou deficiência significativa ou para aliviar dor grave. Excluído dessa definição estão os serviços exclusivos em que terapias alternativas medicamento eficazes estão disponíveis. Exemplos incluem: 1) Serviços cosméticos e/ou de cirurgia plástica; 2) Serviços de infertilidade; 3) Correção de visão; 4) Terapia de próton; 5) Procedimentos robóticos; 6) Órtese/prostética; 7) Gravidez de aluguel; ou 8) Outros serviços que são principalmente para o conforto e/ou comodidade do paciente.

Família do paciente: deve-se aplicar o seguinte a todos os casos sujeitos à FAP do LLUMC:

1. Pessoas com 18 anos de idade ou mais, cônjuge, companheiro(a), conforme define a Seção 297 da Lei familiar da Califórnia (California Family Code), e crianças dependentes com menos de 21 anos de idade, vivam na residência ou não.
 - 1.1 Companheiro(a): na Califórnia, é estabelecida uma união estável quando ambas as pessoas submetem uma Declaração de união estável (Declaration of Domestic Partnership) junto ao Secretário de Estado relativo a essa divisão e, no momento da solicitação, todos os requisitos a seguir são atendidos:
 - a. Ambas as pessoas têm uma residência em comum.
 - b. Nenhuma das pessoas é casada com outro indivíduo nem é membro de outra união estável com outro indivíduo, união esta que não tenha sido encerrada, dissolvida ou considerada nula.
 - c. As duas pessoas não têm qualquer relação consanguínea que as impeça de se casar neste Estado.
 - d. Ambas as pessoas têm pelo menos 18 anos de idade.
 - e. Uma das condições a seguir:
 - 1) Ambas as pessoas são membros do mesmo sexo
 - 2) Uma ou ambas as pessoas atendem aos critérios de elegibilidade descritos no Título II da Lei de seguro social (Social Security Act), conforme define a Seção 402(a) do Código dos Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) N° 42, quanto a benefícios de seguro para idosos, ou descritos no Título XVI da Social Security Act, conforme define a Seção 1381 do U.S.C. N° 42 para indivíduos idosos. Não obstante qualquer outra cláusula desta seção, pessoas de sexos opostos não podem constituir uma união estável, a menos que uma delas ou ambas tenham mais de 62 anos de idade.
 - f. Ambas as pessoas são capazes de consentir com a união estável.
2. Pessoas com menos de 18 anos de idade, pais, parentes responsáveis, e outros filhos com menos de 21 anos de idade dos pais ou parentes responsáveis.

A. RESPONSABILIDADES GERAIS DO PACIENTE

1. **Honestidade:** os pacientes devem ser honestos e cooperativos ao fornecer todas as informações solicitadas pelo LLUMC como parte do processo de avaliação para assistência financeira. Os pacientes devem fornecer a documentação de elegibilidade precisa e verdadeira que seja razoavelmente necessária para a cobertura da assistência financeira por parte de qualquer programa governamental de cobertura ou da FAP do LLUMC. Honestidade implica e exige total e completa divulgação das informações e/ou documentações necessárias.
2. **Participar ativamente e preencher a avaliação financeira:** todos os pacientes não segurados e aqueles que solicitarem assistência financeira deverão preencher uma FAP. Antes de deixar o LLUMC, os pacientes devem verificar quais informações ou documentações adicionais devem ser entregues ao LLUMC. O paciente compartilha a

responsabilidade pelo entendimento e cumprimento dos prazos de entrega de documentos exigidos pelo programa de assistência financeira do LLUMC ou de outros programas similares.

3. Pagar todos e quaisquer valores incorridos devidos: os pacientes devem esperar e pagar todos e quaisquer valores devidos no momento do atendimento. Tais valores devidos podem incluir, sem limitação:

- 3.1 Participações

- 3.2 Deduções

- 3.3 Depósitos

- 3.4 Valores de compartilhamento de despesas do Medi-Cal/Medicaid

- 3.5 Estimativas de boa-fé

4. Compartilhar a responsabilidade pelo tratamento hospitalar: cada paciente compartilha a responsabilidade pelo tratamento hospitalar que recebe. Isso inclui acompanhamento na obtenção de prescrições ou outros cuidados médicos após a alta. O paciente também compartilha a responsabilidade de garantir que foram tomadas as providências para a liquidação de sua conta. É essencial que cada paciente ou seu familiar coopere e se comunique com a equipe do LLUMC durante e após a prestação dos serviços.

B. PROCESSO e RESPONSABILIDADES DO HOSPITAL

1. A elegibilidade para a FAP do LLUMC é oferecida a qualquer paciente cuja renda familiar é inferior a 350% do nível de pobreza estabelecido pela diretriz federal, caso o paciente não seja coberto por um seguro de terceiros, ou seja coberto por um seguro de terceiros que não resulte no pagamento total da conta.
2. A FAP do LLUMC utiliza um único pedido tanto para tratamento de caridade quanto para pagamento com desconto. O processo tem a finalidade de oferecer a cada solicitante a oportunidade de receber o máximo benefício de assistência financeira ao qual ele está qualificado. O Pedido de assistência financeira (Financial Assistance Application, FAA) oferece aos pacientes as informações de que o hospital necessita para determinar sua qualificação, e essas informações serão usadas a fim de qualificar o paciente ou representante familiar para a máxima cobertura disponibilizada pelos programas governamentais e/ou pela FAP do LLUMC.
3. Os pacientes elegíveis podem se qualificar e solicitar a FAP do LLUMC seguindo as instruções de pedido e adotando todos os esforços razoáveis para fornecer ao LLUMC a documentação e as informações de cobertura de benefícios de saúde, de forma que o LLUMC possa determinar a qualificação do paciente para cobertura pelo programa apropriado. Somente a elegibilidade não constitui em si um direito à qualificação para a

FAP do LLUMC. O LLUMC deve concluir o processo de avaliação do solicitante e determinar a qualificação antes da concessão do atendimento de caridade ou atendimento de caridade com desconto no pagamento.

4. A FAP do LLUMC conta com a cooperação do paciente que puder ser elegível à assistência total ou parcial. Para facilitar o recebimento de informações financeiras precisas e pontuais do paciente, o LLUMC usará o FAA. Todos os pacientes que não puderem comprovar cobertura financeira por seguradoras terceirizadas terão a oportunidade de preencher o FAA.
5. Pacientes não segurados receberão informações, assistência e encaminhamento para programas patrocinados pelo governo para o qual possam ser elegíveis, bem como informações relativas à cobertura do seguro pelo Covered California. Pacientes não segurados também receberão informações de contato de programas de assistência ao consumidor legais locais que possam auxiliá-los na obtenção de cobertura.
6. Pacientes não segurados cuja renda for inferior a 350% do nível de pobreza estabelecido pela diretriz federal e que tenham uma dívida pessoal após o pagamento pelo seguro também podem ser elegíveis à assistência financeira. Qualquer paciente que solicitar assistência financeira deverá preencher um FAA.
7. O FAA deve ser preenchido assim que houver indicação de que o paciente pode precisar de assistência financeira. O formulário do pedido pode ser preenchido antes do atendimento, durante a permanência do paciente ou após a prestação dos serviços e a alta do paciente.
8. O preenchimento do FAA oferece:
 - 8.1 Informações necessárias para que o LLUMC determine se o paciente tem renda suficiente para pagar pelos serviços;
 - 8.2 Documentação útil para determinar a qualificação para assistência financeira; e
 - 8.3 Uma trilha de auditoria documentando que o LLUMC tem o compromisso de fornecer assistência financeira.
9. No entanto, o preenchimento do FAA não é necessário caso o LLUMC determine, conforme seus exclusivos critérios, que possui informações financeiras do paciente suficientes para tomar a decisão sobre a qualificação para assistência financeira. (Consulte a Seção E. CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DE CARIDADE)

C. QUALIFICAÇÃO: ATENDIMENTO DE CARIDADE TOTAL E ATENDIMENTO DE CARIDADE COM DESCONTO NO PAGAMENTO :

1. A qualificação para assistência financeira total ou com desconto no pagamento deverá ser determinada exclusivamente pela capacidade de pagamento do paciente e/ou do

representante familiar do paciente. A qualificação para assistência financeira não deverá ser baseada, de forma nenhuma, em idade, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, etnia, nacionalidade, status de veterano de guerra, deficiência ou religião. Embora a assistência financeira não seja fornecida com base discriminatória ou arbitrária, o LLUMC possui critérios exclusivos, conforme as leis e regulamentações, de estabelecer critérios de elegibilidade e determinar os casos em que um paciente forneceu evidências suficientes de qualificação para assistência financeira.

2. Durante o registro, o LLUMC deverá fornecer assistência direta a pacientes ou representantes familiares de modo a facilitar o preenchimento do FAA. O preenchimento do FAA e o envio de todas e quaisquer informações complementares necessárias podem ser necessários para a determinação de qualificação à assistência financeira.
3. Em reconhecimento ao fato de que o LLUMC presta um alto volume de serviços de atendimento de emergência de menor acuidade e atendimento de urgência à comunidade local, são realizados esforços para reduzir a sobrecarga de pedidos, em determinados casos. Embora as cobranças por atendimento médico de emergência possam ser bastante altas, esses casos são menos frequentes do que outras visitas para atendimentos menores. Quando as cobranças da visita para atendimento de emergência ou urgência são inferiores a US\$ 5.000, o paciente ou representante familiar precisa apenas enviar um FAA preenchido e assinado. Nesses casos, não são necessários comprovantes de pagamentos recentes nem declarações de imposto de renda. No entanto, caso as cobranças ultrapassem US\$ 5.000, o paciente ou representante familiar deverá fornecer comprovantes de renda na forma de uma declaração de imposto de renda ou de cópias de pelo menos dois comprovantes de pagamentos recentes.
4. Pode ser necessário que o paciente e/ou representante familiar entregue posteriormente alguma documentação de suporte ao LLUMC. As instruções de envio de documentos de suporte deverão ser fornecidas ao paciente no momento do preenchimento do FAA. O paciente e/ou representante familiar que solicitar assistência para cumprir suas obrigações financeiras em relação ao LLUMC deverá adotar todos os esforços razoáveis para fornecer as informações de que o LLUMC necessita a fim de determinar a qualificação para tal assistência financeira. O FAA e os documentos complementares necessários são enviados ao Patient Business Office Os locais desse escritório devem ser claramente identificados nas instruções do pedido.
5. O LLUMC deve disponibilizar funcionários que tenham sido treinados para avaliar a completude e da correção do FAA. As avaliações dos pedidos serão concluídas o mais rapidamente possível, considerando a necessidade do paciente de uma resposta rápida.
6. Os fatores considerados ao determinar se um indivíduo está qualificado para assistência financeira, de acordo com esta política, podem incluir:

CATEGORIA: FINANÇAS

CÓDIGO: C-22

PÁGINA: 8 de 16

ASSUNTO: ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

6.1 Renda familiar com base na declaração do imposto de renda, em comprovantes de pagamentos recentes ou em outras informações relevantes prestadas pelo paciente, na ausência de tais documentos; e

6.2 Tamanho da família

7. A qualificação para assistência financeira pode ser concedida para atendimento de caridade ou pagamento com desconto, dependendo do nível de qualificação do paciente ou representante familiar, conforme definido nos critérios desta FAP. A determinação da assistência financeira será estabelecida somente por um funcionário do LLUMC aprovado, de acordo com os seguintes níveis de autoridade:

7.1 Gerente do Patient Business Office: contas inferiores a US\$ 50.000

7.2 Diretor do Patient Business Office: contas inferiores a US\$ 100.000

7.3 Diretor executivo do Business Office: contas inferiores a US\$ 250.000

7.4 Vice-presidente do Departamento de ciclo de receitas: contas superiores a US\$ 250.000

8. Após ser determinada, a qualificação para assistência financeira será aplicada aos serviços específicos e às datas de atendimento para os quais o paciente e/ou seu representante familiar realizaram o pedido. Nos casos de tratamento contínuo associado a um diagnóstico que requer serviços contínuos e relacionados, o LLUMC, conforme seus exclusivos critérios, pode considerar o tratamento continuado como um único caso e aplicar tal qualificação a todos os serviços contínuos relacionados prestados pelo LLUMC. Caso haja outros saldos pendentes e pré-existentes da conta do paciente no momento em que o LLUMC determinar uma qualificação, eles serão incluídos como elegíveis para amortização conforme os critérios exclusivos da gestão do LLUMC.

9. Obrigações do paciente quanto ao pagamento de compartilhamento de despesas Medi-Cal/Medicaid não serão canceladas em nenhuma circunstância. No entanto, após a cobrança da parte de compartilhamento de despesas devida pelo paciente, qualquer saldo não coberto ou não pago com relação ao um paciente Medi-Cal/Medicaid pode ser considerado para atendimento de caridade.

10. Pacientes entre 201% e 350% do FPL não pagarão mais do que o Medicare geralmente pagaria por um caso de serviço semelhante. Isso deve se aplicar a todos os serviços hospitalares de internação, ambulatoriais, recorrentes e de emergência prestados pelo LLUMC.

11. Pacientes elegíveis para FAP receberão cobrança inferior os encargos brutos.

D. ATENDIMENTO DE CARIDADE TOTAL E PAGAMENTO COM DESCONTO - NÍVEIS DE QUALIFICAÇÃO DE RENDA

PACIENTES NÃO SEGURADOS

1. Caso a renda familiar de um paciente não segurado seja de até 200% do nível de renda de pobreza estabelecido, com base no FPL atual, e o paciente atenda a todos os outros requisitos de qualificação para assistência financeira, o paciente estará qualificado para atendimento de caridade total.
2. Caso a renda familiar de um paciente seja entre 201% e 350% do nível de renda de pobreza estabelecido, com base no FPL atual, e o paciente atenda a todos os outros requisitos de qualificação para assistência financeira, serão aplicados os seguintes critérios:
 - 2.1 Caso os serviços não sejam cobertos por nenhum terceiro pagador, de forma que o paciente seria normalmente responsável pelos encargos totalmente faturados, a obrigação de pagamento do paciente seria um percentual do valor Medicare (tarifa de pagamento do Medicare totalmente aplicada, isto é, índice salarial, IME, DME etc. e obrigação de pagamento do paciente) que o programa Medicare pagaria pelo serviço se o paciente fosse um beneficiário Medicare. O percentual real pago por qualquer paciente individual deverá ser baseado na escala variável mostrada na Tabela 1 abaixo:

TABELA 1
Programa de desconto da escala variável

Percentual familiar do FPL	Desconto M/Care permitido	Percentual de pagamento de OOP pelo paciente (do M/Care)
201 – 260%	75%	25%
261 – 320%	50%	50%
321 – 350%	25%	75%

3. Caso a renda familiar de um paciente seja superior a 350% do nível de renda de pobreza estabelecido, com base no FPL atual, e o paciente atenda a todos os outros requisitos de qualificação para assistência financeira, serão aplicados os seguintes critérios:
 - 3.1 Caso os serviços não sejam cobertos por nenhum terceiro pagador, de forma que o paciente seria normalmente responsável pelos encargos totalmente faturados, a obrigação de pagamento total do paciente seria um valor equivalente a 100% do valor bruto (tarifa de pagamento do Medicare totalmente aplicada, isto é, índice salarial, IME, DME etc. e obrigação de pagamento do paciente) que o programa Medicare pagaria pelo serviço se o paciente fosse um beneficiário Medicare.

PACIENTE SEGURADO

1. Caso a renda familiar de um paciente segurado seja entre 201% e 350% do nível de renda de pobreza estabelecido, com base no FPL atual, e o paciente atenda a todos os outros requisitos de qualificação para assistência financeira, serão aplicados os seguintes critérios:
 - 1.1 Para serviços recebidos por pacientes segurados por um terceiro pagador, de forma que o paciente é responsável apenas por um percentual dos encargos faturados (isto é, deduzíveis ou comparticipação), a obrigação de pagamento do paciente seria um valor equivalente à diferença entre o que o seguro pagou e o valor Medicare (tarifa de pagamento do Medicare totalmente aplicada, isto é, índice salarial, IME, DME etc. e obrigação de pagamento do paciente) que o programa Medicare pagaria se o paciente fosse um beneficiário Medicare. Isto é, se o seguro tiver pago mais do que o valor permitido para Medicare, o paciente não deverá nenhum valor; no entanto, se o seguro do paciente tiver pago menos do que o valor permitido para Medicare, o paciente pagará a diferença entre o valor de seguro pago e o valor permitido para Medicare.
2. Caso a renda familiar de um paciente seja superior a 350% do nível de renda de pobreza estabelecido, com base no FPL atual, serão aplicados os seguintes critérios:
 - 2.1 Para serviços recebidos por pacientes segurados por um terceiro pagador, de forma que o paciente é responsável apenas por um percentual dos encargos faturados (isto é, deduzíveis ou comparticipação), a obrigação de pagamento do paciente seria um valor equivalente à diferença entre o que o seguro pagou e o valor bruto que o programa Medicare pagaria pelo serviço, mais 20% (vinte por cento). Por exemplo, se o seguro tiver pago mais do que o valor permitido para Medicare mais 20%, o paciente não deverá nenhum valor; no entanto, se o seguro do paciente tiver pago menos do que o valor permitido para Medicare mais 20%, o paciente pagará a diferença entre o valor de seguro pago e um valor equivalente ao permitido para Medicare mais 20%.

E. CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DE CARIDADE

1. Caso a Equipe de registro do LLUMC determine que o paciente não tem moradia nem cobertura de um terceiro pagador, o paciente automaticamente será considerado elegível para atendimento de caridade total.
2. Pacientes falecidos que não têm qualquer cobertura de terceiro pagador, não podem ser identificados ou para os quais não haverá audiência de legalização, deverão ser automaticamente considerados elegíveis para atendimento de caridade total.
3. Pacientes declarados falidos por uma ordem judicial federal de falência dentro dos últimos 12 (doze) meses deverão ser considerados elegíveis para atendimento de caridade total. O paciente ou representante familiar deve fornecer uma cópia do documento da ordem judicial como parte de seu pedido.

4. Pacientes atendidos no departamento de emergência, para os quais o LLUMC não pode emitir uma fatura, podem ter os encargos da conta amortizados na forma de atendimento de caridade total (isto é, o paciente é liberado antes da obtenção de informações de faturamento). Todas essas circunstâncias devem ser identificadas nas anotações da conta do paciente, como parte essencial do processo de documentação.
5. O LLUMC considera que os pacientes elegíveis para programas de assistência para baixa renda patrocinados pelo governo (por exemplo, Medi-Cal/Medicaid, California Children's Services e qualquer outro programa para baixa renda estadual ou local aplicável) são automaticamente elegíveis para o atendimento de caridade total nos casos em que o pagamento não é feito pelo programa governamental. Por exemplo, pacientes que se qualificam para o Medi-Cal/Medicaid, bem como para outros programas governamentais que atendem às necessidades de pacientes de baixa renda (por exemplo, CHDP e alguns CCS), nos casos em que o programa não paga todos os serviços ou diárias durante uma internação hospitalar, são elegíveis para cobertura da assistência financeira. De acordo com a FAP do LLUMC, esses tipos de saldos não reembolsados de conta de paciente são elegíveis para amortização total na forma de atendimento de caridade. Especialmente incluídos como atendimento de caridade são os encargos relacionados a internações negadas ou dias de atendimento negados. Todas as negações de Solicitação de autorização de tratamento (Treatment Authorization Request, TAR) fornecidas para Medi-Cal/Medicaid e outros pacientes cobertos por programas de baixa renda qualificados, bem como outros tipos de recusas (por exemplo, cobertura restrita), serão classificadas como atendimento de caridade.
6. Qualquer avaliação para assistência financeira relacionada a pacientes cobertos pelo Programa Medicare deve incluir uma análise razoável de todos os recursos, responsabilidades, renda e despesas do paciente, antes da determinação de qualificação para o Financial Assistance Program. Tais avaliações de assistência financeira devem ocorrer antes da conclusão da prestação de serviço pelo LLUMC.
 - 6.1 Não obstante a cláusula anterior, a porção das contas do paciente Medicare (a) pela qual o paciente é financeiramente responsável (cosseguro ou valores dedutíveis), (b) que não é coberta pelo seguro ou por qualquer outro pagador, incluindo Medi-Cal/Medicaid, e (c) que não é reembolsada pelo Medicare como uma dívida incobrável, poderá ser classificada como atendimento de caridade se:
 - a. O paciente for beneficiário Medi-Cal/Medicaid ou de qualquer outro programa que presta assistência médica a pacientes de baixa renda; ou
 - b. O paciente se qualificar, de outra forma, para assistência financeira de acordo com esta política, e somente na medida da amortização fornecida conforme esta política.
7. Qualquer paciente não segurado cuja renda for superior a 350% do FPL atual e passar por um evento médico crítico pode ser considerado elegível para assistência financeira. Tais pacientes com renda superior não se qualificam para o atendimento de caridade

total de rotina nem para o atendimento com desconto no pagamento. No entanto, a consideração de um evento médico crítico pode ser realizada caso a caso. A determinação de um evento médico crítico deve ser baseada no valor da responsabilidade do paciente nos encargos cobrados, e na consideração da renda e dos recursos do paciente conforme informados no momento da ocorrência. A gerência deve usar critérios razoáveis ao determinar com base em um evento médico crítico. Como orientação geral, qualquer conta cuja responsabilidade do paciente pelos serviços prestados exceder US\$ 200.000 pode ser considerada um evento médico crítico.

8. Qualquer conta devolvida ao LLUMC por uma agência de cobrança que tenha determinado que o paciente ou representante familiar não possui recursos para o pagamento da conta pode ser considerada elegível para atendimento de caridade. A documentação sobre a incapacidade do paciente ou representante familiar de pagar pelos serviços será mantida no arquivo do atendimento de caridade.

F. CRITÉRIOS PARA REATRIBUIÇÃO DE DÍVIDA INCOBRÁVEL PARA ATENDIMENTO DE CARIDADE

1. Todas as agências de cobrança externas contratadas pelo LLUMC para acompanhamento de conta e/ou cobrança de dívida não paga utilizarão os critérios a seguir para identificar uma mudança de status de dívida incobrável para atendimento de caridade:
 - 1.1 As contas do paciente não podem ter seguro aplicável (incluindo programas governamentais de cobertura ou outros terceiros pagadores); e
 - 1.2 O paciente ou representante familiar deve ter uma classificação de crédito e/ou classificação de pontuação de comportamento dentro do menor 25º percentil de pontuações de crédito para qualquer método de avaliação usado; e
 - 1.3 O paciente ou representante familiar não pode ter feito pagamento dentro de 150 dias após a atribuição à agência de cobrança;
 - 1.4 A agência de cobrança determinou que o paciente/representante familiar não tem capacidade de pagamento; e/ou
 - 1.5 O paciente ou representante familiar não tem um número de Seguro social válido e/ou endereço de residência corretamente informado a fim de determinar uma pontuação de crédito.
2. Todas as contas devolvidas por uma agência de cobrança para reatribuição de Dívida incobrável para Atendimento de caridade serão avaliadas pela equipe do Departamento de cobrança do LLUMC antes de qualquer reclassificação dentro do sistema e dos registros contábeis do hospital.

G. NOTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Após a determinação da elegibilidade, será enviada ao paciente ou representante familiar uma carta indicando o status da determinação. A carta de status da determinação irá indicar um dos seguintes status:
 - 1.1 Aprovação: a carta irá indicar que a conta foi aprovada, o nível de aprovação e qualquer valor pendente devido pelo paciente. Também serão fornecidas informações e instruções sobre ações adicionais necessárias por parte do paciente.
 - 1.2 Negação: serão explicadas ao paciente as razões para negação da elegibilidade, com base no FAA. Qualquer valor pendente devido pelo paciente também será identificado. Também serão fornecidas informações de contato e instruções para pagamento.
 - 1.3 Pendente: o solicitante será informado sobre o motivo pelo qual o FAA está incompleto. Todas as informações pendentes serão identificadas, e o aviso solicitará que o paciente ou representante familiar forneça as informações ao LLUMC.

H. PLANOS DE PAGAMENTO QUALIFICADOS

1. Quando o LLUMC determinar um desconto, o paciente terá a opção de pagar todo e qualquer valor pendente devido à vista ou por meio de um Plano de pagamento qualificado com prazo programado.
2. O LLUMC irá discutir as opções do plano de pagamento com cada paciente que solicitar pagamento a prazo. Planos de pagamento individuais serão providenciados de acordo com a capacidade do paciente de efetivamente cumprir os prazos de pagamento. Como orientação geral, os planos de pagamento serão estruturados para ter duração máxima de 12 meses.
3. O LLUMC irá negociar de boa-fé com o paciente; no entanto, não tem obrigação de aceitar os termos de pagamento oferecidos por ele. Caso o LLUMC e o paciente individual ou avalista não possam chegar a um acordo para estabelecer um plano de pagamento qualificado, o hospital deverá usar a fórmula "Plano de pagamento razoável", conforme definida na Seção 127400 (i) do Health & Safety Code, como base para o plano de pagamento. Um "Plano de pagamento razoável" significa pagamentos mensais que não excedem 10% da renda familiar mensal de um paciente, excluindo-se as deduções para despesas essenciais de sobrevivência. A fim de aplicar a fórmula do "Plano de pagamento razoável", o LLUMC coletará informações da família do paciente a respeito de renda e despesas essenciais de sobrevivência, de acordo com o estatuto. O LLUMC usará uma forma padronizada de coletar essas informações. Cada paciente ou avalista que requisitar um plano de pagamento por meio da aplicação da fórmula "Plano de pagamento razoável" deverá enviar informações de despesas e renda familiar

conforme solicitado, a menos que a solicitação de informações seja dispensada pelos representantes do LLUMC.

4. Não haverá cobrança de juros sobre contas de pacientes qualificados durante o plano de pagamento providenciado de acordo com as cláusulas da FAP.
5. Uma vez que o plano de pagamento for aprovado pelo LLUMC, qualquer falta de pagamento de todas as parcelas consecutivas devidas, durante um período de 90 dias, constituirá descumprimento do plano de pagamento. É responsabilidade do paciente ou avalista entrar em contato com o Patient Business Office do LLUMC caso haja mudança de circunstâncias ou impossibilidade de cumprir os prazos do plano de pagamento. No entanto, se houver descumprimento do plano de pagamento, o LLUMC fará uma tentativa razoável de entrar em contato com o paciente ou seu representante familiar por telefone, e também notificará sobre o descumprimento por escrito. O paciente deverá ter a oportunidade de renegociar o plano de pagamento estendido, e pode fazê-lo entrando em contato com um representante do Patient Business Office dentro de 14 (quatorze) dias contados a partir da data do aviso escrito que notifica a respeito do descumprimento do plano de pagamento estendido. Caso o paciente não solicite renegociação do plano de pagamento estendido dentro de 14 (quatorze) dias, o plano será considerado inativo, e a conta estará sujeita a cobrança.
6. Preferencialmente, todos os planos de pagamento devem ser processados por um fornecedor externo de transferência eletrônica de fundos (electronic Funds Transfer, EFT). No entanto, caso o paciente ou representante familiar expresse o desejo de pagar por meio de um plano de pagamento, sem passar por um fornecedor externo de EFT, o LLUMC buscará acomodar tais solicitações, desde que o paciente pague o plano de pagamento estendido em dinheiro, cheque, por ordem de pagamento ou cartão de crédito.

I. RESOLUÇÃO DE DISPUTAS

1. Caso surja uma disputa a respeito da qualificação do Financial Assistance Program, o paciente deve encaminhar uma apelação de reconsideração por escrito ao LLUMC. A apelação deve conter uma explicação completa da disputa e justificativa do paciente para reconsideração. Toda e qualquer documentação relevante adicional para embasar a reivindicação do paciente deve ser anexada à apelação escrita.
2. Todas e quaisquer apelações serão avaliadas pelo Diretor executivo do Patient Business Office. O Diretor executivo deverá considerar todas as declarações escritas da disputa e qualquer documentação anexada. Após concluir uma avaliação das reivindicações do paciente, o Diretor executivo fornecerá a ele uma explicação por escrito das constatações e da determinação. Todas as determinações do Diretor executivo têm caráter definitivo. Não haverá apelações adicionais.

J. AVISO PÚBLICO

1. O LLUMC publicará avisos informando ao público a FAP, o FAA, o Resumo de Linguagem Simples (Plain Language Summary) e a Política de Faturamento e Cobrança (Billing and Collection Policy). Tais avisos serão publicados em áreas de atendimento ambulatorial e de internação de grande movimentação do LLUMC, incluindo, sem limitação, departamento de emergência, escritório de cobrança, áreas de registro ambulatorial e de internação de pacientes ou outras áreas de espera comuns para pacientes no LLUMC. Os avisos também serão publicados em qualquer local onde pacientes realizem o pagamento de suas contas. Os avisos incluirão informações de contato sobre como um paciente pode obter mais informações sobre assistência financeira, bem como onde solicitar tal assistência.

1.1 Esses avisos serão publicados em inglês e espanhol e em quaisquer outros idiomas, conforme exigido pela seção 501(r) do IRC.

2. Além disso, a Política de Assistência Financeira, o Pedido de Assistência Financeira, o Resumo de Linguagem Simples e a Política de Cobranças e Faturamento estarão disponíveis on-line em <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.

3. Cópias em papel dos documentos mencionados acima estarão disponíveis ao público mediante solicitação e gratuitamente. O LLUMC responderá a tais solicitações em momento oportuno.

K. RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE CARIDADE TOTAL E PAGAMENTO COM DESCONTO

1. O LLUMC irá reportar o real atendimento de caridade prestado de acordo com estes requisitos regulatórios do Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD), conforme contidos na segunda edição do Manual contábil e de relatórios para hospitais (Accounting and Reporting Manual for Hospitals). Para cumprir a regulamentação, o LLUMC manterá documentação escrita com relação aos seus critérios para atendimento de caridade; no caso de pacientes individuais, o LLUMC manterá uma documentação escrita relacionada a todas as determinações de atendimento de caridade. Conforme exigido pelo OSHPD, o atendimento de caridade prestado aos pacientes será registrado com base nas cobranças reais pelos serviços prestados.

2. O LLUMC fornecerá ao OSHPD uma cópia desta FAP que inclui, em um único documento, as políticas de atendimento de caridade total e pagamento com desconto. A FAP também contém: 1) todos os procedimentos de elegibilidade e qualificação de pacientes; 2) o pedido unificado para atendimento de caridade total e pagamento com desconto; e 3) o processo de avaliação tanto para atendimento de caridade total quanto para pagamento com desconto. Esses documentos podem ser fornecidos ao OSHPD a cada dois anos ou sempre que houver uma mudança significativa.

L. OUTROS

CATEGORIA: FINANÇAS

CÓDIGO: C-22

PÁGINA: 16 de 16

ASSUNTO: ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

1. Confidencialidade - Reconhece-se que a necessidade de assistência financeira é sigilosa e uma questão profundamente pessoal dos destinatários. A confidencialidade de solicitações, informações e financiamento será mantida para todos aqueles que buscarem ou receberem assistência financeira. A orientação e a seleção da equipe que implementará esta política deve ser orientada por esses valores.
2. Requisitos de boa-fé - O LLUMC provê, de boa-fé, assistência financeira para pacientes qualificados e conta com o fato de que as informações apresentadas pelo paciente ou representante familiar são completas e precisas. O fornecimento de assistência financeira não elimina o direito de cobrar, seja retrospectivamente ou no momento do atendimento, por todos os serviços nos casos em que informações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas tiverem sido fornecidas pelo paciente ou representante familiar. Ademais, o LLUMC se reserva o direito de buscar todos os recursos, civis e criminais, contra aqueles pacientes ou representantes familiares que tiverem fornecido informações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas a fim de se qualificar para a FAP do LLUMC.
3. Política de Crédito e Cobrança (Credit and Collection Policy) - O LLUMC estabeleceu uma Política de Cobranças e Faturamento que está disponível on-line em <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>. Todas as ações que o LLUMC realizar na obtenção de informações de crédito relacionadas a um paciente/parte responsável ou ao encaminhamento de um paciente/parte responsável para uma agência de cobrança externa deverão ser consistentes com a Credit and Collection Policy.

APROVADO POR: Hospital Executive Leadership, LLUMC Board, LLUMC Chief Executive Officer, LLUMC Senior Vice President of Finance, Carolyn Marovitch