

**Cambridge Health Alliance:**

**Política de Faturamento e Cobranças**

1 de abril de 2025

**Cambridge Health Alliance:**  
**Política de Faturamento e Cobranças**

**Índice**

|   |   |
|---|---|
| Índice da Política de Faturamento e Cobranças do Hospital                             | 1 |
| I. Coleta de Informações Sobre Recursos Financeiros do Paciente e Cobertura de Seguro | 2 |
| II. Práticas de Faturamento e Cobrança do Hospital                                    | 5 |
| III. Populações Isentas de Atividades de Cobrança                                     | 6 |
| IV. Ações Extraordinárias de Cobrança   | 7 |
| V. Agências de Cobrança Externas  | 8 |
| VI. Depósitos e Planos de Parcelamento  | 9 |

## **Política de Faturamento e Cobrança do Hospital**

O hospital tem responsabilidade fiduciária de garantir todas as possíveis fontes de reembolso para serviços que tenha fornecido, e trabalhará com cada paciente para obter informações pessoais e financeiras essenciais antes do fornecimento de qualquer serviço de cuidados de saúde, exceto em situações em que os serviços estejam sendo fornecidos a um paciente em que foi determinado que estava tendo um problema de saúde de emergência ou precisando de serviços médicos de urgência.

Estas fontes tipicamente incluem, mas não se limitam a seguradores terceiros, programas públicos e privados de assistência para os quais o paciente ou organização sejam elegíveis, e o paciente. Serviços de assistência financeira estão disponíveis para pacientes sem seguro de saúde, bem como pacientes com seguro baixo, que precisem de suporte para determinar sua habilidade de pagar pelos serviços. Informações pessoais e financeiras de qualquer paciente ou familiar serão estritamente mantidas e protegidas pelo hospital de acordo com todas as leis federais ou estaduais aplicáveis relacionadas a privacidade, segurança e roubos de ID. O hospital usa os seguintes critérios para propósito de faturamento e cobrança dos pacientes:

### **I. Obtenção de Informações Sobre Recursos Financeiros e Cobertura de Seguro dos Pacientes**

- A. O paciente é obrigado a fornecer informações atuais e precisas sobre suas características demográficas mais recentes, status de seguro, mudanças na renda familiar ou apólice de cobertura em grupo (se tiver alguma). Além disso, caso saiba, informações sobre dedutíveis ou copagamentos que sejam requeridos por seu programa financeiro ou seguro aplicável. A informação detalhada de cada item deve incluir, mas não será limitada a:
  - 1. Nome completo, endereço, telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se estiver disponível), opções atuais de cobertura por seguro de saúde, informações de cidadania e residência, e recursos financeiros aplicáveis do paciente que podem ser usado para pagar sua conta.
  - 2. Caso seja aplicável, o nome completo do fiador do paciente, endereço, telefone, data de nascimento, número de seguridade social (se estiver disponível), opções atuais de cobertura por seguro de saúde e seus recursos financeiros aplicáveis que podem ser usados para pagar a conta do paciente.
  - 3. Outros recursos que podem ser usados para pagar a conta, incluindo outros programas de seguro, apólices de seguro residencial ou de veículos motores quando os serviços tenham sido fornecidos por causa de um acidente, programas trabalhistas de compensação, apólices de seguro estudantil e qualquer outra renda familiar como heranças, presentes, ou distribuições de um fundo disponível, entre outros.

- B. O paciente é responsável por acompanhar suas contas de hospital que não foram pagas, incluindo qualquer copagamento ou coparticipação de seguro existente, além de dedutíveis. Deve contactar o hospital caso precise de assistência para pagar parte ou o total do seu saldo restante.
- C. O paciente é responsável por informar sua seguradora atual de saúde (caso tenha), ou a agência do estado que determina o status de elegibilidade do paciente em um programa público, sobre qualquer mudança na renda familiar ou status de seguro. O hospital também pode ajudar o paciente a atualizar sua elegibilidade a um programa público no caso de qualquer alteração na renda familiar ou status de seguro, desde que o paciente informe ao hospital sobre qualquer mudança no status de elegibilidade do paciente.
- D. O hospital trabalhará com o paciente para garantir que ele saiba de sua responsabilidade em notificar o hospital e o programa aplicável do qual está recebendo assistência (como MassHealth, Connector, Health Safety Net, ou Medical Hardship), sobre qualquer informação relacionada a mudanças na renda familiar, ou caso sejam parte de uma solicitação ao seguro que possa cobrir o custo dos serviços fornecidos pelo hospital.
- E. Caso um terceiro como, mas não limitado a, seguro residencial ou automotivo, seja responsável por cobrir o custo dos cuidados devido a um acidente ou outro incidente, o paciente irá trabalhar com o hospital ou o programa aplicável (incluindo, mas não limitado a, MassHealth, Connector, ou Health Safety Net) para atribuir o direito de recuperar a quantia paga ou não paga por esses serviços.
- F. O hospital fará todos os esforços diligentes e razoáveis para coletar informações de seguro de saúde e outras informações do paciente de modo a verificar a cobertura para serviços de cuidados de saúde a serem fornecidos pelo hospital.
  - 1. A obtenção de informações pessoais ou financeiras de pacientes que estiverem sendo tratados para um problema médico de emergência ou que precisem de cuidados urgentes será adiada até que o tratamento tenha sido prestado.
  - 2. Podem ocorrer esforços durante uma consulta marcada, durante o registro presencial inicial do paciente no local do hospital para um serviço, ou em outros momentos.
  - 3. Os pacientes não receberão notificações do hospital a respeito de disponibilidade de opções de cobertura através de programas públicos de assistência (incluindo cobertura através do MassHealth, o programa premium de assistência a pagamentos operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o Health Safety Net, ou o Medical Hardship) sobre os documentos de faturamento enviados aos pacientes ou ao fiador do paciente após o fornecimento dos serviços.

4. O hospital também executará sua devida diligência através de sistemas de verificação financeira públicos ou privados para determinar o status de elegibilidade para cobertura pública ou privada de seguro de saúde. O hospital tentará coletar essas informações antes do fornecimento de serviços de saúde que não sejam de urgência ou emergência.
5. Os esforços de diligência devida do hospital incluem, mas não são limitados a, solicitar informações sobre o status de seguro do paciente, conferir bases de dados públicas ou privadas de seguro, seguir as regras de faturamento e autorização, e à medida que for apropriado, apelar contra uma solicitação negada, quando o serviço for pagável por completo ou em partes por uma empresa de seguro terceirizada que possa ser responsável pelos custos do tratamento recente do paciente.
6. Quando a equipe de registro do hospital for informada pelo paciente sobre mudanças na sua renda familiar ou status de seguro, incluindo qualquer processo ou solicitação de seguro que possa cobrir os custos dos serviços fornecidos pelo hospital, eles trabalharão com o paciente para garantir que as informações relevantes sejam comunicadas aos programas públicos apropriados.
7. Caso o paciente, guardião ou garantidor seja incapaz de fornecer as informações necessárias, e o paciente fornecer consentimento, o hospital fará esforços razoáveis para entrar em contato com parentes, amigos, fiadores/guardiões e/ou outros terceiros apropriados, de modo a obter informações adicionais.
8. Os esforços razoáveis e de diligência devida do hospital para investigar se o seguro de um terceiro ou outros recursos podem ser responsáveis pelo custo dos serviços fornecidos pelo hospital deve incluir, mas não ser limitados a: determinar do paciente se há uma apólice aplicável para cobrir o custo das solicitações, incluindo, mas não limitado a:
  - a) política de responsabilização de seguros para veículos motores ou residências
  - b) política de proteção contra acidentes em geral ou lesões pessoais
  - c) políticas de compensação trabalhista
  - d) políticas de seguro de saúde de estudantes
9. Caso o hospital seja capaz de identificar um terceiro responsabilizável, ou tenha recebido um pagamento de um terceiro ou outra fonte (incluindo de um segurador privado ou outro programa público), o hospital irá reportar o pagamento ao programa aplicável e compensá-lo, caso seja aplicável através dos requerimentos de processamento de solicitações do programa, contra qualquer solicitação que possa ter sido paga por um terceiro ou outra fonte. Para programas públicos de assistência do estado que já

pagaram pelo custo dos serviços, o hospital não é obrigado a garantir a missão de direito do paciente a respeito da cobertura de serviços por um terceiro. Nesses casos, o paciente deve saber que o programa estadual aplicável pode tentar buscar atribuir os custos dos serviços fornecidos aos pacientes.

## II. Práticas de Faturamento e Cobrança do Hospital

- A. O hospital tem um processo uniforme e consistente para coletar as informações necessárias para a submissão de requerimentos e faturamentos, independentemente do status de seguro do paciente. Especificamente, quando o paciente tem um saldo atual não-pago relacionado a serviços não cobertos por uma opção de cobertura pública ou privada, o hospital adotará os seguintes procedimentos razoáveis de faturamento/cobrança, que incluem:
1. Uma conta inicial (extrato) enviado ao paciente ou à parte responsável pelas obrigações pessoais financeiras do paciente. A conta inicial incluirá informações sobre a disponibilidade de assistência financeira (incluindo, mas não limitada ao MassHealth, o plano premium de assistência a pagamentos operado pelo Health Connector, pelo Children's Medical Security Program, pelo Health Safety Net e pelo Medical Hardship) para cobrir os custos da conta do hospital.
  2. Comunicações subsequentes incluindo faturamentos (extratos), ligações telefônicas, cartas de cobrança, avisos de contato pessoal, notificações de computador, ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno de entrar em contato com a parte responsável pela conta que não foi paga, e inclui informações sobre como o paciente pode entrar em contato com o hospital para obter assistência financeira;
  3. A documentação de esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação financeira, ou seu endereço correto de correspondência em contas ou declarações retornados pelo serviço postal por motivos como "endereço incorreto" ou "não entregue";
  4. Para pacientes sem nenhuma cobertura de seguro, o hospital enviará uma notificação final através de correspondência certificada para aqueles pacientes sem seguro que tenham conta maior do que \$1000, relativos somente a serviços de urgência ou emergência. Ou ainda aqueles em que a notificação não retornou como "endereço incorreto" ou "não entregue", também notificando o paciente sobre a disponibilidade de assistência financeira na comunicação;

5. A documentação da ação contínua de faturamento ou cobrança feita por 120 dias a partir da data do serviço é mantida e ficará disponível para demonstrar a conformidade com todos os programas estaduais/federais aplicáveis de modo a verificar esses esforços; e
6. Conferir o Massachusetts Eligibility Verification System (EVS) para garantir que o paciente não seja um Paciente de Baixa Renda e não tenha submetido uma solicitação de cobertura para a MassHealth, o programa premium de pagamento de assistência operado pela Health Connector, o Children's Medical Security Program, o Health Safety Net, ou o Medical Hardship, antes de submeter solicitações para o Health Safety Net Office para a cobertura de débitos ruins.
7. Para todos os pacientes cadastrados em programas públicos de assistência, o hospital somente poderá cobrar esses pacientes por seu copagamento, coparticipação ou dedutível específico, que esteja descrito nas regulamentações estaduais aplicáveis e que podem ser ainda indicados no sistema estadual Medicaid Management Information System.
8. O hospital, quando houver solicitação do paciente e com base na revisão interna do status financeiro de cada paciente, pode oferecer ao paciente um desconto adicional aplicado de maneira uniforme aos pacientes, e que leva em consideração a situação financeira documentada do paciente e a incapacidade do paciente em fazer o pagamento após ações razoáveis de cobrança. Qualquer desconto fornecido pelo hospital é consistente com requerimentos federais e estaduais, e não influencia o paciente a receber serviços do hospital.

### **III. Populações Isentas de Atividades de Cobrança**

- A. De acordo com as regulamentações e políticas do estado, pacientes inscritos nos seguintes programas de seguro de saúde público serão isentos das cobranças, sujeitos às exceções descritas abaixo. Esses programas públicos de seguro saúde incluem, mas não são limitados a:
  1. MassHealth
  2. Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC)
  3. Children's Medical Security Plan (CMSP) MAGI income  $\leq$  300% FPL)
  4. Os Pacientes de Baixa Renda, conforme determinado pelo MassHealth e Health Safety Net, incluindo a renda MAGI Household ou a renda Medical Hardship Family Countable Income entre 150.1 e 300% do FPL
  5. Medical Hardship

- B. O hospital pode buscar fazer uma ação de cobrança contra qualquer paciente cadastrado nos programas mencionados acima para obter seus copagamentos requeridos e dedutíveis que forem apresentados por cada programa específico;
- C. O hospital também pode iniciar o faturamento ou cobrança de um paciente que alegue participar de um programa de assistência financeira que cubra os custos dos serviços do hospital, mas não forneça prova dessa participação. Ao receber prova satisfatória de que o paciente está participando de um programa de assistência financeira, (incluindo recibo ou verificação da aplicação assinada), o hospital deve cessar suas atividades de faturamento ou cobrança;
- D. O hospital poderá continuar ações de cobrança de qualquer Paciente de Baixa Renda para serviços fornecidos antes da determinação de Paciente de Baixa Renda, desde que o status atual de Paciente de Baixa Renda tenha terminado, expirado ou não identificado de outra forma no Eligibility Verification System do estado ou no Medicaid Management Information System. Porém, quando for determinado que o paciente é elegível e está cadastrado na MassHealth, no Premium Assistance Payment Program operado pela Health Connector, no Children's Medical Security Plan, ou no Medical Hardship, o hospital irá encerrar as atividades de cobrança para os serviços (com a exceção de qualquer copagamento ou dedutível) fornecido antes do início da sua elegibilidade.
- E. O hospital poderá buscar ações de cobrança contra qualquer paciente participante dos programas listados acima para serviços não cobertos que o paciente concordou em ser responsável por, desde que o hospital tenha obtido consentimento prévio por escrito do paciente, para ser cobrado por aquele serviço. Porém, até mesmo nessas circunstâncias, o hospital não deve cobrar o paciente para reivindicações relacionadas a erros médicos ou reinvidicações negadas pelo segurador primário do paciente devido a um erro administrativo ou de cobrança.

#### IV. **Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs)**

- A. O hospital **NÃO** usa qualquer Ação Extraordinária de Cobrança (ECAs) conforme definição da IRS na Section 501(c)(3) como ações tomadas por uma unidade hospitalar contra um indivíduo relacionada a obter pagamento para uma conta de cuidados médicos coberta pelo Financial Assistance Plan (FAP) da unidade hospitalar.
- B. Especificamente, o hospital **NÃO** irá:
  - 1. vender a dívida de uma pessoa para um terceiro;
  - 2. reportar informações adversas sobre um indivíduo para agências de avaliação de crédito dos consumidores ou departamentos de crédito (coletivamente chamadas de "agências de crédito");
  - 3. adiar ou negar, ou solicitar pagamento antes de fornecer cuidados médicos necessários, por causa do não-pagamento prévio pelo indivíduo de uma ou

mais contas por cuidados previamente fornecidos, cobertos pela FAP da unidade do hospital;

4. Fazer penhora da propriedade de um indivíduo;
  5. Encerrar um bem imobiliário do indivíduo;
  6. Atribuir ou apoderar-se de contas bancárias do indivíduo ou qualquer outra propriedade pessoal;
  7. Iniciar uma ação civil contra o indivíduo;
  8. Causar a prisão do indivíduo;
  9. Fazer com que um indivíduo seja submetido a um mandado de captura;
  10. Coletar o salário do indivíduo;
- C. Um requerimento feito por um hospital em qualquer processo de falência não é um ECA.
- D. Uma penhora determinada em procedimentos de resolução de um julgamento, litígio ou acordo atribuído a um indivíduo (ou seu ou sua representante) como resultado de danos pessoais causados por um terceiro para o qual o hospital forneceu cuidados não é um ECA.
- E. Embora o hospital evite usar ações extraordinárias de cobrança contra pacientes, o hospital pode utilizar serviços de agências de crédito para identificar o score de crédito de um paciente, de modo a determinar a habilidade daquele paciente em cumprir com suas obrigações financeiras.
- F. O hospital e seus agentes não devem continuar esforços de cobrança ou faturamento relacionados a um paciente que é membro de um processo de falência, exceto para garantir seus direitos como credor na ordem apropriada (atitudes similares também podem ser tomadas por um programa público de assistência aplicável que tenha pago por serviços). O hospital e seus agentes não cobrarão juros sobre contas atrasadas para Pacientes de Baixa Renda.
- G. O hospital mantém a adequação a requerimentos aplicáveis de faturamento e segue os requerimentos estaduais e nacionais aplicáveis relacionados ao não pagamento para serviços específicos que forem resultado de, ou diretamente relacionados a, um Evento Reportável Sério (SRE), a correção de um SRE, uma complicação subsequente decorrente de um SRE, ou uma readmissão para o mesmo hospital para serviços associados ao SRE. Os SREs que não ocorrerem no hospital estão excluídos dessa determinação de não-pagamento, desde que a instalação de tratamento e a instalação responsável pelo SRE não tenham donos em comum ou uma origem corporativa superior em comum.
- H. O hospital também não solicita pagamentos de Pacientes de Baixa Renda através do programa Health Safety Net, para o qual os requerimentos foram inicialmente negados por um programa de seguro de saúde devido a um erro administrativo de cobrança pelo hospital.

## V. Agências Externas de Cobrança

- A. O hospital pode contratar uma agência externa de cobrança para ajudar na cobrança de determinadas contas, incluindo quantias de responsabilidade do paciente não resolvidas após 120 dias de ações contínuas de cobrança. Todas as agências de cobrança externas contratadas pelo hospital fornecerão ao paciente uma oportunidade de contestar seu saldo devedor ou registrar uma reclamação, que será resolvido de maneira colaborativa com a liderança financeira de pacientes do hospital. O hospital requer que qualquer agência externa de cobrança esteja de acordo com todos os requerimentos federais e estaduais de cobrança justa de dívidas.

## VI. Depósitos e Planos de Parcelamento

- A. De acordo com as regulamentações do Massachusetts Health Safety Net relativo a pacientes que sejam: (1) determinados como “Pacientes de Baixa Renda” ou (2) qualifiquem para o Medical Hardship, o hospital irá fornecer ao paciente as informações sobre depósitos e planos de pagamento com base na situação financeira documentada do paciente.
1. **Serviços de emergência:** o hospital não requer depósitos pré-admissão e ou/pre-tratamento de pacientes que requerem Serviços em Nível de Emergência ou determinados como Pacientes de Baixa Renda.
  2. **Pacientes de Baixa Renda:** o hospital não solicita depósitos de pacientes considerados Pacientes de Baixa Renda.
  3. **Pacientes Medical Hardship:** o hospital não solicita depósitos de pacientes elegíveis para o Medical Hardship.
  4. **Planos de Pagamento Para Pacientes de Baixa Renda de acordo com o Massachusetts Health Safety Net Program:** o hospital não restringe planos de pagamento para Pacientes de Baixa Renda.
  5. **Dedução Única CommonHealth:** através de requisição do paciente, o hospital poderá cobrar um Paciente de Baixa Renda de modo a permitir que o paciente atinja o valor de Dedução Única CommonHealth.
  6. **Planos de pagamento para Pacientes de Baixa Renda Parcial do HSN Partial Low Income Patients relativos ao Massachusetts Health Safety Net Program, para serviços fornecidos em um Centro de Saúde Licenciado pelo Hospital:**

- a) A CHA cobra o valor total do serviço do pagamento da HSN net para cada visita.
- b) A opção de pagamento 20% dedutível não é oferecida aos pacientes HSN de baixa renda parcial.