

Lifespan Corporation e
Hospitais Afiliados

Assunto:
Política de assistência
financeira:

Arquivar em:

**Data do procedimento
original:**
16 de agosto, 1996

Data da última revisão:
1 de outubro de 2018

Aprovado por:

Christine Rawnsley
Vice-presidente dos Serviços
Financeiros de Pacientes

Frank Byrne
TMH/RIH Vice/presidente do
dep. financeiro

Objetivo da política de assistência financeira da Lifespan

A missão da Lifespan é fornecer saúde com cuidados. Para atingir os objetivos desta missão, a Política de Assistência Financeira (FAP) da Lifespan oferece a pacientes descontos parciais e totais em cuidados médicos. Os cuidados elegíveis incluem, mas não estão limitados a, cuidados definidos como emergências e outros serviços de cuidados de saúde medicamente necessários fornecidos pelas afiliadas da Lifespan. As afiliadas da Lifespan incluem Emma Pendleton Bradley Hospital, Lifespan Physician Group, Inc., Newport Hospital, Rhode Island Hospital (incluindo Hasbro Children's Hospital) e The Miriam Hospital, designados coletivamente a seguir como Lifespan. Os serviços de cuidados de emergência são fornecidos a todos os pacientes que se apresentem numa unidade de emergência da Lifespan, independentemente da sua nacionalidade, do seu estatuto de imigrante ou da sua capacidade de pagamento. A assistência financeira não se sobrepõe à responsabilidade pessoal. Os pacientes que procurem assistência financeira deverão requerer assistência e, nesse sentido, deverão aceitar as políticas e procedimentos da Lifespan para obter essa assistência. Os candidatos com capacidade financeira para comprar um seguro de saúde receberão informações sobre as opções de seguros disponíveis e são encorajados a candidatar-se. Os candidatos que possam ser elegíveis para programas de cuidados de saúde subsidiados pelo governo, como Medicaid, deverão candidatar-se a esses

programas como meio de pagamento das suas despesas hospitalares. Os detalhes sobre a política e o processo de candidatura são resumidos a seguir.

GLOSSÁRIO

Para efeitos da FAP, as seguintes definições aplicam-se:

- "**501(r)**" significa Secção 501(r) do Código Fiscal e os regulamentos promulgados no mesmo.
- "**Montante geralmente cobrado**" ou "**AGB**" significa, no que diz respeito a emergências ou a outros cuidados medicamente necessários, o montante geralmente cobrado a indivíduos que possuam seguro como seguro de cuidados.
- "**Comunidade**" significa os serviços prestados em todos os hospitais e clínicas Lifespan localizados em Rhode Island e Massachusetts.
- "**Grupos de diagnóstico (DRGs)**" Um sistema de pagamento criado ao abrigo de Medicare nos quais os custos operacionais de internamentos hospitalares associados a cuidados agudos são categorizados em grupos únicos. A cada DRG é atribuído um valor de pagamento, baseado nos recursos médios utilizados para tratar pacientes Medicare desse DRG.
- "**Cuidados com desconto**" significa descontos parciais devidos pelos pacientes que se qualificam ao abrigo da FAP.
- "**Cuidados de emergência**" significam condições médicas que se manifestam através de sintomas agudos de gravidade suficiente de tal forma que, por falta de cuidados médicos imediatos, se crie a expectativa razoável de que a saúde do indivíduo ficará seriamente comprometida, de que as suas funções corporais ficarão incapacitadas ou que possam ocorrer graves disfunções em qualquer orgão ou parte do corpo ou que a saúde do indivíduo ficará seriamente comprometida.
- **Candidatura à “Política de assistência financeira (“FAP”)”** significa a informação e documentação que acompanha que um paciente entrega para se candidatar à assistência financeira ao abrigo da FAP da Lifespan. A Lifespan pode obter informação de um paciente por escrito ou verbalmente (ou uma combinação de ambas).
- "**Tabela de Nível de Pobreza Federal (FPL)**" Uma tabela do programa Lifechart que ajuda a determinar se os pacientes se qualificam para assistência financeira com base nos seus meios financeiros quando comparados com as diretrizes de pobreza financeira.
- "**Contribuição bruta**" O montante indicada no tarifário principal de cada instalação hospitalar Lifespan para serviços elegíveis ao abrigo da FAP. Um extrato financeiro emitido por um hospital Lifespan para cuidados abrangidos pela FAP poderá indicar

a contribuição bruta desses cuidados e aplicar à contribuição bruta subsídios, descontos ou deduções contratuais, desde que o montante real que o indivíduo responsável deverá pagar seja inferior às contribuições brutas desses cuidados.

- “**Rendimento**” inclui ordenados, salários, rendimentos salariais e rendimentos por conta própria (remove), subsídios de desemprego, pagamentos da Segurança Social, assistência pública, pensões para veteranos, abonos de família, pensões de alimentos, assistência escolar, prestações de sobrevivência, pensões, rendimentos de reforma, seguros habituais e pagamentos de anuidades, rendimentos de propriedades e fundos, rendas recebidas, juros/dividendos e rendimentos de várias outras fontes.
- “**LifeChart**” O sistema de registo de saúde eletronicamente integrado da Lifespan.
- “**Ativos líquidos**” significa um ativo que pode ser convertido em dinheiro a curto prazo, com pouca ou nenhuma perda de valor. Exemplos incluem: contas correntes, contas de poupança, políticas de seguros (valor em dinheiro), ações, CD, contas de fundos de investimento e 401K/IRA (a idade mínima de reforma deve ser atingida para ser considerado líquido).
- “**Programa de assistência médica**” um programa federal e estatal conjunto de ajuda de custos médicos para indivíduos com rendimentos e recursos limitados.
- Os “**cuidados médicos necessários**” são definidos no Manual de Referência de Fornecedores de Medicaid de Rhode Island como serviços médicos, cirúrgicos ou outros necessários para a prevenção, diagnóstico, cura e tratamento de uma condição de saúde, incluindo os serviços necessários para evitar alterações negativas do estado de saúde médico ou mental.
- “**Paciente**” significa as pessoas que recebem cuidados médicos elegíveis de um hospital Lifespan.
- “**Advogado financeiro do paciente (PFA)/consultor financeiro do paciente (PFC)**” Os funcionários da Lifespan que ajudam os pacientes que pagam as suas contas durante o processo de compreensão das e de candidatura às opções de cobertura médica ou de assistência financeira.
- “**Paciente sem seguro**” significa um indivíduo sem seguro, sem seguro de terceiros fornecido por uma seguradora comercial, sem plano ERISA, sem programa de cuidados de saúde (incluindo, mas não só, Medicare, Medicaid, Rite Care e Tricare), sem indemnizações de trabalho ou outra assistência de terceiros para cobrir todos os custos ou parte dos mesmos, incluindo reclamações contra terceiros abrangidas pelo seguro ao qual a Lifespan está subrogada, mas apenas se o pagamento é realmente feito por essa companhia de seguros.

1. **Pacientes elegíveis:** A elegibilidade para assistência financeira será considerada para indivíduos sem seguro, com seguro insuficiente, não elegíveis por qualquer programa público de benefícios de cuidados de saúde e sem capacidade para pagar os seus cuidados, com base na determinação das necessidades financeiras necessárias de acordo com a FAP da Lifespan. A concessão de assistência financeira baseia-se na avaliação individual das necessidades financeiras e não considera quaisquer fatores discriminatórios, como: idade, descendência, sexo, identidade sexual,

raça, cor, nacionalidade, orientação sexual, estado matrimonial, estatuto social ou de imigrante ou afiliação religiosa ou qualquer outro fator proibido pela lei federal, estatal ou local.

2. **Cálculo do desconto:** Em circunstância alguma, os pacientes elegíveis para assistência financeira ao abrigo da FAP pagarão mais do que os “Montantes Geralmente Cobrados” (AGB). A Lifespan utiliza um método prospectivo para determinar o AGB, que é definido, pela secção §501(r) do Código Fiscal, como o valor resarcido pela Medicare ou Medicaid ao hospital por cuidados cobrados (incluindo o montante resarcido pela Medicare ou Medicaid e o montante que o beneficiário seria pessoalmente responsável por pagar sob a forma de copagamentos, coseguro e dedutíveis) se o paciente foi um beneficiário da remuneração por serviço da Medicare ou beneficiário da Medicaid. Os cálculos de AGB específicos para cada hospital Lifespan ao abrigo da FAP são apresentados da seguinte maneira:

- **AGB do Emma Pendleton Bradley Hospital (EPBH)-** O montante resarcido pela Medicaid ao EPBH por cuidados cobrados (incluindo o montante a ressarcir pela Medicaid e o montante que o beneficiário seria pessoalmente responsável por pagar sob a forma de copagamentos, coseguro e dedutíveis) se o paciente foi beneficiário da Medicaid. Com base neste cálculo, o EPBH definiu um desconto automático de 56% aplicado tanto às despesas brutas com internamento e com serviços ambulatórios durante o ano fiscal que termina a 30 de setembro de 2019 para pacientes que se qualifiquem para FAP do EPBH.
- **AGB do Lifespan Physician Group, Inc. (LPG)-** O montante resarcido pela Medicare ao LPG por cuidados cobrados (incluindo o montante a ressarcir pela Medicare e o montante que o beneficiário seria pessoalmente responsável por pagar sob a forma de copagamentos, coseguro e dedutíveis) se o paciente foi beneficiário da Medicare. Com base neste cálculo, o LPG definiu um desconto automático de 69% aplicado às despesas brutas durante o ano fiscal que termina a 30 de setembro de 2019 associados aos cuidados prestados pelos fornecedores da LPG para pacientes que se qualifiquem para FAP.
- **AGB do Newport Hospital (NH)-** O montante resarcido pela Medicare ao NH por cuidados cobrados (incluindo o montante a ressarcir pela Medicare e o montante que o beneficiário seria pessoalmente responsável por pagar sob a forma de copagamentos, coseguro e dedutíveis) se o paciente foi beneficiário da Medicare. Com base neste cálculo, o NH definiu um desconto automático de 83% aplicado tanto às despesas brutas de serviços ambulatórios como a descontos de internamento iguais ao tarifário DRG da Medicare durante o ano fiscal que termina a 30 de setembro de 2019 para pacientes que se qualifiquem para FAP do NH.
- **AGB do Rhode Island Hospital/Hasbro Children’s Hospital (RIH)-** O montante resarcido pela Medicare ao RIH por cuidados cobrados (incluindo o montante a ressarcir pela Medicare e o montante que o beneficiário seria pessoalmente responsável por pagar sob a forma de copagamentos, coseguro e dedutíveis) se o paciente foi beneficiário da Medicare. Com base

neste cálculo, o RIH definiu um desconto automático de 82% aplicado tanto às despesas brutas de serviços ambulatórios como a descontos de internamento iguais ao tarifário DRG da Medicare durante o ano fiscal que termina a 30 de setembro de 2019 para pacientes que se qualifiquem para FAP do RIH.

- **AGB do The Miriam Hospital (TMH)**- O montante resarcido pela Medicare ao TMH por cuidados cobrados (incluindo o montante a ressarcir pela Medicare e o montante que o beneficiário seria pessoalmente responsável por pagar sob a forma de copagamentos, coseguro e dedutíveis) se o paciente foi beneficiário da Medicare. Com base neste cálculo, o TMH definiu um desconto automático de 82% aplicado tanto às despesas brutas de serviços ambulatórios como a descontos de internamento iguais ao tarifário DRG da Medicare durante o ano fiscal que termina a 30 de setembro de 2019 para pacientes que se qualifiquem para FAP do TMH.

Estes descontos aplicam-se a todos os pacientes sem seguro desde que a assistência financeira não vete a capacidade de qualificação de um paciente individual para o programa Medicaid do estado.

Além disso, os pacientes elegíveis cujos rendimentos familiares sejam 0% a 200% das Diretrizes Federais de Pobreza (FPG), como determinado pelo Departamento de Saúde e de Serviços Sociais dos E.U.A., receberão assistência financeira com desconto total aplicado aos seus cuidados. Nenhuma parte dos serviços prestados pela Lifespan será cobrada ao paciente neste cenário.

Os pacientes elegíveis cujos rendimentos familiares sejam 201%-300% das FPG receberão assistência financeira com desconto parcial para além dos montantes determinados pela Lifespan recorrendo ao método prospectivo. Consulte o Anexo I para uma escala degressiva com estes cálculos de desconto adicionais e visite <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> para obter os atuais valores das FPG. Pacientes que se qualificam para menos de 100% de descontos do FAP, poderão receber um plano de pagamento – consulte a Política de Pagamentos de Pacientes da Lifespan.

Outro fator considerado para determinar a aplicabilidade da assistência financeira são os ativos líquidos de um paciente. A propriedade de um determinado limite de ativos líquidos poderá levar à recusa de assistência financeira mesmo que o paciente se qualifique segundo a determinação da FPG descrita anteriormente. Se um paciente revelou na sua candidatura da FAP que não possui rendimentos familiares, o Departamento de Serviços Financeiros da Lifespan irá solicitar informação que comprove como são satisfeitas as suas necessidades diárias. A Lifespan revê todas as candidaturas entregues e determina a elegibilidade para assistência financeira de acordo com a FAP da Lifespan. As candidaturas incompletas não serão avaliadas. No entanto, os candidatos que entreguem candidaturas incompletas são notificados do estado da candidatura e terão oportunidade de fornecer qualquer documentação/informação pendente ou em falta necessária para completar o processo de candidatura.

Caso um paciente recuse um plano de alta medicamente seguro e apropriado e não for possível chegar a acordo, a Lifespan responsabilizará financeiramente o paciente pela estadia prolongada no hospital e o paciente não se qualificará para cuidados de emergência ou medicamente necessários gratuitos ou com desconto abrangidos pela FAP.

- 3. Servicos elegíveis:** Os serviços elegíveis incluem serviços prestados e cobrados pela Lifespan, incluindo, mas não limitados a, cuidados de emergência e medicamente necessários aplicados a pacientes sem seguro, com seguro insuficiente, inelegíveis para o programa público de benefício de cuidados de saúde e sem capacidade para pagar os seus serviços de cuidados de saúde. Tenha em conta que a FAP aplica-se apenas a serviços cobrados pela Lifespan. Outros serviços cobrados em separado, por outros fornecedores, como médicos ou laboratórios não afiliados à Lifespan não são elegíveis segundo a FAP. Consulte o Anexo II para uma lista de grupos médicos que prestam serviços de cuidados de emergência ou medicamente necessários em hospitais da Lifespan e que estão ou não estão cobertos segundo a FAP da Lifespan.

- 4. Servicos inelegíveis:** Alguns serviços prestados pela Lifespan não são cobertos segundo a FAP da Lifespan. Existem PFAs/PFCs nas instalações de cada afiliada e estão disponíveis para oferecer a orientação necessária para determinar a elegibilidade de todos os serviços não de emergência ou medicamente necessários cobertos segundo a FAP. Os serviços inelegíveis para assistência financeira incluem, mas não estão limitados a:

Todas as afiliadas da Lifespan-

- Determinados honorários médicos, incluindo: despesas pela interpretação dos resultados de alguns testes/raios-x e todos os restantes serviços prestados por fornecedores que não são a Lifespan;
- Cirurgia cosmética e serviços associados a este tipo de cirurgia;

Lifespan Physician Group, Inc.-

- Acupuntura
- Aulas de educação sobre crianças
- Serviços quiropráticos
- Colocação de lentes de contacto
- Recolha de sangue do cordão umbilical
- Tratamentos a laser
- Classes de medicina sobre estilo e vida incluindo: exercícios saudáveis, planeamento do estilo de vida, massagens, ioga, serviços de stress baseados em recordações, etc.
- Produtos de cuidados para a pele
- Gravidez de mães portadoras

Newport Hospital-

- O Programa de Manutenção de Reabilitação Cardíaca é elegível para uma redução de taxa quando os critérios/diretrizes médicas estabelecidos forem cumpridos.

Rhode Island Hospital/Hasbro Children's Hospital-

- Lentes de contacto;
- Procura por iniciativa própria de reabilitação desportiva;
- Aparelhos auditivos, programa de terapia de restrição e de reabilitação de crianças (Children's Rehabilitation Constraint Therapy);
- Intervenções dentárias, incluindo –
 - Proteções oclusais para bruxismo;
 - Facetas fabricadas em laboratório;
 - Pontes fixas de quatro ou mais unidades;
 - Implantes dentários;
 - Branqueamento dentário;
 - Tratamento ortodôntico;
 - Obturações compostas posteriores.
- As seguintes intervenções dentárias qualificam-se apenas para uma redução de 50% dos montantes normalmente cobrados-
 - série de raios-x de toda a boca para planeamento de tratamento completo;
 - dentição total superior e inferior;
 - dentição parcial superior e inferior;
 - Desvitalizações;
 - Porcelana fundida com coroas de metal e pós e principal;
 - Raspagem e polimento dentário periodontal;
 - Cirurgia periodontal;
 - Profilaxia (limpeza);
 - Restaurações (amálgama e compósito). Exceção- 100% de desconto autorizado se encaminhado pelos Departamento de Oncologia, de Transplantes ou Craniofacial da Lifespan.
 - Serviços do Samuels Sinclair Dental Center

The Miriam Hospital-

- Os serviços de manutenção de reabilitação cardíaca e de controlo de peso podem ser considerados serviços médicos essenciais se os critérios/diretrizes médicas forem satisfeitos com a documentação específica para o programa exigida.

5. Como candidatar-se a assistência financeira:

Os documentos da candidatura à FAP e a FAP da Lifespan estão disponíveis para entrega em pessoa em qualquer um dos hospitais com pontos Lifespan:

- **Rhode Island Hospital, Patient Advocate Office, 593 Eddy Street, Providence, RI 02903**
- **The Miriam Hospital, Patient Advocate Office, 164 Summit Avenue, Providence, RI 02906**

- **Newport Hospital, Patient Advocate Office, 11 Friendship Street, Newport, RI 02840**
- **Emma Pendleton Bradley Hospital, Admitting Office, 1011 Veterans Memorial Parkway, East Providence, RI 02915**

A FAP da Lifespan também está disponível gratuitamente por correio através de qualquer um dos endereços hospitalares indicados em cima. Os pacientes podem visitar <https://www.lifespan.org/financial-assistance> para obter todas as informações e formulários necessários. Os pedidos de documentação podem ser feitos contactando os Serviços Financeiros de Pacientes da Lifespan através do telefone (401) 444-6949.

Pode obter ajuda para preencher o formulário da candidatura através de PFAs/PFCs da Lifespan. O paciente/família do paciente pode marcar uma reunião com, ou dirigir-se aos PFAs/PFCs. Os pacientes também podem receber assistência contactando por telefone o Departamento de Assistência ao Cliente dos Serviços Financeiros para Pacientes, onde receberão uma fatura das despesas incorridas anteriormente. Quando preencherem a candidatura, pediremos a todos os pacientes para nos fornecerem o máximo de informação possível. Compreendemos que nem todos os itens indicados na candidatura à FAP se aplicam a todos os pacientes. Indique ao PFA/PFC todos os itens aplicáveis à sua situação individual. Consulte o Anexo III para uma lista de todos os pontos da Lifespan onde existem PFAs e PFCs.

Envie por correio normal ou entregue pessoalmente todas as candidaturas preenchidas (com toda a documentação/informação especificada nas instruções da candidatura) em qualquer hospital da Lifespan nas moradas indicadas em cima.

Residentes de Rhode Island - Os residentes do estado, como definidos na Secção 1.30 das Regras e Regulamentos de Rhode Island relativos a conversões hospitalares (*Rhode Island Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions*) (R23-17.14 HCA), serão solicitados para apresentar comprovativos de residência no estado. Se não puder apresentar uma identificação com fotografia emitida pelo governo, pode entregar um contrato de arrendamento, uma fatura recente do gás/electricidade/água ou do telefone ou documento semelhante com morada de Rhode Island. Os candidatos deverão apresentar o rendimento familiar ou “prova de rendimento” apresentando o máximo possível dos seguintes documentos, se aplicáveis ou disponíveis: Formulários W-2, as mais recentes declarações de rendimentos (federal), os mais recentes recibos de salário (pelo menos dois (2) consecutivos), uma cópia de qualquer extrato bancário (conta poupança ou conta corrente), uma cópia de um documento de identificação com fotografia emitido pelo governo e qualquer outro documento de rendimento, como cópia de um cheque de Pensão de Veteranos. Também são solicitadas quaisquer cartas de recusa que possam ter sido emitidas pelos Programas de Assistência Médica ou de Healthsource Rite Care. Como parte do processo da Lifespan, pode ser solicitado aos pacientes que se candidatem ao programa de Assistência Médica, se elegíveis, e caso não o tenham feito antes. Tenha em conta que a não elegibilidade pode ser pré-determinada pelos Serviços Jurídico-Financeiros para Pacientes/Consultadoria Financeira para Pacientes, para os pacientes que, claramente, não satisfazem os requisitos do programa de Assistência Médica. (Exceções: em situações onde há

falta de rendimento, pode ser aceite uma carta de auto-declaração assinada pelo paciente, ou pessoa de quem o paciente depende financeiramente.)

Residentes de fora de Rhode Island - Os candidatos deverão apresentar o rendimento familiar ou "prova de rendimento" apresentando o máximo possível dos seguintes documentos, se aplicáveis ou disponíveis: Formulários W-2, as mais recentes declarações de rendimentos (federal), os mais recentes recibos de salário (pelo menos dois (2) consecutivos), uma cópia de qualquer extrato bancário (conta poupança ou conta corrente), ou uma cópia de um documento de identificação com fotografia emitido pelo governo. Se o paciente tiver Número de Segurança Social (NSS) /Número de Identificação Fiscal (TIN) e o paciente não preencher declarações de rendimento, poderemos solicitar um relatório de crédito. Pacientes sem NSS ou TIN deverão apresentar uma carta justificando as suas condições de vida e uma carta da pessoa de quem estão dependentes financeiramente, incluindo prova de residência. Essas cartas deverão ser assinadas sob pena de perjúrio.

- (Exceção – os pacientes de Massachusetts transferidos para o Departamento de Emergência RIH ou TMH ou para uma Unidade de Cuidados Internos através do Centro de Cuidados Expressos podem candidatar-se a assistência médica para ambos os serviços para além do acompanhamento dado a paciente externos associados a diagnósticos de transferência. Os pacientes que se qualifiquem para Mass Health devem candidatar-se e, se o serviço lhes for recusado, podem candidatar-se a assistência.

Cidadãos estrangeiros de visita- É solicitado aos candidatos que indiquem o rendimento familiar ou "prova de rendimento" através de tantos dos seguintes documentos quanto aplicáveis ou disponíveis: uma cópia do passaporte e visa (se aplicáveis) e uma carta de auto-declaração justificando o seu rendimento no país de origem uma carta de auto-declaração justificando quaisquer providências para assistência financeira a que têm direito enquanto residem nos E.U.A. Estas cartas deverão ser assinadas sob pena de perjúrio.

Paciente sem abrigo- Pacientes sem abrigo que recebem cuidados de emergência (ED) deverão preencher e assinar um formulário da FAP. Não é necessária documentação durante a administração dos cuidados de saúde. O formulário é válido apenas durante o período da Visita ED. Se um paciente for um sem-abrigo, um PFA/PFC recorrerá a fontes de financiamento de programas especiais que possam estar disponíveis caso a caso. Se o paciente não se qualificar para qualquer programa, o FAP será preenchido e o(s) seguinte(s) documentos será(ão) anexado(s): uma cópia do documento de identificação com fotografia, se disponível (pode ser emitido pelo governo ou pelo abrigo); uma carta do abrigo, se aplicável; uma carta de auto-declaração do paciente justificando os seus meios de subsistência; um relatório de crédito, se aplicável; uma cópia da mais recente declaração de rendimentos preenchida, se aplicável; e os dois mais recentes recibos de rendimento, se aplicável.

6. **Processamento-** Todas as candidaturas completadas, juntamente com os documentos comprovativos, serão digitalizadas no sistema de registos eletrónicos de saúde da Lifespan. Todas as candidaturas aprovadas e recusadas são documentadas no LifeChart. Se uma candidatura for aprovada para assistência financeira total, parcial ou se for recusada, a tabela FPL

é atualizada para refletir o resultado da FAP e as datas efetivas adicionadas à duração da cobertura aprovada da FAP. O pessoal de PFA, PFC e dos Serviços de Consultadoria Financeira para Pacientes e dos Serviços Financeiros para Pacientes é responsável por notificar todas as Agências de pré-Recolha e recolha dos serviços corporativos da Lifespan sobre a aprovação da FAP para cobertura total ou parcial.

Limite de tempo para aprovação: As candidaturas aprovadas são válidas por um período de doze meses a partir da data da candidatura e seis (6) meses antes das datas de aprovação. Exceções: as candidaturas com saldo depois da aplicação de Medicare e de Assistência Médica e a Clínica de Imunologia em TMH, casos especiais (por exemplo, continuamente sem residência), as aprovações para estas exceções são válidas durante um ano a partir da data da candidatura. **Não residentes em Rhode Island: a candidatura é válida para uma visita ED; um internamento ED.**

Diretrizes de recursos: **Contas** correntes, contas de poupança, apólices de seguros (valor monetário), ações, CD e contas de fundos mútuos devem respeitar as diretrizes de poupança definidas para o hospital afiliado. Se as contas de poupança excederem as diretrizes estabelecidas, o paciente deve gastar as poupanças para pagar a fatura do hospital afiliado até as suas poupanças respeitarem as diretrizes. Para crianças com mais de 18 anos, assinaladas como dependentes na declaração de rendimentos dos pais/tutor, essa declaração de rendimentos será incluída para determinar a elegibilidade para FAP.

7. Autorizações FAP especiais com documentação limitada:

Segue-se uma lista dos vários cenários nas quais as candidaturas a FAP com circunstâncias atenuantes são elegíveis para aprovação. Podem ocorrer outros cenários que facilitem a aprovação.

Aprovação de candidaturas com circunstâncias atenuantes:

- Um paciente é admitido mas não consegue apresentar documentos por razões de saúde, por exemplo: abuso grave de substâncias e problemas com a residência de indivíduos que não estejam associados a um abrigo;
- Um residente de Massachusetts é admitido mas falece antes do preenchimento de qualquer candidatura para Mass Health (Mass Health não levará estas candidaturas em consideração). Mass Health não considera estas aplicações e, deste modo, estes pacientes ficam ao abrigo de FAP.
- Para os pacientes considerados elegíveis para Medicaid/Healthsource Rhode Island, a elegibilidade para este FAP reverá retroativamente os 6 meses anteriores à data de elegibilidade, se o paciente não entregar a documentação FAP; (Medicaid/Healthsource Rhode Island será cobrada por qualquer despesa que se qualifique retroativamente.)

- Um paciente residente em Rhode Island falece e a respetiva família não se candidatam a Rhode Island Medicaid;
- Um paciente é admitido como responsável pelos seus pagamentos mas fica, posteriormente, sob a custódia do estado durante o seu internamento. Neste caso, o Rhode Island Adult Correctional Institutions (ACI) será responsável pelos pagamentos da data da custódia em diante. No entanto, as despesas incorridas até seis meses antes da data da custódia são abrangidas por FAP.
- O paciente é internado como pessoa que paga as suas contas mas admitido à custódia do Estado durante o internamento; Rhode Island (ACI) pagará a partir da data de custódia, as contas dos 6 meses anteriores serão ajustadas segundo a FAP.

8. Itens vários:

- Pacientes com seguro – Os pacientes da Medicare, incluindo Isenções para Produtos Sénior de repartição de despesas para Beneficiários Medicare com dificuldades financeiras:

Normalmente, um desconto oferecido a um beneficiário da Medicare assume a forma de uma isenção de toda ou parte do copagamento ou valor dedutível do programa Medicare, ou seja, parte da fatura que o beneficiário terá que pagar. Embora, regra geral, proíba as isenções de repartição de despesas destes montantes de "seguro" e outros, o Congresso reconhece que alguns beneficiários poderão não conseguir suportar as despesas do seguro sem estas medidas de repartição de despesas. Lifespan oferece uma exceção para isenções com base nos encargos financeiros. Embora possam ser concedidas isenções, as seguintes três condições aplicam-se:

- i. as isenções não são a regra, mas a exceção
 - ii. as isenções não fazem parte de qualquer promoção publicitária ou solicitação
 - iii. as isenções só podem ser atribuídas de boa fé como comprovado pelo preenchimento da candidatura FAP
- O hospital afiliado renuncia aos pagamentos, em parte ou na totalidade, dos serviços médicos necessários prestados aos candidatos elegíveis.
 - Os PFA e os PFC nos hospitais Lifespan recorrerão a fontes de financiamento de programas especiais que possam estar disponíveis caso a caso.
 - A elegibilidade para assistência financeira acima do desconto automático está disponível para candidatos que se qualifiquem.
 - Pacientes com seguro que optem por não recorrer este plano, **não** se qualificam para um desconto.

9. **Processo de recurso:** Os pacientes têm direito a recurso após recusa de uma candidatura para FAP. O paciente/garante devem enviar o seu pedido por escrito justificando a razão pela qual o paciente/garante pretende recorrer da decisão. A candidatura completa e a documentação comprovativa com o pedido de recurso do paciente será enviada para o Gestor ou Diretor dos PFA/PFC. O Gestor/Diretor avaliará a carta de recurso, a candidatura original e a documentação quando à conformidade com as diretrizes da Lifespan. Se os dados financeiros do paciente forem diferentes dos da candidatura original, uma nova candidatura será preenchida com a documentação comprovativa. O Gestor/Diretor notificará o paciente da sua decisão até dez dias depois de receber a carta de recurso. Se o recurso for rejeitado, o paciente/garante podem solicitar um segundo recurso ao Vice-Presidente dos Serviços Financeiros de Doentes. O paciente/garante será notificado por escrito da decisão do Vice-Presidente até dez dias depois de receber a segunda carta de recurso. Se for necessário entregar documentação adicional, o paciente receberá uma decisão de recurso até dez dias depois de a documentação ser entregue.
10. **Política de faturação e cobrança** As medidas tomadas pela Lifespan em caso de não pagamento são descritas na política de faturação e cobrança em separado. Pode obter uma cópia gratuita da política de faturação e cobrança solicitando uma cópia por correio ao Departamento Financeiro da Lifespan através do telefone (401) 444-6949. Há uma cópia da política disponível em:
<https://www.lifespan.org/sites/default/files/lifespan-files/documents/lifespan-main/pfs/Billing-Collection-eng.pdf>.
11. **Interpretação:** A Lifespan traduz a FAP, o formulário de candidatura da FAP e um resumo de linguagem simples da sua FAP para os principais idiomas da população com conhecimento limitado do inglês e que constitui menos de 5% ou 1000 dos residentes da comunidade servida pelo hospital. Todas as informações estão disponíveis em <https://www.lifespan.org/financial-assistance> ou nas instalações hospitalares da Lifespan indicadas anteriormente.

Para mais ajuda ou perguntas, visite ou contacte o Departamento Financeiro de Pacientes da Lifespan através do número 401-444-6949. Se chegar em pessoa, visite qualquer uma das instalações hospitalares da Lifespan indicadas anteriormente entre as 8:00-16:00, de segunda-feira a sexta-feira.