



Assistência financeira

Política e procedimento nº	24817
Manual de política	Administrativa
Tipo	Política e Procedimento
Proprietário do documento	Natalie Silva
Data de entrada em vigor	21/10/2016
Data da próxima revisão	21/10/2019
Escopo de aplicação (Aplica-se a)	Unidades de atendimento a pacientes agudos do CMC
Aprovado por / Data de aprovação	Serviços Jurídicos CMC (A): 12/08/2016 11:31 hora do Pacífico Joe Nowicki, VP Sênior/Diretor Financeiro: 24/08/2016 08:39 hora do Pacífico Patrick Rafferty, Diretor de Operações Corporativas: 29/08/2016 13:38 hora do Pacífico Tim Joslin, CEO [Executivo principal]: 30/08/2016 09:55 hora do Pacífico Finanças e Planejamento (A): 21/10/2016 10:14 hora do Pacífico
Status / Revisão nº	Oficial (Rev. 0)
Encaminhado por	Michele Earnhart

I. PROPÓSITO

- A. Definir as formas de assistência financeira disponíveis para os pacientes.
- B. Descrever os critérios de elegibilidade a cada forma de assistência financeira.
- C. Estabelecer o procedimento a ser seguido pelos pacientes para solicitar assistência financeira.
- D. Estabelecer o processo que o hospital seguirá para analisar as petições de assistência financeira.
- E. Fornecer elementos para uma revisão em caso de conflito acerca de uma determinada assistência financeira.
- F. Fornecer diretrizes contábeis e administrativas para ajudar a identificar, classificar e relatar a assistência financeira.
- G. Estabelecer o processo a ser seguido pelos pacientes para solicitar uma estimativa de sua responsabilidade financeira pelos serviços e o processo a ser seguido pelo hospital para fornecer tais estimativas aos pacientes.

II. DEFINIÇÕES

- A. **Assistência financeira:** O termo “assistência financeira” engloba cuidados caritativos total ou parcialmente gratuitos, cuidados caritativos para procedimentos médicos de alto custo e cuidados caritativos em circunstâncias especiais. Esta política define as diretrizes para se determinar quando a assistência financeira deverá ser prestada ao paciente.
- B. **Pacientes sem cobertura de seguro-saúde:** Um paciente não coberto por seguro-saúde é aquele que não tem uma fonte de pagamento de qualquer parte de suas despesas médicas, incluindo, sem limitação a seguro-saúde comercial ou outro, programas de benefícios de saúde mantidos pelo governo ou seguro de responsabilidade de terceiros, ou cujos benefícios de seguro tenham expirado antes da internação.
- C. **Pacientes com cobertura de seguro-saúde:** Um paciente coberto por seguro-saúde é aquele que tem um fonte de pagamento de uma parte das suas despesas médicas, representada por um terceiro.

- D. **Serviço(s) coberto(s)**: Os serviços cobertos pela assistência beneficente total ou parcial, assistência beneficente para procedimentos médicos de alto custo e assistência beneficente em circunstâncias especiais são os atendimentos de emergência e outros necessários do ponto de vista médico, prestados pelo Centro Médico da Comunidade (CMC). Bens e serviços para tratamentos cosméticos, eletivos ou de medicina experimental não são candidatos a assistência financeira no âmbito desta política.
- E. **Assistência beneficente total**: Assistência beneficente total significa a isenção total de custos do CMC, sem desconto, para os serviços cobertos. A assistência beneficente total está disponível para pacientes que:
1. Tenham renda familiar 350% ou menos do mais recente valor do nível federal de pobreza (sigla em inglês, "FPL"); e
 2. Não tenham seguro-saúde, conforme definido acima.
- F. **Assistência beneficente parcial**: Assistência beneficente parcial significa uma isenção parcial dos custos do CMC, sem desconto, para os serviços cobertos, e está disponível para pacientes:
1. Que tenham renda familiar entre 351 e 400% do FPL.
 2. Que não tenham seguro-saúde, conforme definido acima.
 3. Para quem o Diretor Financeiro ou seu substituto designado tenha determinado a aplicação do desconto.
 4. O CMC limitará os pagamentos esperados pelos serviços hospitalares ao custo do Grupo de Diagnósticos do Medicare para os serviços cobertos que forem prestados (ou o valor máximo que o CMC esperaria, de boa-fé, receber de um programa do governo do qual participasse), ou a um valor determinado, com desconto, para serviços sem um Grupo de Diagnósticos estabelecido no Medicare, desde que tais serviços já não tenham desconto.
 5. Para pacientes ambulatoriais, o CMC limitará os pagamentos esperados ao valor da tabela do Medicare, ou, quando não existir esse valor, ao custo sem desconto do CMC multiplicado pelo fator de proporção entre o custo do CMC e o valor pago pelo Medicare.
- G. **Assistência beneficente em circunstâncias especiais**: A assistência beneficente em circunstâncias especiais permite que pacientes sem seguro-saúde, que não preencham os critérios para receber assistência financeira ou não possam seguir os procedimentos hospitalares especificados, recebam um desconto total ou parcial dos custos hospitalares dos serviços cobertos, mediante aprovação do Diretor Financeiro do CMC ou seu substituto designado. O hospital precisa documentar a decisão, incluindo as razões pelas quais o paciente não preenche os critérios regulares para receber assistência financeira. Segue uma lista, não exaustiva, com exemplos de situações que podem qualificar a pessoa para receber assistência beneficente em circunstâncias especiais.
1. **Falência**: Pacientes que estejam em falência ou tenham recentemente concluído um processo de concordata.
 2. **Pacientes sem teto**: Pacientes atendidos na emergência sem fonte pagadora e que não tenham emprego, endereço de correspondência, residência ou seguro.
 3. **Pacientes falecidos**: Pacientes falecidos sem seguro, sem bens ou cobertura por terceiros.
 4. **Recusa de serviços Medicare**: Pacientes Medicare elegíveis por nível de renda podem solicitar assistência financeira para internações negadas, dias de atendimento recusados e serviços não cobertos. Não será possível prestar assistência financeira aos pacientes para compartilhar custos com o Medicare.
 5. **Recusa de serviços Medi-Cal**: Pacientes Medi-Cal elegíveis por nível de renda podem solicitar assistência financeira para internações negadas, dias de atendimento recusados e serviços não cobertos. Não será possível prestar assistência financeira aos pacientes para compartilhar custos com o Medi-Cal. Pessoas elegíveis a programas como Medi-Cal, porém cuja situação de elegibilidade não seja estabelecida para o período no qual foram prestados os serviços médicos podem solicitar assistência financeira.

- H. **Assistência beneficente para procedimentos médicos de alto custo (pacientes com seguro-saúde)**: Assistência beneficente para procedimentos médicos de alto custo significa a isenção total da parte que cabe ao paciente nos custos dos serviços cobertos. Esse desconto está disponível para pacientes que preencham os seguintes critérios:
 - 1. Possuir seguro-saúde.
 - 2. Renda familiar menor que 350% do FPL, e
 - 3. Despesas médicas próprias ou da família com os serviços cobertos (incorridas no CMC ou pagas a outros prestadores nos últimos 12 meses) que excedam 10% da renda familiar.
- I. **Médico da emergência**: O médico da emergência é aquele que presta atendimento médico emergencial em um hospital.
- J. **Nível federal de pobreza (FPL)**: O FPL é o nível de renda publicado anualmente pelo órgão responsável pela saúde nos Estados Unidos (HHS - Department of Health and Human Services) e que serve de base para que o CMC determine a elegibilidade à assistência financeira.
- K. **Custos de responsabilidade do paciente**: Quantia que um paciente que tem seguro-saúde deve pagar, por conta própria, depois que o agente pagador determinou o valor coberto pelos benefícios.
- L. **Família do paciente**: A família do paciente será composta da seguinte maneira:
 - 1. **Pacientes adultos**: No caso de pacientes com 18 anos de idade ou mais, a família do paciente inclui o cônjuge, parceiro(a) e filhos dependentes com menos de 21 anos, que vivam ou não com os pais.
 - 2. **Pacientes menores**: No caso de pacientes com menos de 18 anos de idade, a família do paciente inclui os pais, familiares responsáveis e outros filhos com menos de 21 anos dos pais ou familiares responsáveis.
- M. **Infrator**: Um infrator é alguém que comete um ato ilícito (civil), intencionalmente ou por negligência.

III. POLÍTICA

- A. Nos termos desta política, o CMC prestará assistência financeira, na forma de serviços médicos gratuitos ou com desconto, a pacientes do CMC elegíveis que:
 - 1. Sejam de baixa renda, sem seguro-saúde.
 - 2. Sejam de baixa renda, com seguro-saúde e altos custos médicos.
 - 3. Estejam sob circunstâncias especiais.
- B. Nos termos desta política, o CMC fornecerá aos pacientes de baixa renda sem seguro-saúde e aos pacientes de baixa renda com seguro-saúde e altos custos médicos as informações exigidas por lei sobre os custos estimados dos serviços a serem cobertos pelos pacientes e sobre a disponibilidade de assistência financeira e descontos.
- C. Esta política se aplica aos hospitais licenciados pelo CMC. Salvo menção contrária, esta política não se aplica a médicos ou outros prestadores de serviços médicos cujos serviços não sejam incluídos na fatura do CMC. Na Califórnia, um médico da emergência, que presta atendimento emergencial em um hospital, precisa dar descontos a pacientes sem seguro-saúde ou pacientes com altos custos médicos que estejam no nível de 350% ou menos do FPL. Médicos especialistas que sejam chamados à Emergência do CMC ou que tenham acordos privilegiados com o CMC fora da Emergência não são médicos da emergência.

IV. PROCEDIMENTO

- A. Elegibilidade
 - 1. Critérios de elegibilidade: Durante o processo de solicitação de assistência financeira, o CMC aplicará os seguintes critérios de elegibilidade:

Categoria da assistência financeira	Critérios de elegibilidade do paciente	Desconto disponível
Assistência beneficente total	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente não possui seguro-saúde; 2. Paciente tem renda familiar 350% ou menos do mais recente FPL. 	Isenção total de custos do CMC, sem desconto, para os serviços cobertos.
Assistência beneficente parcial	<ol style="list-style-type: none"> 3. Paciente não possui seguro-saúde; 4. Paciente tem renda familiar de 351-400% do mais recente FPL. 	<p>Isenção parcial de custos do CMC, sem desconto, para os serviços cobertos.</p> <p>Serviços para pacientes hospitalizados: O CMC limitará os pagamentos esperados pelos serviços hospitalares ao custo do Grupo de Diagnósticos do Medicare para os serviços cobertos que forem prestados (ou o valor máximo que o CMC esperaria, de boa-fé, receber de um programa do governo do qual participasse), ou a um valor determinado, com desconto, para serviços sem um Grupo de Diagnósticos estabelecido no Medicare.</p> <p>Serviços ambulatoriais: O CMC limitará os pagamentos esperados ao valor da tabela do Medicare, ou, quando não existir esse valor, à proporção entre o custo e valor cobrado pelo CMC ao Medicare.</p>
Assistência beneficente para procedimentos médicos de alto custo (pacientes com seguro-saúde)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Paciente possui seguro-saúde; 6. Paciente tem renda familiar 350% ou menos do mais recente FPL; 7. Despesas médicas do paciente ou da família (incorridas no CMC ou pagas a outros prestadores nos últimos 	Isenção total da parte que cabe ao paciente nos custos dos serviços cobertos.

	12 meses) excedem 10% da renda familiar.	
Assistência beneficente em circunstâncias especiais	8. Paciente não possui seguro-saúde ou seu seguro é insuficiente; 9. Não preenche os critérios para assistência financeira; 10. Existem circunstâncias especiais; 11. O Diretor Financeiro ou seu substituto designado aprovou o desconto; 12. O CMC documenta a decisão, incluindo as razões pelas quais o paciente não preenche os critérios regulares para receber assistência financeira.	Isenção parcial ou total de custos hospitalares, sem desconto, para os serviços cobertos.

2. Cálculo da renda familiar: Para determinar se um paciente é elegível a assistência financeira, o CMC calcula, inicialmente, a renda familiar do paciente, do seguinte modo:
 - a. Comprovação de renda familiar: Os pacientes só precisarão apresentar holerites ou declarações de imposto de renda recentes como comprovantes de renda. A renda familiar do paciente é o montante anual de ganhos de todos os membros da família do paciente, nos últimos 12 meses ou no ano fiscal anterior, comprovados por holerites ou declarações de imposto de renda recentes, subtraídos os pagamentos de pensão alimentícia e manutenção de filhos.
 - b. Cálculo da renda familiar de pacientes falecidos: Pacientes falecidos sem cônjuge sobrevivente poderão ser considerados como tendo renda nula para fins de cálculo da renda familiar. Não se exige documentação de renda de pacientes falecidos, mas poderá ser solicitada a documentação relativa aos bens. O cônjuge que sobreviveu a um paciente falecido pode solicitar assistência financeira.
3. Cálculo da renda familiar como percentual do FPL: Depois de determinar a renda familiar do paciente, o CMC calculará o nível de renda familiar comparado ao FPL, expresso como percentual do FPL. Por exemplo, se o FPL para uma família de três pessoas é \$20,000 (vinte mil dólares) e a renda familiar do paciente é \$60,000 (sessenta mil dólares), a renda familiar do paciente será 300% do FPL. Esse cálculo será usado para determinar se o paciente preenche os critérios de assistência financeira.
4. Exclusões/desqualificação para assistência financeira: As circunstâncias a seguir não permitem a concessão de assistência financeira nos termos desta política:
 - Pacientes Medi-Cal com custo compartilhado: Pacientes Medi-Cal responsáveis por uma parte dos custos não podem solicitar assistência financeira para reduzir essa quantia devida. O CMC cobrará esse valor aos pacientes.
 - a. Paciente recusa os serviços cobertos: Não poderá solicitar assistência financeira o paciente que tenha seguro-saúde e decida optar por serviços

não cobertos pelo seu plano (como um paciente de medicina de grupo que busca atendimento fora da rede de serviços do CMC, ou um paciente que recusa transferência do CMC para uma unidade da rede).

- b. Paciente com seguro-saúde que não coopera com o agente pagador: Não poderá solicitar assistência financeira o paciente que tenha seguro-saúde e cujo plano se recusou a pagar os serviços porque o paciente não prestou as informações necessárias ao agente pagador para determinar a responsabilidade deste no pagamento.
- c. Agente pagador paga diretamente ao paciente: Não poderá solicitar assistência financeira o paciente que receber pagamento dos serviços diretamente por indenização, suplementação do Medicare ou outra fonte pagadora.
- d. Falsificação de informações: O CMC poderá recusar assistência financeira a pacientes que falsifiquem informações sobre renda, tamanho da família, ou outras, em sua petição.
- e. Ressarcimentos: Não poderá solicitar assistência financeira o paciente que receber ressarcimento por acordo ou sentença judicial, de um terceiro infrator que tenha causado o dano ao paciente; o paciente deverá usar a quantia ressarcida para quitar o saldo devedor das despesas, se houver.
- f. Serviços profissionais (médicos): Esta política não engloba serviços de médicos como anestesiológicos, radiologistas, internistas, patologistas etc. Exceções podem ser consultadas no Anexo A. Muitos médicos têm suas próprias políticas de assistência que permitem aos pacientes solicitar auxílio integral ou parcial. Recomenda-se que os pacientes consultem diretamente o médico quanto a essas políticas.

B. Processo de solicitação

1. O CMC envidará todos os esforços cabíveis para obter informações do paciente ou seu representante acerca da possibilidade de cobertura total ou parcial por um seguro-saúde público ou privado, dos custos do atendimento prestado pelo CMC ao paciente. Qualquer paciente que comunique, em qualquer momento, sua incapacidade financeira para pagar as despesas hospitalares será avaliado como candidato a assistência financeira. Para se qualificar como paciente sem seguro-saúde, o paciente ou seu avalista deverá confirmar que não tem ciência de qualquer direito seu a seguro ou programa de benefícios do governo que poderia cobrir os custos total ou parcialmente.
2. Todos os pacientes serão incentivados a investigar sua possível elegibilidade a programas governamentais de assistência, se já não o tiverem feito. O CMC providenciará uma requisição para o programa Medi-Cal ou outro custeado pelo governo se o paciente informar que não tem cobertura por terceiro ou solicitar assistência financeira.
3. Os pacientes deverão envidar todos os esforços cabíveis para fornecer ao CMC documentos que comprovem sua renda e cobertura de saúde.
4. Para solicitar assistência financeira, os pacientes deverão usar o formulário padrão do CMC de “**Solicitação de assistência financeira**”.
5. Os pacientes poderão obter ajuda para o preenchimento da solicitação de assistência financeira pessoalmente, nas **unidades do CMC** listadas no Anexo C ou por telefone, ligando para o Departamento de Internações no (559) 459-2998.
6. Cópias em papel do formulário de solicitação de assistência financeira também poderão ser obtidas nas unidades do CMC listadas no Anexo C, por correio ou na página de Internet do CMC (www.communitymedical.org).
7. Os pacientes devem preencher o formulário de solicitação de assistência financeira logo que possível depois de terem recebido tratamento no CMC. Se o formulário não for preenchido e encaminhado dentro de 180 dias da data de alta do paciente, a assistência financeira poderá ser negada.

8. As solicitações de assistência financeira devem ser encaminhadas a: Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715, At.: Solicitação de assistência financeira.
- C. Determinação da assistência financeira
1. O CMC analisará cada solicitação de assistência financeira e concederá a assistência financeira quando o paciente preencher os critérios de elegibilidade descritos acima.
 2. As informações sobre renda ou bens obtidas como parte do processo de avaliação de elegibilidade devem ser mantidas separadas dos arquivos usados para cobrança da dívida e não devem ser levadas em conta no processo de cobrança.
 3. Se o paciente não fornecer documentação comprobatória de renda e/ou da cobertura de seguro-saúde e se o CMC puder decidir, com razoável precisão, na ausência de tal documentação, o CMC deverá determinar a elegibilidade com base nas informações conhecidas. Se o paciente não fornecer as informações razoáveis e necessárias, como por exemplo comprovação de renda e/ou da situação de cobertura de seguro-saúde, o CMC poderá considerar impossível determinar a elegibilidade à assistência financeira.
 4. Os pacientes também podem solicitar assistência programas do governo.
 - O CMC prestará auxílio aos pacientes para determinar se eles são elegíveis a qualquer programa de assistência, governamental ou outro, ou à inscrição em planos de saúde próprios do sistema de benefícios da Califórnia (*California Health Benefit Exchange*) (p.ex. *Covered California*).
 - a. Se o paciente solicitar ou já tiver solicitado assistência de outro programa e estiver aguardando resposta, ao mesmo tempo em que solicita assistência financeira, essa outra solicitação não impedirá que seja considerada a elegibilidade do paciente à assistência financeira.
 5. Todas as solicitações devem ser prontamente analisadas. O CMC concluirá o processo de determinação de elegibilidade dentro de 45 dias a partir do recebimento da solicitação. A solicitação não será considerada completa se faltarem informações sobre seguro-saúde ou outras fontes pagadoras.
 6. Depois que for tomada a decisão sobre uma solicitação de assistência beneficente total, parcial, para procedimentos médicos de alto custo ou em circunstâncias especiais, o solicitante receberá um “**Formulário de notificação**” (Anexo D) informando a decisão do CMC.
 7. Se o paciente for aprovado, nos termos desta política, mas depois do processo inicial de solicitação e aprovação se determinar que o paciente é inelegível por ter uma fonte pagadora, os custos serão novamente lançados no extrato e o CMC acionará essa fonte pagadora para obter pagamento das contas do paciente. Se, posteriormente, foi determinado que a fonte pagadora não é responsável pelo pagamento dos custos do paciente, a elegibilidade do paciente será confirmada sem necessidade de outro formulário de avaliação financeira.
 8. Uma vez determinado que um paciente é elegível a assistência financeira, essa elegibilidade se mantém por um período de seis meses a partir da data de emissão, pelo hospital, da notificação ao paciente. Após um ano, o paciente deverá fazer nova solicitação de assistência financeira.
 9. Se a decisão sobre assistência financeira criar um saldo credor favorável ao paciente, o reembolso desse saldo incluirá juros sobre o pagamento em excesso, computados a partir da data em que o paciente efetuou o pagamento, à taxa oficial (10% ao ano), conforme a seção 127400 do Código de Segurança e Saúde dos EUA, desde que o CMC não seja solicitado a reembolsar um saldo que, somado aos juros, totalize menos de \$5.00 (cinco dólares).
- D. Resolução de conflitos
1. O paciente pode pedir revisão de qualquer decisão do CMC de negar assistência financeira, notificando a área de Serviços Financeiros ao Paciente sobre o motivo do conflito e a compensação pretendida dentro de 30 dias a partir do recebimento da

notificação das circunstâncias que deram origem ao conflito. A comunicação com a área de Serviços Financeiros ao Paciente pode ser verbal, pelo telefone (559) 459-3939, ou escrita, enviando as informações descritas acima por correio para Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715. A área de Serviços Financeiros ao Paciente analisará a contestação do paciente logo que possível e informará o paciente por escrito de qualquer decisão.

E. Informações disponíveis sobre assistência financeira

1. Idiomas: Esta política estará disponível no(s) idioma(s) primário(s) da área de serviços do CMC. Além disso, todas as notificações/comunicações fornecidas nesta seção estarão disponíveis no(s) idioma(s) primário(s) da área de serviços do hospital, em conformidade com todas as leis e regulamentos estaduais e federais aplicáveis. Idioma primário da área de serviços do CMC é o idioma falado por pelo menos 1000 pessoas ou 5% (o que for menor) da comunidade servida pelo CMC ou da população que pode vir a ser contatada ou afetada pelo CMC. O CMC poderá usar qualquer método razoável para determinar o percentual ou número de indivíduos com proficiência limitada em inglês na comunidade do CMC ou com probabilidade de serem contatados ou afetados pelo CMC.
2. Informações fornecidas aos pacientes durante a prestação de serviços hospitalares:
 - Pré-internação ou registro: Durante a pré-internação ou registro (ou logo depois, conforme for viável), o CMC fornecerá ao paciente uma cópia da Política de Assistência Financeira resumida em linguagem de fácil compreensão (Anexo E) que contenha informações sobre os direitos do paciente de solicitar uma estimativa de sua responsabilidade financeira pelos serviços, bem como os locais onde o paciente pode buscar ajuda para solicitar a assistência financeira.
 - a. Serviços emergenciais: No caso de serviços emergenciais, o CMC fornecerá ao paciente um resumo da Política de Assistência Financeira, em linguagem de fácil compreensão, logo que for possível após a estabilização do quadro clínico emergencial do paciente ou no momento da alta.
 - b. Requisições fornecidas na alta: No momento da alta, o CMC fornecerá ao paciente uma cópia da [Política de Assistência Financeira](#) (Anexo E), resumida e em linguagem de fácil compreensão, e, ao paciente sem seguro-saúde, os formulários de solicitação para encaminhamento ao Medi-Cal, aos serviços de atendimento infantil da Califórnia (*California Children's Services*) ou a qualquer programa de governo ao qual o paciente possa se candidatar.
3. Informações fornecidas aos pacientes em outros momentos:
 - Informações para contato: Os pacientes poderão contatar o Departamento de Internações do CMC pelo telefone (559) 459-2998 ou procurar pessoalmente os locais listados no Anexo C, a fim de obter informações adicionais sobre assistência financeira e ajuda com o processo de solicitação.
 - a. Faturas: O CMC enviará faturas aos pacientes de acordo com a Política de Faturamento e Cobrança do CMC. As faturas dirigidas aos pacientes incluirão um resumo da Política de Assistência Financeira, em linguagem de fácil compreensão, intitulado “Informações importantes sobre faturamento de despesas para pacientes” (Anexo E), um número de telefone que os pacientes poderão usar para esclarecer dúvidas sobre a assistência financeira, e o endereço da página de Internet onde os pacientes poderão obter outras informações sobre assistência financeira, incluindo a Política de Assistência Financeira, um resumo da política em linguagem de fácil compreensão e o formulário de solicitação de assistência financeira. Um [resumo dos direitos legais do paciente](#) está incluído no Anexo F e também será incluído na fatura final dos serviços ao paciente.
 - b. Mediante solicitação: O CMC fornecerá aos pacientes cópias impressas da Política de Assistência Financeira, o formulário de solicitação de assistência

- financeira e o resumo da Política de Assistência Financeira em linguagem de fácil compreensão, mediante solicitação e gratuitamente.
4. Informações sobre publicidade da assistência financeira:
 - . Cópias fornecidas aos pacientes: O CMC oferecerá aos pacientes uma cópia impressa da Política de Assistência Financeira, resumida e em linguagem de fácil compreensão, como parte do processo de internação ou de alta.
 - a. Notificação de emissão de fatura: Em toda fatura, o CMC incluirá uma nota escrita em destaque notificando e informando o destinatário da disponibilidade de assistência financeira nos termos da Política de Assistência Financeira do CMC e incluindo: o endereço da página de Internet onde podem ser obtidas cópias da Política de Assistência Financeira, a Política de Assistência Financeira resumida em linguagem de fácil compreensão e o formulário de solicitação de assistência financeira, além do número de telefone do Departamento de Internação, que está à disposição dos pacientes para informar sobre a Política de Assistência Financeira e prestar auxílio com o processo de solicitação.
 - b. Avisos em locais de circulação: O CMC colocará avisos em locais de grande circulação (ou tomará outras medidas para atrair a atenção dos pacientes) notificando e informando os pacientes desta política; esses locais incluirão, no mínimo, as áreas de internação e emergência.
 - c. Página da Internet: A Política de Assistência Financeira, o formulário de solicitação de assistência financeira e o resumo da Política de Assistência Financeira em linguagem de fácil compreensão estarão disponíveis em local bem evidente na página de Internet do CMC (www.communitymedical.org). As pessoas que buscam informações sobre assistência financeira não precisarão criar uma conta nem fornecer qualquer informação de caráter pessoal para receberem informações sobre assistência financeira.
 - d. Envio por correio: Os pacientes podem solicitar que lhes sejam enviados por correio, gratuitamente, uma cópia da Política de Assistência Financeira, o formulário de solicitação de assistência financeira e o resumo da Política de Assistência Financeira em linguagem de fácil compreensão.
 - e. Anúncios/Comunicados na imprensa: Se necessário, o CMC publicará um anúncio sobre a disponibilidade de assistência financeira no CMC no principal jornal das comunidades servidas pelo CMC; quando essa medida não for viável, o CMC emitirá um comunicado à imprensa que contenha essas informações, ou usará outros meios que o CMC considere próprios para divulgar amplamente a disponibilidade da política aos pacientes afetados por ela na comunidade.

F. Diversos

1. Manutenção de registros: Os registros relativos à assistência financeira devem estar facilmente acessíveis. O CMC precisa manter informações sobre o número de pacientes sem seguro-saúde que receberam serviços do CMC, número de solicitações de assistência financeira encaminhadas e aprovadas, valor estimado em dólares dos benefícios concedidos, número de solicitações negadas e motivos das recusas. Além disso, uma anotação sobre a aprovação ou recusa de assistência financeira a um paciente deve constar da conta do paciente.
2. Planos de pagamento: Os pacientes podem ser elegíveis a um plano de pagamento. Os planos de pagamento serão oferecidos e negociados de acordo com a Política de Faturamento e Cobrança do CMC.
3. Faturamento e cobrança: O CMC poderá empregar medidas razoáveis de cobrança para obter pagamento dos pacientes. As informações obtidas durante o processo de solicitação de assistência financeira não podem ser usadas no processo de cobrança, seja pelo CMC ou por qualquer escritório de cobrança contratado pelo CMC. As ações gerais de cobrança podem incluir a emissão de extratos das despesas dos

pacientes, contatos telefônicos e mensagens de referência a extratos que tenham sido enviados ao paciente ou seu avalista. Os departamentos de Afiliadas e Gestão de Custos dos Serviços devem desenvolver procedimentos para assegurar-se de que as dúvidas e queixas dos pacientes acerca das faturas sejam investigadas e corrigidas, conforme apropriado, e que seja feito um acompanhamento com o paciente em tempo hábil. Nem o CMC nem qualquer escritório de cobrança contratado pelo CMC tomará qualquer medida extraordinária para cobrança (conforme definido na Política de Faturamento e Cobrança do CMC). Cópias da Política de Faturamento e Cobrança do CMC poderão ser obtidas gratuitamente na página de Internet do CMC: www.communitymedical.org.

4. Submissão à OSHPD: O CMC submeterá suas políticas de assistência financeira ao órgão de planejamento de saúde dos Estados Unidos (*Office of Statewide Planning and Healthcare Development - OSHPD*). Na página de Internet do OSHPD, as políticas podem ser encontradas em: <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>.

G. Valores faturados

1. Em cumprimento à Seção 1.501(r)(5) do regulamento da autoridade fiscal e tributária dos Estados Unidos (*Internal Revenue Code*), o CMC adota os métodos prospectivos do Medicare para valores faturados. Pacientes elegíveis a assistência financeira não são responsáveis, financeiramente, por mais do que os valores faturados.

V. REFERÊNCIAS

Seção 501 (r) do *Internal Revenue Code* [código de normas da autoridade fiscal e tributária dos EUA]

Seção 1.501 (r) do 26 *Code of Federal Regulations* [código de regulamentação federal dos EUA]

Seções 124700-127446 do *California Health and Safety Code* [código de normas de saúde e segurança da Califórnia]

Documentos de referência

Tipo de referência	Título	Notas
Documentos citados como referência neste documento		
Documentos de referência	Solicitação de assistência financeira	
Documentos de referência	Locais do CMC	
Documentos de referência	Formulário de notificação	
Documentos de referência	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
Documentos de referência	Resumo dos direitos legais do paciente	
Documentos de referência	www.communitymedical.org	
Documentos de referência	Solicitação de assistência financeira	
Documentos de referência	Assistência financeira (locais)	
Documentos de referência	Política de Assistência Financeira - Notificação de direitos	
Documentos de referência	Informações importantes sobre faturas para pacientes	
Documentos de referência	Formulário de notificação	

Cópias impressas deste documento podem estar desatualizadas e não devem ser usadas para fins oficiais. A versão atualizada está em Lucidoc no endereço <https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>.