

VIRTUA HEALTH

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| <u>TÍTULO DO MANUAL</u> PBS—CONTABILIDADE DO PACIENTE | | <u>NOME DA POLÍTICA</u> Política de assistência financeira | | |
| <u>PROPRIETÁRIO DO MANUAL</u> Contabilidade do paciente | <u>DATA DE EMISSÃO</u> | <u>DATA DA ÚLTIMA REVISÃO</u> 12/2015 11/2019 | <u>DATA DA REVISÃO</u> 12/2015 11/2019 | <u>DATA EFETIVA</u> 12/2015 |
| <u>INTERVALO DA REVISÃO</u> 12 meses | | <u>REVISADO / APROVADO POR:</u> Agentes do Conselho Director da Virtual Health | | |

1. Política

O objectivo da Política de assistência financeira ("FAP") da Virtua é auxiliar as pessoas que não possuem recursos financeiros adequados (incluindo o seguro de saúde) para pagar pela assistência que elas, ou alguém pelos quais são responsáveis, receberam. A FAP da Virtua refere-se à provisão de cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários. Ela não se refere a procedimentos cosméticos opcionais ou procedimentos não medicamente necessários. Os pacientes que recebem cuidados de emergência ou outros cuidados medicamente necessários na Virtua também são comumente atendidos por grupos médicos privados ou outros provedores da área de saúde terceiros enquanto estão sob os cuidados da Virtua. Consulte o Apêndice A para obter uma lista de provedores nas nossas instalações hospitalares que oferecem serviços de emergência e outros serviços medicamente necessários da área de saúde. O apêndice especifica quais provedores estão cobertos ou não sob esta FAP. A lista de provedores será revisada trimestralmente e actualizada, se necessário.

2. Programas de assistência financeira, qualificação e métodos para inscrição/procedimentos

Sujeita a qualificação, a assistência financeira pode estar disponível através dos seguintes programas:

- a) Programas do governo como Medicaid e Segurança Social
- b) O Programa de Assistência de Pagamento de Cuidados Hospitalares do Estado de New Jersey ("HCPAP")

A fonte de financiamento para a assistência de pagamento para cuidados hospitalares é através do Fundo de Subvenção de Cuidados da Área de Saúde (Health Care Subsidy Fund) administrado sob a Lei Pública de New Jersey de 1997, Capítulo 263. A aprovação para a HCPAP resulta em cuidados gratuitos ou com desconto para pacientes que recebem serviços ambulatoriais ou de hospitalização em hospitais de cuidados intensivos no estado de New Jersey. Assistência hospitalar e cuidados com cobrança reduzida estão disponíveis somente para cuidados de emergência necessários ou outros cuidados medicamente necessários.

Os pacientes podem estar qualificados para a HCPAP se forem residentes de New Jersey e que:

- i. Não têm seguro de saúde ou têm seguro que cobre somente parte da factura hospitalar (não segurado ou com cobertura insuficiente);

- ii. Não estejam qualificados a cobertura privada ou patrocinada pelo governo (como Medicaid); e
- iii. Atendem aos seguintes critérios de qualificação de bens e rendimentos incluídos abaixo:

Critérios de rendimentos: Pacientes com rendimento familiar bruto menor ou igual a 200% das Directrizes Federais de Pobreza (“FPG”) estão qualificados para 100% de cobertura de cuidados de caridade. Pacientes com rendimento familiar bruto maior que 200% mas menor ou igual a 300% das FPG estão qualificados para cuidado com desconto. Cuidados gratuitos ou custos parcialmente cobertos serão determinados pelo uso da Tabela de Preços do Departamento de Saúde de New Jersey.

Critérios de bens: O HCPAP inclui limites de qualificação de bens os quais estabelecem que os bens individuais não podem exceder \$7.500 e os bens familiares não podem exceder \$15.000.

O HCPAP também está disponível para residentes fora de New Jersey, que exigem cuidados médicos imediatos para uma condição médica de emergência.

Pacientes que se desejam inscrever no HCPAP devem enviar um formulário de Inscrição para Participação no Programa de Assistência de Cuidados Hospitalares de New Jersey, incluindo informações sobre a família/residência, comprovante de residência em New Jersey (ex. carteira de motorista, cartão de identificação do condado) e documentação de rendimentos (ex. holerite(s), Formulário W-2, declaração de segurança social) e bens (ex. extratos bancários). Se um paciente não tiver rendimentos ou bens, uma declaração fornecida pelo paciente evitaria a necessidade de documentação.

c) Desconto para Não Segurados de New Jersey (Lei Pública 2008, Capítulo 60)

Todos os pacientes não segurados com rendimento familiar bruto menor que 500% do FPG estarão qualificados para cuidados com desconto sob este programa. Sob este programa, um valor não superior a 115% da taxa de pagamento aplicável sob o programa federal Medicare será cobrado a um paciente qualificado para os seguros de cuidados de saúde fornecidos.

d) NJ FamilyCare

NJ FamilyCare é o programa de seguro de saúde de New Jersey publicamente financiado que inclui populações de expansão de CHIP, Medicaid e Medicaid. NJ FamilyCare é um programa de seguro de saúde financiado estatal e federal criado para ajudar residentes de New Jersey de qualquer idade qualificados a acessarem seguro de saúde viável. NJ FamilyCare é para pessoas que não tem seguro do empregador.

Qualificação financeira para indivíduos que buscam elegibilidade para NJ FamilyCare será baseada nos seus rendimentos brutos ajustados modificados ou MAGI. Informações adicionais podem ser encontradas em: www.njfamilycare.org/default.aspx.

e) Deteccção Precoce e Educação sobre o Câncer de New Jersey (New Jersey Cancer Education and Early Detection, NJCEED)

O programa de NJCEED oferece alcance abrangente, educação e serviços de exames para câncer de mama, cervical, coloretal e de próstata.

Um paciente deve ter seguro insuficiente ou nenhum seguro e deve ter um rendimento familiar bruto de ou abaixo de 250% do FPG para estar qualificado. Informações adicionais podem ser encontradas em: www.nj.gov/health/cancer/njceed.

f) O Fundo de Auxílio para Doenças Catastróficas em Crianças

O Fundo de Auxílio para Doenças Catastróficas em Crianças oferece assistência financeira para famílias de crianças com uma doença catastrófica.

Para se qualificar, os gastos hospitalares devem exceder 10% do rendimento familiar bruto, mais 15% de qualquer rendimento em excesso acima de \$100.000, a criança deveria ter 21 anos ou menos quando os gastos hospitalares ocorreram e a família deve ter morado em New Jersey durante 3 meses imediatamente antes da data de inscrição. Trabalhadores migrantes podem estar qualificados, residentes temporários não estão qualificados. Informações adicionais podem ser encontradas em www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home.

g) Escritório de Compensação para Vítimas de Crimes em New Jersey

O estado de New Jersey estabeleceu o Escritório de Compensação para Vítimas de Crimes em New Jersey para compensar vítimas de crimes para perdas e gastos, incluindo determinados gastos médicos, resultantes de determinados actos criminosos.

Para se qualificar no Escritório de Compensação para Vítimas de Crimes em New Jersey, o crime deve ter ocorrido em New Jersey ou deve estar relacionado a um residente de New Jersey vitimizado fora do estado, a vítima deve ter participado o crime à polícia no prazo de 9 meses e a vítima deve cooperar com a investigação e o processo do crime. A reclamação deve ter sido arquivada dentro de 3 anos a partir da data do crime e o paciente deve ser uma vítima inocente do crime. Informações adicionais podem ser encontradas em www.nj.gov/oag/njvictims/index.html.

h) ABG

De acordo com o IRC Seção 501(r)(5), no caso de emergência ou outro cuidado medicamente necessário, pacientes qualificados não serão cobrados mais do que os valores geralmente cobrados a indivíduos com seguro de saúde cobrindo tal cuidado.

Pacientes podem estar qualificados para este desconto se não tiverem seguro de saúde e tiverem um rendimento familiar bruto menor que 500% do FPG. Além disso, pacientes com cobertura insuficiente podem estar qualificados se o seu rendimento familiar bruto for maior que 200% mas menor que ou igual a 300% do FPG.

i) Programa de Assistência de Caridade da Virtua (“CAP”)

Pacientes não segurados que não estão qualificados para Medicaid e não podem se qualificar para um desconto de 100% sob o HCPAP podem estar qualificados para CAP se forem cidadãos dos Estados Unidos e o seu rendimento familiar bruto não exceder 500% do FPG. As pessoas qualificadas para obter assistência sob o CAP receberão um desconto de 88% sobre o valor cobrado para procedimentos de emergência ou medicamente necessários.

Para se inscrever na assistência financeira sob o CAP, um formulário de inscrição ao programa de Assistência de Caridade da Virtua deve ser enviada. Os solicitantes do CAP devem fornecer informações sobre a família/domicílio e prova de rendimento documentado (consulte os exemplos de comprovante de rendimento incluídos na Seção 2(b), HCPAP).

O formulário de Inscrição para Participação no Programa de Assistência de Cuidados Hospitalares de New Jersey e a Inscrição ao Programa de Assistência de Caridade da Virtua (“inscrições”) podem ser descarregadas no sítio da Virtua, www.virtua.org, sob Virtua Charity Assistance Program (Programa de Assistência de Caridade da Virtua).

Cópias em papel dos formulários de inscrição podem ser obtidas entrando em contato com o nosso escritório de serviço de atendimento ao cliente através do número (833)335-4010.

Pacientes têm 365 dias a partir da data da sua primeira factura pós-alta para enviarem inscrições preenchidas, que incluem a documentação necessária.

Envie pelo correio os formulários de inscrição preenchidos (com toda a documentação necessária) para:

Contabilidade de pacientes da Virtua
2000 Crawford Place, Suite 100
Mount Laurel, NJ 08054

Se uma inscrição incompleta for recebida, a Virtua fornecerá ao paciente um aviso por escrito descrevendo a documentação/informação adicional necessária para fazer uma determinação da qualificação ao FAP e fornecer ao paciente um período de tempo razoável (30 dias) para fornecer a documentação solicitada. A Virtua também fornecerá ao paciente uma cópia de um Resumo em Linguagem Simples (“PLS”) deste FAP. O PLS é uma declaração por escrito que notifica um indivíduo de que a Virtua oferece assistência financeira sob o FAP e fornece informações adicionais em uma linguagem clara, concisa e fácil de compreender. Além disso, a Virtua, e quaisquer terceiros agindo em nome da Virtua, suspenderá qualquer acção de cobrança extraordinária (“ECAs”) para obter pagamento por um período de tempo razoável.

3. Base para calcular valores cobrados

Anualmente, a Virtua irá estabelecer os percentuais de AGB para suas instalações hospitalares usando o método Look-back. Os percentuais de AGB são calculados dividindo o programa de tarifa por serviço do Medicare + pedidos da seguradora pelas cobranças brutas associadas aos pedidos. Os percentuais resultantes de AGB são multiplicados pelas cobranças brutas de procedimentos específicos para determinar o valor de AGB.

Os percentuais de AGB calculados e a descrição complementar dos cálculos estão disponíveis sob solicitação e são gratuitas entrando em contato com o nosso escritório de atendimento ao cliente no número (833)335-4010.

Um indivíduo determinado para se qualificar ao FAP não será cobrado mais do que o AGB para serviços de saúde de emergência e outros serviços medicamente necessários de acordo com o IRC Seção 501(r)(5). AGB é o valor máximo cobrado a qualquer indivíduo qualificado para o FAP. De acordo com este FAP, um indivíduo qualificado para o FAP será cobrado o menor do AGB ou qualquer outra taxa descontada para a qual se qualifica sob este FAP.

4. Divulgação ampla do FAP

O Departamento de Contabilidade do Paciente da Virtua usará seus melhores esforços para oferecer assistência financeira de forma justa e consistente, usando esforços razoáveis para determinar se um indivíduo está qualificado para obter assistência financeira. Como a Virtua deve equilibrar as necessidades de nossos pacientes por assistência

financeira com nossa própria responsabilidade fiscal mais abrangente, a assistência não é considerada um substituto para a responsabilidade pessoal. Espera-se que os indivíduos considerados como tendo meios financeiros para pagar por seus cuidados assim o façam e a Virtua reserva-se o direito de tomar ações conforme permissível sob a lei para proteger seus bens, como necessário.

Para o benefício de nossos pacientes, nosso FAP, inscrições e PLS estão disponíveis no sítio da Virtua:

www.virtua.org

Cópias em papel do FAP, formulários de inscrição e PLS estão disponíveis gratuitamente sob solicitação nos seguintes locais públicos de nossas instalações hospitalares:

- Salas de Emergência; -
- Registro de ambulatório;
- e - Registro de internação.

Além disso, cópias em papel do FAP, formulários de inscrição e PLS podem ser solicitados entrando em contato com o escritório de serviço de atendimento ao cliente da Virtua no número (833)335-4010.

A Virtua montou mostruários em locais de hospitais públicos em um esforço para notificar e informar nossos pacientes e membros da comunidade sobre a assistência financeira disponível.

A Virtua também fará esforços razoáveis para informar membros da comunidade sobre a disponibilidade de assistência financeira.

A Virtua oferecerá uma cópia do PLS a todos os pacientes como parte do processo de internação ou alta.

Em um esforço para acomodar todas as populações significativas na área de serviço primário da Virtua, o FAP, formulários de inscrição e PLS estão disponíveis em inglês e no idioma primário de populações com proficiência limitada em inglês (“LEP”) que constituem menos de 1.000 indivíduos ou 5% da comunidade servida pela Virtua.

5. Política de factura e cobrança

A Virtua irá cumprir com todos os regulamentos e provisões contratuais concordadas em relação a suas práticas de factura e cobrança. O Departamento de Contabilidade do Paciente será responsável pelo facturamento e o acompanhamento para assegurar o recebimento de pagamento em relação a todas as contas. Se, após receber pagamento do pagador com a responsabilidade primária pelo valor devido, houver um valor remanescente devido (por exemplo, um valor dedutível ou de co-seguro), o saldo remanescente da conta será cobrado à parte com a responsabilidade secundária pelo saldo da conta. Em relação aos pacientes não segurados ou sem cobertura de seguro secundária para um saldo residual, a Virtua não irá realizar ações de cobrança extraordinárias (“ECAs”) contra um indivíduo para obter pagamento por cuidado até que esforços razoáveis possam ser realizados para determinar se o indivíduo está qualificado para assistência sob o FAP da Virtua.

As contas dos pacientes para os quais não há cobertura de seguro de saúde de terceiros identificada seguirão o ciclo de cobrança de auto-pagamento definido, com a parte responsável sendo informada da disponibilidade de descontos oferecidos sob o FAP.

Após um formulário de inscrição no FAP for recebido, a Virtua irá:

- a) Suspender quaisquer ECAs contra o indivíduo (quaisquer terceiros agindo em nome da Virtua também suspenderão as ECAs executadas);
- b) Realizar e documentar uma determinação de qualificação do FAP em um prazo adequado; e
- c) Notificar por escrito a parte responsável ou o indivíduo sobre a determinação e a base para determinação.

Se um paciente for considerado como qualificado para o FAP, a Virtua irá:

- i. Fornecer um extrato de faturamento indicando o valor que o indivíduo qualificado para o FAP deve, como esse valor foi determinado e como a informação relativa ao AGB pode ser obtida;
- ii. Reembolsar qualquer pagamento em excesso realizado pelo indivíduo; e
- iii. Terceiros tomarão todas as medidas razoáveis disponíveis para reverter quaisquer ECAs realizadas contra os pacientes para coletar as dívidas.

Quaisquer contas remanescentes não pagas que não estejam no processo de realizar acordos de pagamento ou sendo aprovadas para assistência financeira ao final do ciclo de cobrança definido de auto-pagamento (120 dias após a data da primeira factura pós-alta) serão transferidas para uma agência de terceiros (“agência”) para cobrança. Antes dessa transferência, então, uma estimativa do rendimento anual da parte responsável pode ser obtida de uma agência de crédito externa. Se for possível determinar com base na estimativa de rendimento que o indivíduo estaria qualificado para o FAP, a redução anteriormente mencionada será aplicada com o saldo líquido remanescente transferido a uma agência para cobrança. Além disso, a Virtua irá notificar o indivíduo sobre a base para a determinação presumida de qualificação ao FAP.

A conta permanecerá com a agência por 180 dias. Após este período, fora um acordo para resolver o saldo remanescente, a Virtua, ou quaisquer partes agindo em seu nome, poderão executar as seguintes ECAs:

- a) Relatar informações adversas sobre o indivíduo a agências de relatório de crédito ao consumidor ou agências de crédito;
- b) Colocar uma garantia na propriedade de um indivíduo;
- c) Anexar ou apreender a conta bancária ou outras propriedades pessoais do indivíduo;
- d) Iniciar uma ação civil contra um indivíduo; e
- e) Penhorar o salário de um indivíduo.

A Virtua poderá autorizar advogados e agências de cobrança trabalhando em benefício da Virtua a iniciar ECAs sobre as contas inadimplentes dos pacientes após um período de notificação de 120 dias. A Virtua irá assegurar que esforços razoáveis foram realizados para determinar se um indivíduo está qualificado para assistência financeira sob o FAP e que as seguintes ações foram tomadas antes de iniciar uma ECA:

1. Um aviso por escrito foi fornecido ao paciente (incluído em todos os extratos de faturamento) que:

- Indica que assistência financeira esta disponível para pacientes qualificados; -
Identifica a(s) ECA(s) que a Virtua irá iniciar para obter pagamento pelos cuidados;
 - e - Define um prazo após o qual tais ECAs podem ser iniciadas.
2. O paciente recebeu uma cópia do PLS com seu terceiro extrato de facturamento; e
 3. Esforços razoáveis foram realizados para notificar oralmente o indivíduo sobre o FAP e como o indivíduo pode obter ajuda com o processo de inscrição para assistência financeira.

Seguro de terceiros

1. A Virtua irá cobrar Medicare e Medicaid;
2. A Virtua irá cobrar todas as seguradoras terceiras em nome do paciente. As seguradoras têm 45 dias para enviar pagamento antes que a Virtua comece a entrar em contato com pacientes sobre o saldo de seguro não pago;
3. A Virtua irá cobrar terceiros cobrindo veículos motor e pedidos de compensação de trabalhadores; e
4. Pacientes são responsáveis por suas facturas se nenhum pagamento for recebido, a menos que proibido por contrato ou regulamentos

Saldos não segurados, não resolvidos e de auto-pagamento

1. Serviços emergentes, urgentes e de parto e nascimento cobertos sob a EMTALA (Lei sobre Tratamento Médico de Emergência e Trabalho de Parto) não estão sujeitos a pagamento antecipado. A Virtua não executará ações que irão desencorajar indivíduos a buscar cuidados médicos de emergência, como exigir que pacientes no departamento de emergência paguem antes de receber tratamento por condições médicas de emergência ou ao permitir actividades de cobrança de dívidas no departamento de emergência ou outras áreas onde tais actividades poderiam interferir com a provisão de cuidado de emergência em uma base não discriminatória.
2. Pagamento por dedutíveis conhecidos, co-seguro e valores de cosseguro são devidos no momento do serviço.
3. Pagamento por serviços não cobertos, não segurados e de “estilo de vida” é devido no momento do serviço (procedimentos de estilo de vida são definidos como procedimentos desnecessários como cirurgia cosmética não restaurativa).
4. Saldos de pacientes que não podem ser pagos antes do serviço e saldos devidos após pagamento de seguro ou recusa devem ser resolvidos através de um dos seguintes métodos:
 - a. Pagamento completo de fundos pessoais, cartão de crédito;
 - b. Pagamentos de prazo limitado (consulte a política de acordos de pagamento); ou
 - c. Assistência financeira aprovada. (Consulte o FAP da Virtua)

5. Uma vez que o saldo da conta se tornar responsabilidade do paciente, um extrato será enviado ao paciente pelo correio dentro de 3-5 dias comerciais. Essa data marca o início do período de notificação. O "período de notificação" é um período de 120 dias no qual nenhuma ECA pode ser iniciada contra o paciente.
6. Neste momento, o fornecedor de auto-pagamento da Virtua irá inserir uma data de activação na conta para iniciar o ciclo de facturamento.
 - a. O paciente receberá 3 cartas. Essas cartas incluirão informações sobre as opções de pagamento acima bem como o FAP da Virtua. Tentativas/ligações serão realizadas ao paciente antes de enviar uma conta para cobranças. Essas etapas permitirão que todas as contas serão processadas da mesma forma:
 - b. Transferências para uma agência de cobrança não ocorrerão por pelo menos 120 dias a partir da factura inicial pós-alta ao paciente;
 - c. Contas com endereços incorrectos e as relacionadas aos pacientes falecidos podem ser transferidas a uma agência de cobrança somente se houver pesquisa documentada de referência na conta. Os procedimentos apropriados para endereços incorrectos e pacientes falecidos sem família/bens devem ser seguidos e documentados na conta.
7. Antes de serem encaminhadas a uma agência de cobrança, todas as contas de indivíduos não segurados são analisadas em busca de qualificação de rendimento em relação ao CAP da Virtua. Se qualificadas, as contas serão ajustadas a um valor inferior antes de serem enviadas a uma agência de cobrança.