

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, 2016**

**Aprovado por:**

Christine Rawnsley

Christine Rawnsley  
Vice-presidente dos Serviços  
Financeiros de Pacientes

Frank Byrne

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

## **I. Objetivo da política de assistência financeira**

1. Para garantir que os pacientes sem seguro, residentes no estado de Rhode Island, como definido na Secção 1.30 de *Rhode Island Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions (R23-17.14 HCA)* (*Regras e Regulamentos de Rhode Island no que diz respeito a Conversões de Hospitais*), recebe serviços médicos essenciais a taxas reduzidas (assistência financeira parcial ou total) identificada no presente documento como Serviço Comunitário Gratuito (“CFS”). Que não residentes em Rhode Island ou estrangeiros de visita ao estado ou país têm direito a cuidados de acompanhamento para cuidados emergentes, (apenas ED/internamento), excluindo-se cuidados de acompanhamento de pacientes externos. Não têm direito a desconto por serviços eletivos.

2. Os Hospitais Afiliados a Lifespan, através desta Política de Assistência Financeira (“FAP”) da Lifespan Corporation (“Lifespan”), prestarão quaisquer cuidados e tratamentos médicos necessários, independentemente do estado de cidadania ou estado de imigração do indivíduo. Se um paciente não tiver meios para pagar os serviços de saúde, ele(a) poderá ter direito a cuidados de saúde grátis ou a taxas reduzidas. Esta política está sujeita às regras e regulamentos promulgados periodicamente pelo Conselho de Administração do Hospital Afiliado.

3. Os pacientes são responsáveis pelo pagamento dos honorários dos médicos (médicos não Lifespan), por exemplo: despesas pela interpretação dos resultados de alguns testes/raios-x e todos os restantes serviços prestados por outras entidades. Os pacientes também são responsáveis por serviços não abrangidos, como diferenciais de quartos privados, que são serviços médicos não essenciais. O Conselheiro Médico Financeiro designado em cada local afiliado apresentará as orientações necessárias para determinar quais os serviços essenciais dos serviços ou programas específicos. Alguns serviços não estão abrangidos:

Hospital de Rhode Island - Serviços de cosmética, lentes de contacto, reabilitação no desporto por iniciativa própria, aparelhos auditivos, programa de terapias de limitações de reabilitação de crianças e algumas intervenções dentárias - proteções oclusais para bruxismo, placas fabricadas em laboratório, pontes fixas de 4 ou mais unidades, implantes dentários e branqueamento dos dentes, tratamentos de ortodontia, restauração em compósito posterior. As seguintes intervenções dentárias qualificam-se apenas para uma redução de 50% em CFS: Série de raios-x para toda a boca para planeamento de tratamento total, dentição total superior e inferior, dentição parcial superior e inferior, desvitalizações, porcelana fundida nas coroas dentárias e post & core, Raspagem periodontal e polimento radicular, cirurgia periodontal, profilaxia (limpeza), restaurações (amálgama e compósitos) exceção: se enviado das clínicas de oncologia, de transplantes e craniofaciais, o procedimento qualifica-se para uma redução até 100%.

Os Programas/Classes de Medicina Colaborativos Pagos pelos Pacientes de Cirurgia Cosmética e para Mulheres do Miriam Hospital (exercícios de saúde e planeamento de modo de vida, massagens, ioga, stress com base em memórias, etc.) e os serviços de acupuntura e quiropráticos não se qualificam para redução da taxa. 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.

O Programa de Manutenção de Reabilitação Cardíaca do Newport Hospital é elegível para uma redução de taxa quando os critérios/diretrizes médicas estabelecidos forem cumpridos. A Cirurgia Cosmética não se qualifica para uma redução de taxa.

Lifespan Physician Group - Associados OB GYN - serviços para mulheres portadores de embriões de terceiros, tratamentos com laser, produtos para tratamento da pele, recolha de sangue do cordão umbilical e aulas de educação não se qualificam para uma redução da taxa.

Lifespan Physician Group – Oftalmologia – a “instalação de lentes de contacto” não se qualifica para desconto.

4. Caso um paciente recuse um plano de alta medicamente seguro e apropriado e não for possível chegar a acordo, o hospital responsabilizará financeiramente o paciente pela estadia prolongada no hospital e o paciente não se qualificará para o Programa de Assistência Financeira LCS.

5. Política de assistência financeira

- A Lifespan FAP está disponível com base no rendimento bruto estimado da família direta de todas as fontes antes de impostos:
- O valor cobrado a qualquer paciente elegível para FAP não pode ser superior aos valores normalmente cobrados (AGB) a indivíduos com seguros. O AGB está definido nos regulamentos finais como o valor pelo qual o indivíduo é pessoalmente responsável por pagar depois de todas as deduções e descontos, menos o valor pago pelo seguro.
- Pacientes sem seguro recebem uma dedução automática parcial de Benefícios Comunitários/Cuidados de Caridade como prova de dedicação da Lifespan para com pacientes sem seguro: RIH - uma dedução automática de 78% das despesas dos pacientes externos com exceção do Samuels Sinclair Dental Center que terá uma dedução automática de 50% e uma redução para os pacientes internados será igual às Taxas de Reembolso da Medicare, TMH - uma redução automática de 80% das despesas dos pacientes externos e a redução para pacientes internados será igual às Taxas de Reembolso da Medicare, Newport Hospital - uma redução automática de 79% das despesas dos pacientes externos e a redução para os pacientes internados será igual às Taxas de Reembolso da Medicare, Bradley Hospital - uma redução automática de 25% das despesas para pacientes externos e internados e LPG - uma redução automática de 50% das despesas dos pacientes externos.  
O desconto aplica-se a todos os pacientes sem seguro desde que, no entanto, o Benefício de Cuidados de Caridade não vete a capacidade de qualificação de um paciente individual para o programa Medicaid do estado. Os residentes de Massachusetts só se qualificam para o desconto de percentagem automática do hospital.
- (Exceção – os pacientes de Massachusetts transferidos para o Departamento de Emergência RIH/TMH ou para uma Unidade de Cuidados Internos através do Centro de Cuidados Expressos podem candidatar-se a CFS 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 primeiro solicitar isso e, se o serviço lhes for recusado, podem candidatar-se a CFS.)
- 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 CFS.
- 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 pela Ficha de Cuidados Gratuitos de Caridade
- O hospital afiliado renuncia aos pagamentos, em parte ou na totalidade, dos serviços médicos necessários prestados aos candidatos elegíveis.
  - Os Serviços Jurídico-Financeiros para Pacientes (PFA'S) / Consultadoria Financeira para Pacientes (PFC'S) nos Hospitais Lifespan recorrerão a fontes de financiamento de programas especiais que possam estar disponíveis caso a caso.
  - A elegibilidade para o CFS, para além do desconto automático, é atribuída aos candidatos cujo rendimento bruto do agregado seja igual ou inferior às Diretrizes de Rendimento (ver anexo) em vigor a partir da data na qual o paciente solicita assistência financeira. Para pacientes que se qualificam para menos de 100% do programa de assistência financeira, o paciente poderá receber um plano de pagamento – consulte a *Política de Pagamentos de Pacientes do Hospital Afiliado à Lifespan*.
    - Pacientes com seguro que optem por não recorrer este plano, **não** se qualificam para um desconto.
    - Serviços não abrangidos não se qualificam para um desconto.

## II. **Procedimento de Assistência Financeira:**

1. **Candidaturas:** As candidaturas para o programa de assistência financeira estão disponíveis na Receção, nos Departamentos de Emergência, no Departamento Comercial, no Departamento de Serviços Jurídico-Financeiros dos Pacientes, Departamento de Consultadoria Financeira para Pacientes, Serviços Financeiros para Pacientes e outros departamentos de agências de outsourcing. Os Serviços Jurídico-Financeiros para Pacientes/Consultadoria Financeira para Pacientes prestarão toda a assistência necessária para preencher o formulário. O paciente/família do paciente pode marcar uma reunião com, ou dirigir-se aos, Serviços Jurídico-Financeiros para Pacientes/Consultadoria Financeira para Pacientes. 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 aos pacientes para nos fornecerem o máximo de informação possível. A lista de itens nas seguintes secções ajudar-nos-á a melhor avaliar a necessidade de assistência. Compreendemos que nem todos os pacientes terão todos os itens indicados, no entanto, pedimos aos pacientes/famílias dos pacientes para nos fornecerem o máximo de itens disponíveis ou aplicáveis.

2. **Residentes em Rhode Island:** Os pacientes devem apresentar prova 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 do agregado 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 solicitamos quaisquer cartas de recusa que possam ter sido emitidas pelo Programa de Assistência Médica ou pelo Programa Rite Care de Rhode Island. Como parte do nosso processo, os pacientes deverão candidatar-se 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/Consultoria 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.)

3. **Não residentes em Rhode Island:** Os candidatos deverão apresentar o rendimento do agregado 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. Se o paciente tiver Número de Segurança Social/Número de Identificação Fiscal (TIN) e o paciente não preencher declarações de rendimento, poderemos solicitar um relatório de crédito. Pacientes sem Número de Segurança Social 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.

4. **Estrangeiros de visita:** Os candidatos deverão apresentar o rendimento do agregado ou “prova de rendimento” apresentando o máximo possível dos seguintes documentos, se 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.

5. **Pacientes sem abrigo:** Pacientes sem abrigo que recebem cuidados de emergência (ED) deverão preencher e assinar um formulário de Assistência Financeira. 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 Internado ou Externo for um sem-abrigo, os Serviços Jurídico-Financeiros para Pacientes/Consultores Financeiros para Pacientes recorrerão a fontes de financiamento de programas especiais que possam estar disponíveis caso a caso. Se o

paciente não se qualificar para qualquer programa, a candidatura de Assistência Financeira será preenchida e o(s) seguinte(s) documentos será(ão) anexado(s): uma cópia do documentação 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; uma 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. Trabalhador por conta própria:** Os candidatos deverão apresentar uma declaração de rendimentos do agregado ou “prova de rendimentos” composta pelo maior número possível dos seguintes documentos, quando aplicáveis ou disponíveis: a declaração de rendimentos anual mais recente, um relatório de crédito, uma carta de auto-declaração com descriminação das despesas mensais e prova de despesas, (cópia das faturas mensais) assinada sob pena de perjúrio.

**7. Processamento:**

a) Todas as candidaturas preenchidas, juntamente com a documentação complementar, serão enviadas para os Serviços Financeiros dos Pacientes (PFS) - Departamento de Assistência ao Cliente para serem arquivadas EXCETO se o hospital afiliado possuir capacidades de digitalização, neste caso, as candidaturas serão digitalizadas pelos afiliados pessoal designado e NENHUMA cópia em papel será enviada o Departamento de Assistência ao Cliente PFS.

b) Todas as candidaturas aprovadas ou recusadas devem ser documentadas na secção de Notas de Contabilidade LifeChart. Se a candidatura for aprovada na totalidade, em parcial adicional ou recusada, a tabela FPL é atualizada para refletir o resultado de CFS e as datas efetivas adicionadas à duração da cobertura aprovada de CFS. Um comentário de “histórico” será adicionado ao PFS-Pessoal de Assistência a Clientes em todas as contas para indicar as datas efetivas de CFS e assinalar a percentagem qualificada autorizada para esse período de tempo. O pessoal da Assistência a Clientes dos Serviços Jurídico-Financeiros para Pacientes, 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 de CFS para cobertura total ou parcial.

**8. Pacientes internados:** Os pacientes internados com autorização Medicaid pendente, PFA/PFC irá preencher a candidatura de Assistência Financeira e o pessoal enviará essa candidatura para o Especialista da Medicaid. Se a Medicaid for recusada e o paciente se qualificar para Assistência Financeira, a conta é reavaliada segundo a tabela apropriada de Nível de Pobreza Federal LifeChart (“FPL”). Exceção: Bradley Hospital – com Medicaid pendente, a candidatura CFS é enviada para o paciente por PFS se ao paciente for recusada Medicaid.

**9. Limite de tempo para candidaturas:** As candidaturas não serão aceites com datas superiores a 90 dias a partir da emissão da primeira declaração do paciente. A exceção são as contas classificadas como contas de “agência de pré-recolha”. Estas candidaturas não serão aceites com datas superiores a 90 dias a partir do estado de transferência de pré-recolha, exceto

quando há um problema com a cobertura do paciente por terceiros, aguardando cobertura e responsabilização de terceiros, ou se as circunstâncias financeiras do candidato se alterarem. (Pacientes cuja documentação não está em conformidade, e após os 90 dias nos quais optaram por apresentar a documentação, será aceite a data original da candidatura.)

**10. 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 por uma visita ED; para um internamento ED; e para cuidados de acompanhante to associados a uma visita ED ou internamento ED.**

**11. 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.

**12. Insolvências:** As contas atribuídas a insolvências e que sejam consideradas elegíveis para CFS serão reativadas a partir do estado de insolvência e amortizadas segundo a percentagem de CFS apropriada.

**13. CFS especial com documentação limitada:**

Aprovação de candidaturas com circunstâncias atenuantes:

- a) Os pacientes admitidos mas que não consigam apresentar documentos por razões de saúde, por exemplo: abuso grave de substâncias e problemas com a residência e que não estejam associados a um abrigo;
- b) Residentes de Massachusetts admitidos mas que falecem antes do preenchimento da candidatura para Mass Health (Mass Health não levará estas candidaturas em consideração);
- c) para pacientes considerados elegíveis pela Medicaid ou GPA, o CFS aplica-se retroativamente 6 meses a partir da data de elegibilidade se o paciente não apresentar documentação CFS em conformidade;
- d) O paciente residente em RI falece e a família não se candidata a RI Medicaid;
- e) Paciente internado como trabalhador por conta própria mas admitido à custódia do Estado durante o internamento; o Estado (ACI) pagará a partir da data de custódia, as contas dos 6 meses anteriores serão ajustadas segundo o CFS

14. **Processo de candidatura modificado:** Pacientes que recebem senhas para alimentação qualificam-se para um processo de candidatura modificado se apresentarem uma Carta de Senhas para Alimentação e se os seus rendimentos/recursos respeitarem as diretrizes financeiras.

15. **Processo de recurso:** Os pacientes têm direito a recurso após recusa de uma candidatura para CFS. 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 Serviços Jurídico-Financeiros para os Pacientes. 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 das Finanças. 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.

16. **Âmbito da aplicação:** Os Serviços Jurídico-Financeiros para Pacientes, os Serviços de Consultadoria Financeira para Pacientes, PFS-Departamento e Administração de Assistência a Clientes conforme necessário. Todo os pessoal de registo nos hospitais afiliados e agências externas são responsáveis pela distribuição das candidaturas e por encaminhar os pacientes para o Pessoal de PFA, PFS e da Assistência a Clientes para ajuda com as candidaturas para assistência financeira.

17. **Comunicação do Programa de Assistência Financeira aos pacientes e ao público:** Lifespan publicou esta política, formulário de candidatura e o sumário da política em linguagem corrente no seu website e em vários locais públicos nas suas instalações (como em salas de emergência e áreas de internamento). Uma cópia do sumário desta política em linguagem corrente é entregue aos pacientes durante o processo de internamento ou de alta, e a Lifespan também inclui uma notificação escrita dos extratos de faturação para notificar os pacientes quando à disponibilidade da assistência financeira.

A Lifespan abrange todos os grupos significativos com domínio limitado do inglês, disponibilizando esta Política de Assistência Financeira, formulário de candidatura e sumário da política em linguagem em versões dos principais idiomas falados por esses grupos.