
Política de Crédito e Cobrança

信用與催收政策

Política de Créditos y Cobros

Политика предоставления кредита и взыскания задолженности

Credit and Collection Policy

Chính sách Tín dụng và Thu hồi Nợ

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	3	VII NÃO RESIDENTES DE MASSACHUSETTS	10
II PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DE SAÚDE	3	A. Residentes dos EUA mas não de Massachusetts	10
A. Princípios Gerais	3	B. Pacientes do Exterior	10
B. Serviços de Emergência e Urgência	4	VIII ACORDOS DE PAGAMENTOS	10
C. Serviços de Não Emergência, Não Urgência	4	A. Diversos	10
D. Locais que Pacientes devem Procurar para Atendimento	4	B. Formas de Pagamento	10
III COLETA E VERIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE	4	C. Moeda	10
A. Serviços de Emergência e Urgência	5	D. Planos de Pagamento	11
B. Serviços de Não Emergência, Não Urgência	5	E. Depósitos	11
IV DETERMINAÇÃO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO PACIENTE	5	IX FATURAMENTO E COBRANÇA DOS PACIENTES	11
A. Princípios Gerais	5	A. Princípios Gerais	11
B. Preparo das Estimativas	5	B. Práticas de Faturamento do Hospital, incluindo Extratos, Cartas e Ligações para Pacientes	11
C. Pacientes Segurados	5	C. Aviso de Sobretaxa	12
D. Pacientes sem Seguro de Saúde (Pago pelo Paciente)	6	D. Situações Especiais de Cobrança	13
V SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO FINANCEIRA	6	E. Considerações sobre Processamento Especial de Conta	13
A. Diversos	6	X. TRANSFERÊNCIA PARA DÍVIDA INCOBRÁVEL	14
B. Comunicação dos Serviços de Coordenação Financeira	7	A. Transferência da Conta para Dívida Incobrável	14
C. Residência	7	B. Agências de Cobrança	14
D. Assistência Financeira do Hospital, Descontos, Atendimento de Caridade	7	C. Gravame sobre Pagamento	14
E. Considerações sobre Requerimento Especial	7	D. Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs)	14
VI PROGRAMAS DO ESTADO — RESIDENTES EM MASSACHUSETTS	7	E. Esforços Razoáveis	14
A. Processo de Inscrição — Todos os Programas do Estado, exceto Dificuldade Médica (Medical Hardship)	7	XI SALDOS E REEMBOLSOS DE CRÉDITO	14
B. Processo de Inscrição — HSN — Dificuldade Médica	8	XII EVENTOS GRAVES DENUNCIÁVEIS (SREs)	14
C. Aprovação da Cobertura de acordo com os Programas do Estado	8	XIII CONFORMIDADE COM A LEI HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)	14
D. Efeito de um Requerimento de HSN/Mass Health Pendente	8	XIV DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE	15
E. Contestação do Resultado	8	XV PUBLICAÇÃO DA POLÍTICA DE CRÉDITO E COBRANÇA	15
F. HSN — Qualificação de Paciente de Baixa Renda e Considerações sobre a Cobertura	8		

I. INTRODUÇÃO

Esta política de Crédito e Cobrança aplica-se ao Tufts Medical Center, mencionado nesta política como “Tufts MC” ou “Hospital”. O Tufts Medical Center consiste no Tufts Medical Center, um hospital-escola e de pesquisas de indicação terciária e quaternária de serviço completo sem fins lucrativos, e o Floating Hospital for Children, um hospital pediátrico que oferece serviços completos em Boston. O Tufts MC ocupa posição de vanguarda na prestação do atendimento médico necessário para todas as pessoas, quer disponham de meios para pagar ou não. O Tufts MC atende todos os pacientes que nos procuram durante 24 horas por dia, 7 dias por semana e 365 dias por ano.

Ao fornecer serviços, o Tufts MC não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, condição de estrangeiro, religião, credo, identidade sexual, orientação sexual, idade ou incapacidade. Isso se aplica tanto ao conteúdo quanto à aplicação das políticas do Hospital que dizem respeito à aquisição e verificação das informações financeiras, depósitos de pré-admissão ou pré-tratamento, planos de tratamento, serviços ou admissões adiados, condição de paciente de baixa renda e práticas de faturamento e cobrança.

Esta Política de Crédito e Cobrança preocupa-se com a preservação dos bens do Hospital e em manter uma base financeira sólida para suas operações e manter, ao mesmo tempo, o equilíbrio entre as necessidades da nossa comunidade e a dos pacientes que recebemos. Esta política estabelece as diretrizes gerais do Hospital para a aquisição e verificação das informações, para a classificação dos pacientes de acordo com seus meios de pagamento, e para a coleta do pagamento de seguradoras terceiras, pacientes, seus fiadores e outros responsáveis pelo pagamentos dos serviços de saúde. A política do Hospital visa cumprir os requisitos impostos pelas leis estaduais e à medida que as leis forem alteradas ao longo do tempo.

Os pacientes que possuem meios devem pagar pelos serviços prestados pelo Tufts MC. Esta política pressupõe que os pacientes que possuem meios para comprar planos de seguro, o façam e mantenham a devida cobertura. Na hipótese de incapacidade de pagamento pelos pacientes, o Hospital os auxilia na obtenção de assistência financeira por meio de programas do governo e outras fontes para os serviços médicos necessários, sempre que for o caso. Para que o cumprimento de sua missão seja viável, o Tufts MC se obriga a cumprir sua responsabilidade fiduciária de cobrar e coletar os valores referentes aos serviços médicos prestados aos pacientes. Esta Política de Crédito e Cobrança foi criada para assegurar o cumprimento das leis em vigor, incluindo dentre elas: (1) O regulamento Health Safety Net Eligibility do Estado (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 M.G.L. § 228; (3) The Centers for Medicare and Medicaid Services (“CMS”) Medicare Bad Debt Requirements (42 C.F.R. § 413.89); e (4) Seção 501(r) do Internal Revenue Code (Código da Receita Federal).

O Conselho da Administração atribuiu ao Diretor Financeiro do Hospital a responsabilidade de garantir que uma cópia eletrônica atualizada desta Política de Crédito e Cobrança seja encaminhada ao Health Safety Net Office juntamente com a documentação e anexos de comprovação.

Esta política aplica-se aos serviços prestados e cobrados pelo Hospital nos locais mencionados no Apêndice A — Locais e Entidades Participantes do Tufts Medical Center. Esta política não se aplica aos serviços prestados e cobrados pelas entidades relacionadas no Apêndice B — Lista dos Provedores Filiados ao Tufts Medical Center, Entidades não Participantes, mesmo no caso de tais serviços serem prestados nos locais do Hospital mencionados no Apêndice A.

II. PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DE SAÚDE

A. Princípios Gerais

Todos os pacientes que procuram atendimento médico sem consulta marcada serão avaliados de acordo com as classificações mencionadas nesta seção. Serviços de Emergência ou de Urgência (definidos na Seção II(B) abaixo) não serão negados nem adiados na dependência de o Hospital identificar um paciente, sua cobertura de seguro ou meios para pagar pelos serviços. Entretanto, os serviços de Não Emergência, Não Urgência (definidos na Seção II(C) abaixo) podem ser adiados indefinidamente nos casos em que o Hospital for incapaz de determinar uma fonte de pagamento dos serviços, após consulta com o médico que estiver tratando o paciente.

A urgência do tratamento, associada aos sintomas clínicos apresentados pelo paciente, será determinada por um profissional de medicina de acordo com as normas clínicas de atendimento locais, estaduais e nacionais, e com as políticas e os procedimentos da equipe médica do Hospital. É importante observar que a classificação das condições dos pacientes é feita somente para fins de controle clínico, sendo que essas classificações visam estabelecer a ordem pela qual a equipe médica do Hospital deve atender os pacientes, de acordo com os sintomas clínicos apresentados. Essas classificações não refletem a avaliação médica da condição médica do paciente indicada no diagnóstico final.

B. Serviços de Emergência e Urgência

“*Serviços de Emergência*” conforme mencionados nesta política, incluem:

Serviços médicos necessários fornecidos após o início do problema médico, seja ele de natureza física ou mental, manifestado por sintomas de suficiente gravidade, inclusive dores severas, e que, na ausência de pronto atendimento médico, uma pessoa leiga prudente que tenha conhecimento médio sobre saúde e medicina possa dizer que a saúde da pessoa ou de outra pessoa possa estar em sério perigo, afetar gravemente as funções do corpo ou problemas sérios de qualquer órgão ou parte do corpo, com relação a uma mulher grávida, de acordo com as definições estabelecidas no 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Um exame médico e qualquer tratamento de estabilização do problema médico de emergência, incluindo dentre outros, internação ou qualquer outro serviço prestado de acordo com a exigência da Lei de Tratamento Médico e Parto de Emergência (Emergency Medical Treatment and Labor Act - EMTALA) (42 U.S.C. § 1395[dd]), qualificam-se como Serviços de Emergência.

“*Serviços de Urgência*” conforme mencionados nesta política, incluem:

Serviços médicos necessários prestados após o início súbito de um problema médico, seja ele de natureza física ou mental, que apresente sintoma agudos de gravidade suficiente (incluindo dores severas) que uma pessoa leiga prudente acredite que, sem atenção médica dentro de 24 horas, a saúde do paciente possa estar em sério perigo, afetar gravemente as funções do corpo ou problemas sérios de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de urgência são prestados para os problemas que não sejam uma ameaça à vida nem que apresentem alto risco de danos sérios à saúde da pessoa.

Requisitos da Lei EMTALA:

De acordo com a Lei de Tratamento Médico e Parto de Emergência (EMTALA), o Hospital é obrigado a fazer um exame de triagem de todos os indivíduos que procuram o departamento de emergência do Hospital devido a uma condição médica, e a todos os indivíduos que comparecem a uma instalação do Hospital à procura de atendimento devido a uma emergência médica, para determinar se a condição médica desse indivíduo é realmente uma emergência. Se um médico ou outro pessoal médico qualificado do Hospital determinar que um paciente está em situação médica de emergência, a Lei EMTALA obriga ainda o Hospital a dispensar ao indivíduo o tratamento que estabilize sua condição, de acordo com a capacidade e competência do Hospital. A amplitude dos serviços prestados pelo Hospital necessários para o exame de triagem médica apropriado, bem como o escopo do tratamento necessário para estabilizar a condição médica de emergência, conforme exige a lei EMTALA, que pode incluir mas não se limitar à internação do indivíduo, é dispensada ao paciente de acordo com a avaliação feita pelo médico ou pessoal médico qualificado do Hospital, conforme documentado no prontuário médico.

C. Serviços de Não Emergência, Não Urgência

“*Serviços de Não Emergência, Não Urgência*” conforme mencionados nesta política, geralmente include os serviços médicos necessários que não atendem à definição de Serviços de Emergência ou Serviços de Urgência estabelecida na Seção II(B) desta política, ou serviços que um médico encarregado do tratamento tenha determinado não serem necessários do ponto de vista médico, tais como serviços não médicos (por ex., social, educacional ou vocacional, cirurgia plástica, pesquisa e outros) (a última categoria de serviços pode estar descrita nesta política como *Serviços Não Necessários do Ponto de Vista Médico*). Em geral, mas nem sempre, o paciente deve marcar antecipadamente uma consulta para esses serviços. O Hospital pode se negar a prestar Serviços de Não Emergência, Serviços de Não Urgência nos casos em que seja impossível para o Hospital determinar se o pagamento pelos serviços será efetuado.

D. Locais que Pacientes devem Procurar para Atendimento

Consulte o Apêndice A.

III. COLETA E VERIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Cabe ao paciente a obrigação de fornecer informações completas e em tempo hábil sobre seguro e dados demográficos para o Hospital, e saber quais serviços estão cobertos pela sua apólice de seguro. O Hospital empreenderá esforços para identificar os pacientes e obter, registrar e conferir as informações demográficas e financeiras completas de todo paciente que procurar atendimento. As informações a serem obtidas incluem dados demográficos (tais como nome, endereço, número de telefone, número do seguro social, sexo, data de nascimento e outros dados pertinentes do paciente) e informações sobre o plano de saúde (incluindo nome e endereço, número da apólice, número do grupo, informação do titular e informações sobre os benefícios, tais como copagamentos, franquias e cosseguero) que sejam suficientes para garantir o pagamento pelos serviços. O requisito imposto ao Hospital no sentido de obter informações completas deve levar a condição do paciente em consideração, sendo que as necessidades imediatas de atendimento médico do paciente têm prioridade. No caso dos pacientes internados, a verificação pode ocorrer a qualquer momento durante a prestação dos serviços, na ocasião da alta hospitalar ou durante o processo de cobrança. No caso de pacientes atendidos em regime ambulatorial, a verificação pode ocorrer a qualquer momento em que o paciente receber os Serviços de Não Emergência ou Serviços de Não Urgência, ou durante o processo de cobrança.

A. Serviços de Emergência e Urgência

O cadastramento e a admissão de pacientes de Emergência e Urgência deve ser executado de acordo com os requisitos da lei EMTALA. Em geral, os dados demográficos e de seguro do paciente podem ser coletados de acordo com o processo normal de cadastramento do Hospital, desde que essa coleta não atrase o andamento do exame médico de triagem e/ou qualquer tipo de tratamento de estabilização. Nos casos em que for impossível para o paciente fornecer os dados demográficos ou de seguro na ocasião do atendimento, e o paciente consentir, deve-se empreender esforços para entrevistar parentes ou amigos que estejam acompanhando o paciente, ou que sejam identificados de outra forma pelo paciente. Quando viável, os dados de seguro fornecidos pelo paciente devem ser confirmados com o pagador por meios eletrônicos ou outros métodos disponíveis. Entretanto, o Hospital não deverá, em nenhuma hipótese, conferir a situação de seguro de um paciente, obter pré-aprovação de pagadores terceiros ou dar ao paciente formulários de responsabilidade financeira antes do exame médico de triagem e iniciação do tratamento de estabilização.

B. Serviços de Não Emergência, Não Urgência

O cadastramento e a admissão de pacientes de Não Emergência e Não Urgência deve ser executado de acordo com os serviços prestados. Os dados demográficos, de seguro e financeiros de pacientes que retornam ou costumados também devem ser revisados e atualizados, conforme necessário, incluindo, se for o caso, a verificação da situação de seguro por meio eletrônico ou outros métodos disponíveis. Cabe aos pacientes a responsabilidade de atualizar os dados de seguro e demográficos ao se cadastrarem.

IV. DETERMINAÇÃO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO PACIENTE

A. Princípios Gerais

O Hospital empreenderá esforços para determinar a responsabilidade financeira do paciente assim que for possível durante o atendimento do paciente; desde que, a triagem e o início de qualquer tratamento de estabilização em conformidade com a EMTALA sejam realizados para pacientes de Emergência ou de Urgência antes das atividades para determinar a responsabilidade financeira do paciente. Pacientes membros de planos de saúde administrados ou de planos de seguro de saúde com requisitos de acesso específicos, são responsáveis por entender e cumprir todos os requisitos dos seus planos de saúde, incluindo encaminhamentos, autorizações, benefícios não cobertos e outras restrições quanto a “redes”. Um Hospital deve solicitar da seguradora, toda e qualquer pré-aprovação, autorização ou garantia de pagamento necessária, quando possível. Em algumas circunstâncias, incluindo os Serviços de Emergência ou de Urgência, esses encaminhamentos e autorizações podem ocorrer após a prestação do serviço. Todos os pacientes com saldo devedor pelos serviços serão informados que há uma equipe de Coordenação Financeira que poderá ajudá-los a cumprir suas obrigações financeiras perante o Tufts MC. O Hospital empreenderá esforços para informar aos pacientes sobre eventuais obrigações financeiras antes da prestação de qualquer serviços de Não Emergência, Não Urgência, desde que essa informação esteja disponível no Hospital.

B. Preparo das Estimativas

Mediante solicitação do paciente antes da prestação de um Serviços de Não Emergência, Serviço de Não Urgência, o Hospital deve fornecer uma estimativa da quantia permitida ou do custo do serviço, incluindo o valor de todas as tarifas pelo uso das instalações do Hospital. As informações da estimativa são colhidas e calculadas pelo Hospital, usando valores ou custos médios históricos baseados no serviço médico ou cirúrgico previsto, se for o caso, e duração estimada da permanência no Hospital. Dentro do que for viável para o Hospital, as estimativas devem considerar a responsabilidade do paciente, incluindo os copagamentos, franquias e cosseguro. As estimativas não devem considerar todos os serviços prestados e faturados pelas organizações relacionadas no Apêndice B. Os saldos finais podem ser diferentes da estimativa fornecida ao paciente devido a circunstâncias extenuantes, que podem exigir procedimentos, exames e/ou avaliações mais complexos. As estimativas exigem a participação do paciente e do médico do caso para que haja uma identificação razoável do tratamento e cuidados clínicos futuros esperados. Uma vez que os serviços clínicos necessários para o cálculo da estimativa tenham sido identificados, o Hospital tem 2 (dois) dias úteis a partir da data da solicitação para finalizar a estimativa e responder ao paciente. A estimativa final é fornecida ao paciente juntamente com as opções de pagamento.

C. Pacientes Segurados

O Hospital empreenderá esforços para conferir a situação de seguro do paciente e ajudá-lo a cumprir os requisitos do seu plano de saúde. Os pacientes são responsáveis pela obtenção dos encaminhamentos de outros provedores, quando necessários. A verificação do seguro ocorrerá de acordo com os princípios estabelecidos na Seção III acima. Sempre que possível, essa verificação deve incluir uma determinação da responsabilidade financeira esperada do paciente, incluindo os devidos copagamentos, franquias e cosseguro. Sempre que viável e clinicamente apropriado, o pagamento de valores predeterminados (copagamentos, franquias fixas) associados a um serviço de Não Emergência, Não Urgência, será obtido do paciente antes ou na data de prestação do serviço. Sempre que viável e clinicamente apropriado, o Hospital poderá cobrar copagamentos e/ou franquias por ocasião da alta do paciente após Serviço de Emergência ou de Urgência. Em alguns casos, o plano de saúde e o tipo de cobertura do seguro podem não permitir que uma determinação exata da

responsabilidade financeira do paciente seja efetuada antes da prestação dos serviços. Em alguns casos, o Hospital pode solicitar um depósito equivalente à sua melhor estimativa do que será a responsabilidade financeira esperada do paciente. Quando for impossível aos pacientes fornecer um pagamento adiantado pelo serviço Não Emergência, Não Urgência, ou após o serviço de Emergência ou de Urgência, eles poderão ser encaminhados para a Coordenação Financeira.

1) Planos de Saúde Conveniados

O Hospital faz convênio com uma série de seguros de saúde. Nesses casos, o Hospital entra em contato com o seguro de saúde para pagamento de todos os serviços cobertos. Visando auxiliar os pacientes a estabelecer qual será o custo que devem pagar do próprio bolso, o Hospital, mediante solicitação do paciente, fornecerá as informações suficientes sobre o Serviço de Não Emergência, Serviço de Não Urgência. Se a seguradora determinar que um serviço específico não é coberto ou indeferir o pagamento, o pagamento por esse serviço será atribuído diretamente ao paciente, de acordo com o contrato de seguro relevante. Sempre que possível, o Hospital auxiliará o paciente a contestar os indeferimentos ou outras decisões adversas do plano de saúde do paciente, reconhecendo que o plano de saúde frequentemente requer essa contestação por parte do paciente.

2) Planos de Saúde Não Conveniados

O Hospital, a título de cortesia, fará a cobrança da seguradora do paciente nos casos em que o Hospital não tiver um convênio com a seguradora. Apesar de o Hospital enviar a cobrança para o plano de saúde, a responsabilidade financeira final cabe ao paciente ou seu fiador (a pessoa responsável pelas obrigações financeiras pessoais do paciente). Se a seguradora não responder à cobrança do Hospital em tempo hábil, o paciente poderá receber diretamente a cobrança pelos serviços, exceto nos casos em que o paciente tenha proteção contra ações de cobrança (Seção IX(B)(6)). O saldo restante após o pagamento pela seguradora será cobrado do paciente. Sempre que possível, o Hospital auxiliará o paciente a contestar os indeferimentos ou outras decisões adversas do plano de saúde do paciente, reconhecendo que o plano de saúde frequentemente requer essa contestação por parte do paciente.

D. Pacientes sem Seguro de Saúde (Pago pelo Paciente)

Os pacientes sem seguro de saúde e que não tenham anteriormente sido considerados “Pacientes de Baixa Renda”, conforme a Massachusetts Health Safety Net (HSN), mais detalhadamente explicado na Seção VI(F) abaixo, deverão realizar o pagamento total nos casos em que a estimativa do custo estiver disponível. Quando uma estimativa não estiver disponível, será obtido antes um depósito adiantado predeterminado antes do recebimento de qualquer Serviço de Não Emergência, Não Urgência no Hospital. Se um paciente não efetuar o pagamento antecipado ou indicar impossibilidade de pagar o depósito, ele será encaminhado à Coordenação Financeira.

Os pacientes sem seguro de saúde serão encaminhados à Coordenação Financeira para determinar sua qualificação para os Programas do Estado e federais e, se qualificados, a Coordenação Financeira deverá auxiliar o paciente a se candidatar a esses programas. Isso inclui os residentes de Massachusetts que se candidatarem para o programa de saúde Commonwealth of Massachusetts Health Connector. Além da possível disponibilidade de programas do governo, todos os pacientes sem seguro devem receber informações sobre os programas de assistência disponíveis de acordo com a Política de Assistência Financeira do Tufts Medical Center (no website <http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance>, ligando para o Departamento de Coordenação Financeira do Hospital pelo 617-636-6013, ou comparecendo pessoalmente à Coordenação Financeira nos vários locais do endereço 800 Washington Street, Boston, MA 02111). Se não houver uma necessidade imediata dos serviços, conforme determinação do médico responsável pelo tratamento, o serviço de Não Emergência, Não Urgência pode ser adiado indefinidamente até que o paciente tenha meios de pagar, fazer acordos de pagamento adequados, obter seguro ou inscrever-se em um programa de assistência financeira que cobrirá o serviço.

V. SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO FINANCEIRA

A. Diversos

O Hospital empenhará esforços para identificar os pacientes sem seguro ou com seguro insuficiente, visando proporcionar-lhes aconselhamento e assistência. O Hospital dará aconselhamento financeiro aos pacientes e suas famílias, incluindo a triagem que identifique qualificação para outras fontes de cobertura, tais como programas do governo estadual ou federal, e fornecerá informações sobre todos os métodos aceitos de pagamento das contas do Hospital. Se mais assistência financeira for necessária, a Coordenação Financeira poderá oferecer descontos ou outros ajustes aos pacientes, se eles se qualificarem para a Política de Assistência Financeira do Tufts MC. Cabe ao paciente uma série de obrigações para que se qualifique a receber assistência, incluindo a obrigação de apresentar a documentação necessária e correta. Nos casos em que os pacientes possam se qualificar para programas federais, incluindo o Medicare, o Hospital informará ao paciente sobre os programas em potencial, ajudando a se candidatar e a apresentar a documentação, quando for apropriado.

B. Comunicação dos Serviços de Coordenação Financeira

O Hospital publica abertamente informações sobre os programas de assistência financeira disponíveis, incluindo onde procurar assistência. Consulte a Política de Assistência Financeira do Tufts MC para obter mais detalhes (disponível em www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance).

C. Residência

A residência é um fator determinante para se qualificar a receber assistência financeira prevista nos programas de assistência financeira do estado, federais e do Hospital. Consulte a Política de Assistência Financeira do Tufts MC para obter mais detalhes (disponível em www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance).

D. Assistência Financeira do Hospital, Descontos, Atendimento de Caridade

Os pacientes devem primeiro se candidatar aos programas estadual e/ou federal. Se o paciente não se qualificar para esses programas, é possível que haja assistência financeira disponível prevista na Política de Assistência Financeira do Tufts MC.

E. Considerações sobre Requerimento Especial

- 1) Requerimentos Confidenciais: requerimentos confidenciais para inscrição nos programas de assistência financeira do estado ou do Hospital podem ser apresentados sob duas circunstâncias:
 - a. Menores de idade: requerimentos confidenciais para cobertura podem ser enviados no caso de menores que pleiteiam serviços de planejamento familiar e serviços relacionados a doenças sexualmente transmissíveis. Esses requerimentos podem ser processados de acordo com a renda do menor, sem considerar a renda familiar. Esses pacientes devem ser encaminhados para a Coordenação Financeira.
 - b. Pessoas vítimas de abuso: essas pessoas também podem se candidatar a ter cobertura de acordo com sua renda individual, e não precisam informar seu endereço principal. Esses pacientes devem ser encaminhados para a Coordenação Financeira.
- 2) Pessoas Sem Documentos: os pacientes podem temer as implicações da imigração ao se candidatar para a condição de Paciente de Baixa Renda prevista pelos programas do Estado descritos na [Seção VI](#) abaixo. Os pacientes com meios limitados de pagamento serão incentivados a se candidatar para programas patrocinados pelo estado ou outros órgãos do governo. Se os pacientes continuarem a indicar esse temor, eles podem ser encaminhados para agências externas, para consultoria. Os pacientes que se recusam a se candidatar para assistência continuarão a ser tratados como Sem Seguro e os Serviços de Urgência e Emergência continuarão a ser prestados. Se não houver uma necessidade imediata dos serviços, conforme determinação do médico responsável pelo tratamento, o serviço de Não Emergência, Não Urgência pode ser adiado indefinidamente até que o paciente tenha meios de pagar, fazer acordos de pagamento adequados, obter seguro ou inscrever-se em um programa de assistência financeira que cobrirá o serviço.

VI. PROGRAMAS DO ESTADO — RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

Além de seguir os procedimentos gerais para pacientes Segurados ([Seção IV\(C\)](#)) e Sem Seguro ([Seção IV\(D\)](#)) acima-mencionados, o Hospital incentivará os pacientes que tenham possibilidade de se candidatar à cobertura dos Programas do Estado ou de outros programas do governo, a se candidatar para obter cobertura e poderá auxiliar o paciente a se candidatar aos benefícios. Os pacientes também podem se candidatar e serem aprovados para cobertura pela HSN, para cosseguro ou franquias não cobertas pelos seus planos de seguro primários; os copagamentos não estão incluídos nessa cobertura. Os programas do Estado para os quais um paciente pode ser aprovado podem incluir, dentre outros, MassHealth, HSN e outros programas por meio do Health Connector (coletivamente “Programas do Estado”).

A. Processo de Inscrição – Todos os Programas do Estado, exceto Dificuldade Médica (Medical Hardship)

O Hospital auxilia o paciente a preencher o requerimento para Programas do Estado e a providenciar e apresentar a documentação necessária e exigida pelo Programa do Estado em particular. As pessoas se candidatam à cobertura usando o requerimento apropriado, encaminhado ao sistema de inscrição do Estado. A pessoa pode enviar o requerimento on-line, pelo website, localizado no website do State’s Health Connector, um requerimento impresso, ou fazer o requerimento pelo telefone com um representante de atendimento ao cliente localizado no MassHealth ou no Health Connector. A documentação necessária pode incluir, dentre outras: (1) renda familiar anual (contracheques, extrato dos pagamentos do seguro social e uma carta do empregador, declarações de imposto de renda ou extratos bancários), (2) comprovação de cidadania e identidade, (3) condição de imigrantes de quem não tiver a cidadania (se for o caso) e (4) bens das pessoas que tenham 65 anos ou mais. O Estado avisa o paciente sobre a documentação que precisa ser apresentada para a verificação final. O paciente pode receber uma cobertura provisória se as diretrizes do programa foram atendidas.

B. Processo de Inscrição – HSN – Dificuldade Médica

O Hospital trabalha com o paciente para determinar se um programa, como a HSN — Dificuldade Médica seria apropriado. Se for, o Hospital auxiliará o paciente a preencher e enviar um requerimento de Dificuldade Médica para o Health Safety Net. Cabe ao paciente a obrigação de fornecer todas as informações necessárias solicitadas pelo Hospital em tempo hábil para garantir que o Hospital possa enviar um requerimento completo. Após o paciente preencher o requerimento e juntar todos os documentos exigidos, o Hospital enviará o requerimento completo para a HSN no prazo de 5 (cinco) dias úteis do recebimento. Se o requerimento preenchido fornecido pelo paciente não for enviado pelo Hospital no prazo de 5 (cinco) dias úteis do recebimento, não poderão ser executadas ações de cobrança contra o paciente com relação às contas que teriam se qualificado para o Medical Hardship se o requerimento tivesse sido encaminhado ao Estado dentro do prazo.

C. Aprovação da Cobertura de acordo com os Programas do Estado

O Hospital pode auxiliar os pacientes que se candidatam à cobertura prevista nos Programas do Estado, mas não age no sentido de determinar a qualificação para o programa estabelecido pelo MassHealth ou pela HSN. O MassHealth ou a HSN enviarão avisos sobre a qualificação. O paciente continua sendo responsável por informar ao Hospital sobre as decisões de cobertura, para assegurar a adjudicação correta e dentro do prazo de todas as contas do Hospital.

D. Efeito de um Requerimento de HSN/Mass Health Pendente

As contas dos pacientes em nome dos quais o Hospital enviou um requerimento para o Massachusetts Health Connector que cobre a qualificação para os programas MassHealth e HSN, serão retidas até que a determinação seja efetuada.

E. Contestação do Resultado

- 1) MassHealth: o paciente pode contestar diretamente ou procurar informações do MassHealth referentes à decisão sobre a cobertura. O pedido deve ser enviado ao MassHealth com a documentação de comprovação.
- 2) Paciente de Baixa Renda: um indivíduo pode pedir que o MassHealth/Connector realize uma revisão da determinação de condição de Paciente de Baixa Renda, em conformidade do Hospital com as disposições do 101 C.M.R. § 613.00 ou, sob circunstâncias especiais, a qualificação para Dificuldade Médica.

F. HSN – Qualificação de Paciente de Baixa Renda e Considerações sobre a Cobertura

1) Determinação de Paciente de Baixa Renda

A determinação de Paciente de Baixa Renda é feita pelo sistema de qualificação do MassHealth/Massachusetts Health Connector e limita-se aos residentes de Massachusetts. Para se qualificar, o paciente deve enviar o requerimento on-line ou impresso conforme explicação mais detalhada na [Seção VI\(A\)](#) ou [Seção VI\(B\)](#) acima, incluindo a documentação exigida para provar a residência em Massachusetts, identidade e renda. Há quatro categorias de cobertura principais para Paciente de Baixa Renda na HSN: (i) HSN-Primária ([Seção VI\(F\)\(4\)](#) abaixo); (ii) HSN-Secundária ([Seção VI\(F\)\(5\)](#) abaixo); (iii) HSN-Parcial ([Seção VI\(F\)\(6\)](#) abaixo); e (iv) HSN-Dificuldade Médica ([Seção VI\(F\)\(7\)](#) abaixo).

O Hospital também pode auxiliar os pacientes a se inscrever na Health Safety Net usando um processo de determinação presuntiva, que oferece um período de qualificação limitado. Esse processo é conduzido pela equipe de Coordenação Financeira que, baseada na declaração feita pelo próprio paciente sobre suas informações financeiras, decide se o paciente atende à definição de Paciente para ter somente cobertura dos serviços da Health Safety Net. A cobertura começa na data em que o Hospital fizer a determinação, até o fim do mês seguinte no qual a determinação presuntiva foi feita. No entanto, a cobertura pode ser modificada mais cedo se o paciente apresentar um requerimento completo para os Programas do Estado, conforme descrito em detalhes na [Seção VI\(A\)](#) ou [Seção VI\(B\)](#) acima.

2) Qualificação para a HSN

A situação de qualificação do paciente para cobertura pela HSN será conferida por ocasião do registro usando o Sistema de Verificação de Qualificação do MassHealth (MassHealth Eligibility Verification System - EVS), os Sistemas de Controle de Informações do Medicaid de Massachusetts (Massachusetts's Medicaid Management Information Systems - MMIS), a Rede de Intercâmbio de Atendimento de Saúde de New England (New England Healthcare Exchange Network - NEHEN) ou outros sistemas de qualificação do Hospital, conforme for o caso, e todas as mudanças na situação do paciente serão anotados no seu prontuário.

3) Limites de Serviço

Pacientes identificados como Pacientes de Baixa Renda receberão, dentro do possível, serviços condizentes com as diretrizes de cobertura da HSN ou do MassHealth, incluindo os limites de “Serviço Qualificado” previstos nos regulamentos e no arquivo de fórmulas de medicamentos do estado. O paciente que procurar um serviço de Não Emergência, Não Urgência receberá uma notificação por escrito informando sobre o custo máximo desse serviço, e sua assinatura indicará que aceita a responsabilidade financeira antes da prestação do serviço.

4) Cobertura — HSN — Primária

Para o Paciente de Baixa Renda que não tenha seguro e documentos de renda familiar do MassHealth MAGI (MassHealth Modified Adjusted Gross Income - MAGI) ou de Renda Familiar Calculável para Dificuldade Médica (Medical Hardship Family Countable Income) (conforme descrito no 101 C.M.R. § 613.04(1)), de 0 a 300% do Nível Federal de Pobreza (FPL) pode se qualificar para a HSN — Primária, sujeito às seguintes exceções:

- a. Pacientes de Baixa Renda que se qualificam para o Programa de Pagamento de Assistência Premium (Premium Assistance Payment Program) operado pelo Health Connector se qualificam para a Health Safety Net — Primária somente de acordo com o permitido pelo 101 C.M.R. § 613.04(5)(b).
- b. Estudantes sujeitos ao requisito do Plano de Saúde de Qualificação do Estudante (Qualifying Student Health Plan), M.G.L. c. 15A, § 18 não se qualificam para a cobertura da Health Safety Net — Primária.

5) Cobertura — HSN — Secundária

O Paciente de Baixa Renda pode se qualificar para a HSN - Secundária se tiver outro seguro primário e documentos de renda familiar do MassHealth MAGI (MassHealth Modified Adjusted Gross Income - MAGI) ou de Renda Familiar Calculável para Dificuldade Médica (Medical Hardship Family Countable Income) (conforme descrito no 101 C.M.R. § 613.04(2)) de 0 a 300% do Nível Federal de Pobreza (FPL), sujeito às seguintes exceções:

- a. Em vigor 101 dias após a Data de Cobertura Médica, os pacientes de Baixa Renda qualificados para o Programa de Pagamento de Assistência Premium operado pelo Health Connector são qualificados para serviços odontológicos não cobertos pelo Programa de Pagamento de Assistência Premium pelo Health Connector.
- b. Pacientes de baixa renda registrados em um Plano de Saúde de Qualificação do Estudante (Qualifying Student Health Plan) são qualificados para a Health Safety Net — Secundária.

6) Cobertura — HSN — Franquias Parciais

Os pacientes que se qualificam para a HSN — Primária ou para a HSN — Secundária com a renda familiar de 150,1% e 300% do Nível Federal de Pobreza (FPL) podem estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Grupo Familiar de Cobrança Premium (Premium Billing Family Group - PBF)G tiverem uma renda superior a 150,1% do FPL. O PBF)G é um grupo de pessoas que moram juntas, conforme definição do 130 C.M.R. § 501.001. Se algum membro do PBF)G tiver renda abaixo de 150,1% do FPL, não há franquia para nenhum membro do PBF)G. A franquia anual é calculada de acordo com o 101 C.M.R. § 613.04(4)(c)(1).

7) Cobertura — HSN — Dificuldade Médica

O residente de Massachusetts de qualquer nível de renda pode se qualificar para Dificuldade Médica pela Health Safety Net, se as despesas médicas permitidas tiverem desfalcado de tal forma sua renda calculável, que ele fique impossibilitado de pagar os serviços médicos recebidos. Para se qualificar para Dificuldade Médica, as despesas médicas permitidas para o candidato devem exceder uma determinada porcentagem da Renda Calculável do candidato, definida no 101 C.M.R. § 613.05(1)(c). O cálculo da contribuição exigida do candidato é feito pela porcentagem especificada de Renda Calculável, definida no 101 C.M.R. § 613.05(1)(b) baseado no FPL da Dificuldade Médica da Família, multiplicado pela Renda Calculável real, menos as contas que não se qualificam para pagamento pela Health Safety Net, cujo pagamento continua sendo de responsabilidade do candidato.

8) Baixa Renda/HSN Parcial/Responsabilidade Financeira do Paciente em Dificuldade Médica

- a. A responsabilidade financeira de um Paciente de Baixa Renda limita-se aos copagamentos (de qualquer pagador, exceto Medicare), franquias determinadas pela HSN (conforme abordado na Seção VI(F)(6) acima), ou se o paciente concordou com a cobrança pelo chamado valor Gasto Com Saúde a Mais que a Renda (CommonHealth Spend Down).
- b. Depósitos para Pacientes de Baixa Renda aprovados como HSN Parcial (discutido na Seção VI(F)(6) acima) ou Dificuldade Médica (discutido na Seção VI(F)(7) acima): serão exigidos depósitos desses pacientes, desde que essa seja sua cobertura primária para os saldos em aberto de todos os serviços de Não Emergência, de Não Urgência de necessidade médica. A situação atual da franquia familiar anual do paciente HSN Parcial será revisada e um depósito de até 20% da franquia anual do paciente, no valor máximo de \$ 500 será cobrado do paciente. O Hospital também pode solicitar um depósito dos pacientes que se qualificam para a Dificuldade Médica, de até 20% da contribuição do paciente de Dificuldade Médica, no valor máximo de \$ 1.000.
- c. Planos de Pagamento: os Pacientes de Baixa Renda receberão uma notificação da disponibilidade de planos de pagamento que cubram todos os saldos em aberto, de acordo com os termos especificados na Seção VIII, Acordos de Pagamento.

- d. Serviços Não Necessários do Ponto de Vista Médico: Pacientes de Baixa Renda serão obrigados a pagar antecipadamente pelos Serviços Não Necessários do Ponto de Vista Médico descritos na Seção II(C), desde que o paciente seja informado a priori sobre o custo máximo desses serviços não cobertos pela HSN ou por qualquer outro programa de assistência de Massachusetts. Os serviços serão adiados indefinidamente até que os pagamentos sejam efetuados de acordo com a Seção VIII(E).

VII. NÃO RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

A. Residentes dos EUA mas não de Massachusetts

Além de seguir os procedimentos para pacientes Segurados (Seção IV(C)) e Sem Seguro (Seção IV(D)) acima-mencionados, o Hospital incentivará os pacientes que tenham possibilidade de se candidatar à cobertura prevista pelo Medicaid dos seus próprios estados ou outros programas do governo (os Programas para Residentes dos EUA mas não de Massachusetts), a se candidatar para obter cobertura e poderá auxiliar o paciente a se candidatar aos programas de benefícios.

- 1) O Hospital pode auxiliar o paciente a preencher o requerimento para os Programas do Estado para Residentes dos EUA mas não de Massachusetts e a providenciar e apresentar a documentação necessária e exigida pelos programas. As pessoas se candidatam à cobertura usando o requerimento apropriado, encaminhado ao sistema de inscrição do Estado para Residentes dos EUA mas não de Massachusetts. A documentação necessária pode incluir, dentre outras: (1) renda familiar anual (contracheques, extrato dos pagamentos do seguro social e uma carta do empregador, declarações de imposto de renda ou extratos bancários), (2) comprovação de cidadania e identidade, (3) condição de imigrantes de quem não tiver a cidadania (se for o caso) e (4) bens das pessoas que tenham 65 anos ou mais. O Estado avisa o paciente sobre a documentação que precisa ser apresentada para a verificação final.
- 2) O Hospital não participa do processo de determinação de qualificação para o programa feitos pelos Programas do Estado para Residentes dos EUA mas não de Massachusetts. Esses programas, e não o Hospital, enviam as notificações de qualificação. O paciente continua sendo responsável por informar ao Hospital sobre as decisões de cobertura, para assegurar a adjudicação correta e dentro do prazo de todas as contas do Hospital.
- 3) O paciente pode contestar diretamente ou procurar informações do Programa do Estado para Residentes dos EUA mas não de Massachusetts referente à decisão sobre a cobertura.

B. Pacientes do Exterior

Além dos seguintes procedimentos para pacientes Segurados (Seção IV(C)) e Sem Seguro (Seção IV(D)), o Hospital empreenderá esforços para coletar as informações de endereço local e permanente dos residentes de outros países e tomar as medidas adicionais necessárias para garantir o pagamento antecipado de todos os serviços de Não Emergência, Não Urgência.

VIII. ACORDOS DE PAGAMENTOS

A. Diversos

Os pagamentos podem ser efetuados em várias unidades do Hospital. Outros acordos de pagamentos podem estar disponíveis, incluindo depósitos (pagamentos como sinal) e planos de pagamento. O paciente ou fiador pode fazer esses acordos com a Coordenação Financeira do Tufts MC ou com o Atendimento ao Cliente do Tufts MC. Todos os acordos de pagamento devem seguir critérios predeterminados e serem devidamente lançados nos sistemas de cobrança e registro do Hospital.

B. Formas de Pagamento

Os pagamentos podem ser efetuados por cheque visado/bancário, transferência bancária, cartões de crédito/débito ou em dinheiro. Os cheques pessoais serão aceitos dependendo de vários fatores, incluindo, dentre outros, valor, banco da conta e histórico do paciente com o Hospital. Cheques pessoais podem ser solicitados como adiantamento de um serviço agendado, para que possam ser confirmados. Pacientes com histórico de dívidas incobráveis podem ser examinados individualmente para determinação do modo de pagamento apropriado. O Hospital manterá um processo de rastreamento dos cheques "incobráveis" e estornar os pagamentos que possam ter sido lançados na conta do paciente. O pagamento com um cheque "incobrável" pode ser motivo de transferência da conta para Dívida Incobrável.

C. Moeda

Salvo acordo em contrário, o pagamento será feito em dólares dos EUA. Pagamentos em outras moedas serão convertidos para dólares dos EUA de acordo com a taxa de câmbio especificada pelo banco do Hospital, incluindo as tarifas de conversão.

D. Planos de Pagamento

O Hospital mantém uma Política de Assistência Financeira separada que abrange os planos de pagamento. Todos os Pacientes de Baixa Renda e de Dificuldade Médica serão avisados sobre o plano de pagamento oferecido pelo Hospital. A Política de Assistência Financeira está disponível para o público em geral no website do Hospital, em <http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance>.

E. Depósitos

O Tufts MC reserva-se o direito de solicitar pagamento antecipado integral dos pacientes que recebem serviços de Não Emergência, Não Urgência. Se uma estimativa do preço não estiver disponível, será exigido que os pacientes façam um depósito (recebido como sinal do saldo futuro esperado). O não pagamento integral antes do recebimento dos serviços de Não Emergência, Não Urgência, ou se o requisito de depósito não for atendido, causará o adiamento por tempo indeterminado dos serviços, desde que o médico responsável pelo tratamento determine que o procedimento não é necessário do ponto de vista médico. O Tufts MC não exigirá depósitos para pré-admissão e/ou tratamento das pessoas que necessitam de Serviços de Emergência ou de Urgência, ou de pessoas com proteção contra ações de cobrança prevista nas leis do estado que se aplicam (Apêndice C - Pacientes com Proteção Contra Ações de Cobrança).

IX. FATURAMENTO E COBRANÇA DOS PACIENTES

A. Princípios Gerais

O Hospital empreenderá esforços para cobrar todos os custos devidos pelas seguradoras, de acordo com as normas estabelecidas do setor, e procurará aplicar os pagamentos e ajustes contratuais à conta do paciente, em tempo hábil. Esse trabalho inclui a cobrança de todos os planos de seguro disponíveis de acordo com os requisitos do pagamento, e acompanhamento das demandas negadas. Os pacientes ou outros fiadores serão responsáveis pelos saldos de contas restantes depois que forem aplicados todos os pagamentos, ajustes contratuais e descontos/ajustes avançados do seguro, de acordo com as instruções para remessa recebidas do pagador, exceto quando o saldo puder ser enviado à Health Safety Net ou for julgado isento de atividade de cobrança pelas leis de Massachusetts. As ações de cobrança podem incluir extratos de pacientes, cartas de pacientes, contatos por telefone, avisos certificados de cobrança final, e atividades extraordinárias de cobrança, incluindo inclusão no Serviço de Crédito (Credit Bureau) e gravame de imóveis.

Cabe ao paciente a obrigação de fornecer informações completas e em tempo hábil sobre seguro e dados demográficos, bem como saber quais serviços estão cobertos pela sua apólice de seguro. Os pacientes que possuem meios devem pagar pelos serviços prestados pelo Tufts MC.

B. Práticas de Faturamento do Hospital, incluindo Extratos, Cartas e Ligações para Pacientes

O Hospital empreenderá esforços para garantir o faturamento da devida parte e que o pagamento seja recebido do pagador apropriado. O Hospital, diretamente ou por meio de seus representantes autorizados, deverá preparar e enviar pelo correio extratos para os pacientes/fiadores, regularmente, informando os saldos devidos ao Hospital. Um registro de todas as ações e comunicações sobre a conta, incluindo as contas médicas, consta normalmente no sistema de faturamento. A equipe é obrigada a documentar todos os contatos mantidos com o paciente (ou fiador) no sistema de faturamento, sistema de registro ou sistema de cobrança de pagamento do próprio bolso. Para os residentes de Massachusetts, os pedidos só serão enviados para a Health Safety Net depois que todas as medidas possíveis tiverem sido tomadas.

- 1) Conta Inicial do Paciente: o Hospital enviará a conta inicial para o paciente ou fiador. A conta inicial contém um resumo de todos os custos, pagamentos e ajustes incluídos no primeiro faturamento de cada data de serviço/admissão. A conta inicial fornecerá as informações sobre disponibilidade dos programas de assistência financeira que possam cobrir o custo da conta do Hospital.
- 2) Contas Subsequentes: o Hospital espera continuar a faturar o paciente ou fiador aproximadamente a cada 30 dias e até 120 dias, sendo esse o prazo apropriado que representa um faturamento e ações de cobrança contínuos.
- 3) Telefonemas e outras Comunicações: telefonemas, extratos de cobrança, cartas, contatos pessoais, avisos ou outros métodos de notificação constituem um esforço genuíno para entrar em contato com a parte responsável pela obrigação e informam ao paciente a disponibilidade de assistência financeira.
- 4) Suspensão da Cobrança: em determinadas situações, a atividade contínua de faturamento e cobrança pode ser inapropriada e pode ser suspensa ou cancelada. Essas situações incluem, dentre outras: endereço errado (Seção IX(B)(9)), casos de falência (Seção IX(D)(1)), óbito do paciente (Seção IX(D)(2)), queixa formal pelo paciente, saldos baixos (Seção IX(B)(10)), qualificação para o MassHealth ou HSN pendente ou aprovada (Seção VI(D) e Seção IX(B)(6)), ou pacientes que estejam em vias de se candidatar para a Assistência Financeira do Tufts MC.

- 5) Aviso de Disponibilidade de Assistência Financeira: os extratos dos pacientes incluirão os avisos exigidos pelas leis pertinentes, informando sobre a disponibilidade e meios de acesso à assistência financeira. Os avisos sobre a disponibilidade de assistência financeira também serão incluídos em outras comunicações escritas e verbais aos pacientes, durante a internação e alta.
- 6) Pacientes com Proteção contra Ação de Cobrança: o Hospital tomará as medidas necessárias para garantir que nenhuma ação de cobrança, incluindo telefonemas, extratos ou cartas sejam iniciadas quando o saldo for de pacientes isentos da ação de cobrança por força de lei. Isso pode incluir pacientes inscritos nos Programas do Estado, isentos de ações de cobrança conforme descrito no Apêndice C, pacientes em cujo caso o Hospital atrasou o envio do requerimento de Dificuldade Médica (Seção VI(B)), pacientes cujo requerimento para Programa do Estado esteja pendente (Seção VI(D)) ou que tenham um pedido de assistência financeira pendente de acordo com a Política de Assistência Financeira do Tufts MC. O Hospital pode continuar a enviar cartas solicitando informações ou ação do paciente visando resolver problemas de cobertura e/ou qualificação com um pagamento primário, o Programa de Seguro de Acidente de Trabalho (Worker's Compensation Program) ou para obter quaisquer informações de Seguro de Responsabilidade Civil (Third Party Liability) ou informações da operadora de Acidente com Veículo Motorizado (Motor Vehicle Accident - MVA).
- 7) Aviso (de Cobrança) Final: o Hospital empreenderá esforços para enviar a cada paciente um aviso (de cobrança) final, pelo correio, antes da transferência da conta para Dívidas Incobráveis. Quando o paciente for menor de idade, o aviso será enviado para o fiador.
- 8) Dívida Incobrável de Emergência para Residentes de Massachusetts: nos casos em que uma conta esteja sendo considerada pelo Hospital para candidatura à HSN como Dívida Incobrável de Emergência, o Hospital deverá assegurar que as seguintes condições sejam atendidas:
 - a. A conta foi sujeita a esforços de cobrança contínua documentada durante no mínimo 120 dias;
 - b. Uma consulta eletrônica de qualificação foi feita ao Sistema de Verificação de Qualificação (Eligibility Verification System - EVS) ou ao Sistema de Controle de Informações do Medicaid de Massachusetts (Massachusetts's Medicaid Management Information Systems - MMIS);
 - c. Os serviços prestados qualificam-se como Serviços de Emergência, de acordo com a definição desta Política; e
 - d. O aviso final de cobrança foi enviado por carta registrada no caso de saldos de \$ 1.000 ou mais. As contas que foram devidamente documentadas como Endereço Errado podem ser enviadas para a Health Safety Net sem necessidade de envio de um aviso final de cobrança por carta registrada, desde que 120 dias tenham se passado desde a cobrança inicial, e que depois de um esforço razoável e genuíno, o Hospital não tenha conseguido obter o endereço atualizado.
- 9) Devoluções por Endereço Errado: o Hospital empreenderá esforços para rastrear, pesquisar e cobrar novamente todos os extratos de pacientes devolvidos pelos Correios (USPS) por motivo de entrega não realizada. O endereço será conferido e corrigido usando os programas de software "skip trace" de terceiros que possam estar disponíveis. Sempre que possível, as contas serão identificadas como "Dívidas Incobráveis" nos sistemas de cobrança e registro. Uma vez que a conta tenha sido marcada como Dívida Incobrável, outros extratos ou cartas não devem ser processados a menos que um novo endereço seja identificado. O Hospital deixará de enviar os extratos para os endereços errados visando observar a privacidade prevista pelo HIPAA. As contas cujos dados demográficos mais recentes contenham um Endereço Errado podem ser encaminhadas para agências externas como Dívidas Incobráveis, para um acompanhamento adicional, só que as contas de Dívida Incobrável de Emergência em potencial serão acompanhadas durante 120 dias antes de enviadas.
- 10) Ajuste de Saldos Baixos: reconhecendo o custo de processamento dos extratos e atividades de cobrança, após o extrato inicial, o Hospital pode eliminar os extratos de contas abaixo do limite da "cobrança de valor baixo" de \$ 10. Essa política deve ser aplicada de forma uniforme a todos os pagadores. Em hipótese alguma esses ajustes de saldos baixos serão cobrados da HSN.

C. Aviso de Sobretaxa

O Hospital pode manter um processo para identificar todos os saldos de pacientes sujeitos à Sobretaxa de Fundo de Investimento para Hospitais de Atendimento de Casos Agudos (Trust Fund Surcharge on Acute Hospitals) da Health Safety Net, conforme exigido pelo 101 C.M.R. § 614.05. Os valores da sobretaxa serão cobrados do cliente e os fundos coletados reenviados para a HSN, conforme a programação solicitada pela HSN.

D. Situações Especiais de Cobrança

- 1) Falência do Paciente: o Hospital empreenderá esforços para rastrear todos os avisos de Falência e os manterá arquivados para assegurar que todos os procedimentos judiciais sejam seguidos, inclusive dar entrada em processos em juízo, conforme o caso, ou perdão da dívida.
- 2) Pacientes Falecidos: quando apropriado e econômico, o Hospital realizará pesquisa sobre espólio, cobrança do espólio e solicitar gravame do espólio.
- 3) O Hospital não cobrará de um Paciente de Baixa Renda da HSN nos casos de (1) pedidos relacionados a Eventos Graves Denunciáveis conforme descrito no 101 C.M.R. § 613.03(1)(d); ou (2) pedidos resultantes de erro administrativo ou técnico de cobrança.
- 4) Cobertura Secundária da HSN: o Hospital empreenderá esforços para limitar o envio de pedidos à HSN, incluindo franquias e serviços não cobertos, os casos em que um paciente tenha esgotado seus benefícios, ou nos casos em que a inscrição com o pagador não estava ativa no momento em que os serviços foram prestados. Se o Hospital receber um pagamento adicional ou corrigido de um pedido enviado anteriormente à HSN, um pedido corrigido será enviado à HSN.
- 5) Franquia Parcial da HSN: o Hospital enviará fatura aos pacientes por 100% da sua Franquia Parcial da HSN, menos os depósitos pelo paciente obtidos de acordo com a Seção VI(F)(8)(b), até que os custos equivalentes à franquia anual tenham sido faturados ao paciente, incluindo quaisquer saldos incluídos nos planos de pagamento. Os pedidos não serão enviados à HSN até que a franquia do paciente tenha sido alcançada.

E. Considerações sobre Processamento Especial de Conta

Em algumas circunstâncias, outras informações ou procedimentos podem ser necessários para processar corretamente a conta do paciente.

- 1) Seguro de Acidente no Trabalho (Worker's Compensation - WC): os serviços relacionados a acidentes de trabalho devem ser identificados corretamente no prontuário da inscrição. As informações adicionais necessárias incluem a data e o horário do acidente, o nome e número de telefone do empregador, e o nome e telefone da seguradora do empregador. O Hospital empreenderá esforços para obter a cobertura do WC. Os eventuais montantes recuperados depois da apresentação do pedido de seguro serão lançados no pedido original e informados ao pagador ou à HSN, incluindo anulações ou retornos de pedidos. Se não houver cobertura para WC, o pedido será tratado como uma cobrança normal.
- 2) Acidente com Veículo Motorizado (Motor Vehicle Accident - MVA) e Responsabilidade Civil (Third Party Liability (TPL): os serviços relacionados a acidente com veículo motorizado ou a responsabilidade civil devem ser identificados corretamente no prontuário da inscrição. Esforços devem ser empreendidos para coletar mais informações que sejam necessárias para o envio do pedido de MVA, incluindo a data e o horário do acidente, o local dos casos de responsabilidade civil e as seguradoras de veículos conhecidas. O nome de um advogado associado ao pedido também deve ser anotado no sistema de registros, se disponível. Esforços devem ser empreendidos para cobrar o MVA/TPL da corretora e coletar todo montante disponível do plano de proteção contra lesões corporais (Personal Injury Protection - PIP). Os pedidos de seguro de saúde serão processados depois que o PIP for esgotado. O Hospital também pode incluir um gravame sobre futuros pagamentos por lesões corporais efetuados pela corretora do MVA ao paciente, se conseguirmos estabelecer o nome do advogado do paciente encarregado do pedido de seguro. Os eventuais montantes recuperados depois da apresentação do pedido de seguro serão lançados no pedido original e informados ao pagador ou à HSN, incluindo anulações ou retornos de pedidos. Se não houver cobertura para MVA/TPL, o pedido será tratado como uma cobrança normal.
- 3) Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA): de acordo com a lei HIPAA, os pacientes que pagaram o Hospital na íntegra por um item ou serviço específico têm direito de solicitar que suas Informações Protegidas de Saúde (Protected Health Information) referentes a esse item ou serviço não sejam enviadas ao plano de saúde para fins de pagamento, salvo se essa divulgação for exigida por lei. Essa restrição aplica-se somente ao item ou serviço específico prestado e cobrado pelo Hospital. Os pacientes que quiserem exercer o direito a essa restrição devem pagar todo o saldo devedor na ocasião do serviço ou, se o saldo total não puder ser estimado na ocasião do serviço, quando receber os extratos. Se o Hospital não conseguir garantir o pagamento integral do paciente que solicitou essa restrição, após empreender esforços razoáveis, o Hospital pode avisar ao paciente e cobrar do plano de saúde do paciente. As contas deve ser identificadas quanto a esse procedimento para protegê-las de divulgação inadequada.
- 4) Estudos de Pesquisa: os serviços relacionados a estudos de pesquisa devem ser identificados na ocasião da inscrição nos serviços e identificados para garantir que os custos dos serviços sejam enviados para o devido fundo de pesquisas.
- 5) Doadores de Órgãos: o Hospital deve identificar os doadores de órgãos na ocasião do serviços e assegurar que os pedidos desses serviços sejam aplicados ao seguro apropriado ou outra fonte de recursos.

X. TRANSFERÊNCIA PARA DÍVIDA INCOBRÁVEL

A. Transferência da Conta para Dívida Incobrável

O Hospital fará todo o possível para qualificar o paciente para a assistência financeira prevista nos programas do Estado, Federais ou do Tufts MC, por meio de notificação ao paciente por escrito sobre os programas de assistência disponíveis e auxiliar o paciente no preenchimento de um requerimento. Após esses esforços terem sido empreendidos e todo trabalho interno de cobrança ter sido esgotado, as contas podem ser transferidas para Dívidas Incobráveis. Isso geralmente ocorre depois que a conta completou os 120 dias do ciclo de cobrança, com algumas exceções por motivo de Endereço Errado ou de outras circunstâncias. A cobrança das Contas em Dívidas Incobráveis geralmente é enviada para uma série de fontes, incluindo a equipe do Hospital, agências externas ou advogados de cobrança, de acordo com as leis aplicáveis.

B. Agências de Cobrança

Toda agência que tentar cobrar saldos devedores de pacientes em nome do Hospital será obrigada a cumprir esta política, incluindo a obrigação de não praticar “atividades de cobrança extraordinárias” (definidas abaixo) até que o Hospital tenha empreendido esforços razoáveis e seguido um processo para determinar que o paciente tem direito a receber assistência ou isenção de procedimentos de coleta ou cobrança previstos nesta política. Toda reclamação recebida de pacientes será informada ao Hospital para ser avaliada e acompanhada. Todos os agentes deverão cumprir os regulamentos da Receita Federal (IRS) e de Cobrança Federal Justa de Débito (Federal Fair Debt Collection), bem como os regulamentos de cobrança de débito previstos nas leis de Massachusetts. Todas as agências deverão informar quaisquer ações de cobrança ou outras, incluindo a decisão de suspender a cobrança, em tempo hábil.

C. Gravame sobre Pagamento

O Hospital poderá entrar com uma ação de gravame sobre pagamento de acidente com veículo motorizado ou acidente de trabalho.

D. Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs)

O Hospital pode iniciar Ações Extraordinárias de Cobrança (Extraordinary Collection Actions - ECAs) em determinadas circunstâncias no caso de contas cujo pagamento esperado não tenha sido efetuado após esforços razoáveis, conforme definido na Seção X(B).

- 1) Informação de Crédito: o Hospital ou uma agência de cobrança, em nome do Hospital, pode informar os saldos devedores ao Serviços de Crédito (Credit Bureaus).

E. Esforços Razoáveis

O Hospital envia esforços razoáveis para determinar se um paciente está qualificado para assistência financeira antes de iniciarem quaisquer Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs), notificando os pacientes sobre a disponibilidade de assistência financeira e analisando requerimentos de assistência financeira. Antes de iniciar quaisquer ECAs, uma determinação relacionada à qualificação do paciente para assistência financeira é feita pelo Departamento de Coordenação Financeira do Hospital sujeita à análise e aprovação pelo Gerente de Acesso do Paciente. Caso uma determinação de não qualificação seja questionada, uma análise adicional pode ocorrer pelo Diretor de Acesso ao Paciente do Hospital, pelo Vice-Presidente de Ciclo de Receita e/ou pelo Diretor Financeiro.

XI. SALDOS E REEMBOLSOS DE CRÉDITO

Em geral, o Hospital reembolsa os pacientes pelos saldos credores, que podem ser resultado de uma coleta excessiva de fundos do paciente. Nos casos em que esses esforços para reembolsar o saldo credor de um paciente que pagou do próprio bolso não sejam bem-sucedidos, o Hospital emitirá um crédito para o Tesouro do Commonwealth de Massachusetts, de acordo com os regulamentos do estado sobre Bens Abandonados (Abandoned Property).

XII. EVENTOS GRAVES DENUNCIÁVEIS (SREs)

O Hospital mantém-se em conformidade com os requisitos de cobrança aplicáveis, incluindo os regulamentos do Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) (105 C.M.R. § 130.332) quanto ao não pagamento de serviços específicos ou reinternações que o Hospital determinar terem sido causados por um Evento Grave Denunciável (Serious Reportable Event - SRE). Os SREs que ocorrem no Hospital estão excluídos dessa determinação de não pagamento.

XIII. CONFORMIDADE COM A LEI HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)

O Hospital também mantém todas as informações em conformidade com todas as leis federais e estaduais de privacidade, segurança e roubo de identidade.

XIV. DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

O Hospital deve informar os pacientes sobre suas obrigações de:

- 1) Fornecer informações de seguro e demográficas completas e em tempo hábil. Informar ao Hospital e ao MassHealth sobre quaisquer mudanças, incluindo mudanças na renda ou situação de seguro, e acompanhamento manual dos dados de franquia da HSN.
- 2) Empreender esforços para entender os limites da sua cobertura de seguro, incluindo os limites da rede, limites de cobertura de serviços, e responsabilidades financeiras devido a uma cobertura limitada, copagamentos, franquias e cosseguro.
- 3) No caso dos pacientes que possuem meios, pagar pelos serviços prestados pelo Tufts MC, incluindo os copagamentos, franquias e cosseguro, dentro dos prazos.
- 4) Seguir os encaminhamentos do seguro, pré-autorizações e outras políticas de controle médico. Seguir outros requisitos de seguro, incluindo o preenchimento dos formulários de coordenação de benefícios, atualização das informações de filiação, atualização das informações dos médicos, entendimento da cobertura do seguro e outros requisitos do pagador. No caso de certos serviços médicos sem cobertura, reconhecer e tomar providências para um pagamento alternativo.
- 5) Para os residentes de Massachusetts, obter cobertura por meio do Health Connector, outras fontes de seguro, ou candidatar-se para o programa de Paciente de Baixa Renda/MassHealth/Commonwealth Care (se houver possibilidade de se qualificar), incluindo o envio de toda documentação exigida.
- 6) Avisar ao Hospital sobre eventual cobertura para acidente com veículo motorizado, cobertura de responsabilidade civil ou para acidente de trabalho. Para os pacientes cobertos pelo MassHealth ou pela Health Safety Net, fazer um pedido de reembolso, se houver, com relação a qualquer acidente, lesão ou prejuízo, e notificar o programa estadual público (por ex., Secretaria do Medicais e a Health Safety Net) no prazo de dez dias da informação relacionada a qualquer processo judicial ou pedido de seguro que irá cobrir os custos dos serviços prestados pelo Hospital. O paciente deve ainda transferir o direito ao pagamento por terceiros que irá cobrir os custos dos serviços pagos pelo Estado ou pela Health Safety Net ou reembolsar a HSN pelos fundos recebidos de terceiros. Se o paciente não pagar voluntariamente à HSN os fundos recebidos de terceiros, a HSN poderá recuperar tais pagamentos.

XV. PUBLICAÇÃO DA POLÍTICA DE CRÉDITO E COBRANÇA

A política de Crédito e Cobrança do Tufts MC, Lista de Provedores Filiados e Política da Tufts MC estão disponíveis em: www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance.

- 1) Esse website também pode ser acessado na página inicial do Tufts MC (www.tuftsmedicalcenter.org) com a seleção de **Patient Care + Services (Cuidado do Paciente + Serviços)**, e **Financial Assistance (Assistência Financeira)**.
- 2) O website oferece várias formas para o paciente solicitar assistência do Hospital, inclusive uma lista de locais de Coordenação Financeira, um número de telefone central e um endereço de e-mail central. O website informa ao paciente que os formulários de requerimento e a assistência da Coordenação Financeira são gratuitos.

APÊNDICE A

Locais e Entidades Participantes do Tufts Medical Center

Esta política se aplica aos serviços fornecidos e cobrados pelo Tufts MC nos seguintes locais:

1. Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children no Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. South Boston Day Hospital
58 Old Colony Avenue, Boston, MA 02111
4. Tufts Medical Center Mobile MRI no Lemuel Shattuck Hospital
170 Morton Street, Jamaica Plain, MA 02130
5. Tufts Medical Center Imaging – Norfolk
31 Pine Street, Norfolk, MA 02056
6. Tufts Medical Center Cancer Center
41 Montvale Avenue, 3rd and 5th Floors, Stoneham, MA 02180

APÊNDICE B

Lista dos Provedores Filiados ao Tufts Medical Center, Entidades não Participantes

Esta política exclui os serviços prestados e cobrados pelas seguintes entidades associadas ao Tufts MC:

1. Tufts Medical Center Physicians Organization, incluindo:

1. Pratt Medical Group, Inc. (Cardiology, Endocrine, Gastroenterology, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Internal Medicine, Nephrology, Nutrition, Pulmonary, Rheumatology)
2. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
3. New England Medical Center Group Practice, Inc. (DBA Neurosurgery)
4. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
5. Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.
6. Pratt Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, Inc. (Ear, Nose, and Throat)
7. Pratt Neurology Associates, Inc.
8. Pratt OB GYN Associates, Inc.
9. Pratt Ophthalmology Associates, Inc. (DBA New England Eye Center)
10. Pratt Pathology Associates, Inc.
11. Pratt Pediatric Associates, Inc.
12. Pratt Psychiatric Associates, Inc.
13. Pratt Radiology Associates, Inc.
14. Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
15. Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
16. Pratt Surgical Associates, Inc.
17. Pratt Urology Associates, Inc.
18. CardioVascular Center at Tufts Medical Center, Inc.

2. Tufts Medical Center EP, LLC — Tufts MC Emergency Department Physicians localizado à 800 Washington Street, Boston, MA 02111

3. Tufts University School of Dental Medicine

4. Orthopedic and Sports Physical Therapy, Boston – Physical Therapy localizado à Biewend 7, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

5. Cirurgiões Plásticos Externos

- a. Richard Bartlett, MD
- b. Rita Sadowski, MD

6. Private Practice Internal Medicine localizado a Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

- a. Maria Gorbovitsky, MD
- b. Yun Lam, MD

Todas as organizações médicas associadas ao Tufts MC, inclusive aquelas mencionadas acima são incentivadas, mas não são obrigadas, a seguir esta política.

APÊNDICE C

Pacientes do Tufts Medical Center com Proteção contra Ações de Cobrança¹




Os seguintes pacientes que recebem os serviços médicos necessários do Hospital estão isentos de ações de cobrança, dentro dos limites descritos abaixo. As ações de cobrança incluem qualquer atividade pela qual o Hospital ou uma agente do Hospital solicite que o paciente ou seu fiador, ou um terceiro responsável pelo pagamento pague pelos serviços. Essas atividades podem incluir depósitos para pré-admissão ou pré-tratamento, extratos de cobrança, cartas de follow-up de cobrança, contatos por telefone, contatos pessoais e atividades de cobrança por agências e advogados.

Programa de Massachusetts	Regra Geral	Exceções
Pacientes do MassHealth	O Hospital não pode efetuar a cobrança se o paciente fornecer prova de participação.	<ul style="list-style-type: none"> a. Pode cobrar os copagamentos e franquias. b. Pode cobrar os pacientes que não possam comprovar a participação.
Pacientes de Auxílio de Emergência para Idosos, Deficientes e Crianças (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children - EAEDC)		
Pacientes do Plano de Segurança Médica para Crianças (Children's Medical Security Plan - CMSP) cuja renda MAGI seja igual ou inferior a 300% do FPL		
Pacientes do programa de Dificuldade Médica	O Hospital não pode cobrar o paciente pela parte da conta que exceda a contribuição do programa de Dificuldade Médica. Isso inclui pacientes que passam a se qualificar para pagamento do programa de Dificuldade Médica da HSN e que tenham um pedido de Dívida Incobrável de Emergência pendente.	
PACIENTES DE BAIXA RENDA		
Todos os Pacientes de Baixa Renda	O Hospital não pode cobrar o paciente por serviços de saúde não reembolsáveis, sobre os quais o paciente concordou em assumir a responsabilidade financeira: (i) o pedido de serviço de saúde não reembolsável relacionado a um erro médico, ou (ii) se o pedido foi negado pela seguradora primária do paciente devido a um erro administrativo ou de cobrança.	<ul style="list-style-type: none"> a. Pode cobrar o paciente pelos serviços de saúde não reembolsáveis, sobre os quais o paciente concordou em assumir a responsabilidade financeira. b. A pedido do paciente, o Hospital pode cobrar o paciente para permitir que ele alcance a franquia única associada ao programa CommonHealth.
Todos os Pacientes de Baixa Renda, exceto Pacientes de Baixa Renda com Plano Odontológico somente	O Hospital não pode cobrar pelos serviços de saúde reembolsáveis que estão sendo pagos ao Hospital pela HSN.	<ul style="list-style-type: none"> a. Pode cobrar os copagamentos e franquias. b. Pode cobrar os serviços qualificados prestados pelo Hospital antes de o paciente ter sido considerado Paciente de Baixa Renda pelo Estado, ou depois que a situação de Baixa Renda vencer ou terminar.
Os Pacientes de Baixa Renda com renda MAGI do MassHealth ou renda Familiar Calculável para Dificuldade Médica (Medical Hardship Family Countable) entre 150,1% a 300% do FPL	O Hospital não pode cobrar o paciente pela parte da conta que exceda a franquia.	<ul style="list-style-type: none"> a. Pode cobrar pelos copagamentos da farmácia. b. Pode cobrar pela franquia Parcial da HSN. c. Pode cobrar os serviços qualificados prestados pelo Hospital antes de o paciente ter sido considerado Paciente de Baixa Renda pelo Estado, ou depois que a situação de Baixa Renda vencer ou terminar.

¹Veja, Regulamentos da Health Safety Net de Massachusetts (Massachusetts Health Safety Net) no 101 C.M.R. § 613.08(3).

APÊNDICE D

Exemplo de comunicado sobre a assistência e o programa da Tufts Medical Center – Fatura, frente

				IF PAYING BY CREDIT CARD OR DEBIT CARD FILL OUT HERE			
CHECK CARD USING FOR PAYMENT				 <input type="checkbox"/> MASTERCARD		 <input type="checkbox"/> VISA	
CARD NUMBER						EXPIRATION DATE	
[Grid for card number]						[Grid for expiration date]	
PLEASE SIGN HERE						DUE DATE	
STATEMENT DATE	ACCOUNT NUMBER	PAY THIS AMOUNT		AMOUNT PAID			

PAY YOUR BILL ONLINE AT: www.tuftsmedicalcenter.org/payment

PAY YOUR BILL ONLINE AT: www.tuftsmedicalcenter.org/payment

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR ACCOUNT

APPENDIX D

Exemplo de comunicado sobre a assistência e o programa da Tufts Medical Center - Fatura, verso

PLEASE COMPLETE THE APPROPRIATE SECTIONS AND RETURN IN THE ENCLOSED ENVELOPE AS SOON AS POSSIBLE.

CREDIT CARD PAYMENT / CHANGE OF ADDRESS			INSURANCE INFORMATION			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			MASSHEALTH MassHealth ID Number <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		OTHER INSURANCE Insurance Company Name and Address <input type="text"/> / <input type="text"/>	
CREDIT CARD NO.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Recipient ID Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Policy / ID Number <input type="text"/> Pt's Relationship to Subsc. <input type="text"/>	
PAYMENT AMOUNT <input type="text"/> M M Y Y			MEDICARE Medicare Number <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Subscriber Name <input type="text"/> Subscriber Date of Birth <input type="text"/> / <input type="text"/>	
CARDHOLDER SIGNATURE <input type="text"/> EXP. DATE <input type="text"/>			Retirement Date <input type="text"/> Medex Number <input type="text"/>		Subscriber Employer <input type="text"/>	
MY INFORMATION HAS CHANGED TO			WORK RELATED INJURY			
NAME <input type="text"/>			Injury Date <input type="text"/>		Case No. <input type="text"/>	
ADDRESS <input type="text"/>			Employer Name <input type="text"/>			Employer Phone <input type="text"/>
CITY <input type="text"/>	STATE <input type="text"/>	ZIP CODE <input type="text"/>	Employer Address <input type="text"/>			City <input type="text"/>
TELEPHONE <input type="text"/>					State <input type="text"/>	Zip Code <input type="text"/>
OTHER <input type="text"/>						

If you are unable to pay your full balance at this time, please contact our business office to discuss alternative payment arrangements.

HOW TO REACH US

Questions About Your Bill?



Please call the number listed on the front of this document.



Tufts Medical Center
 800 Washington Street
 Box 1005
 Boston, MA 02111-1526

NOTICE OF AVAILABILITY OF FINANCIAL ASSISTANCE

The Hospital provides financial assistance for medically necessary services for United States residents who cannot afford to pay based on the below Federal Poverty Guideline.

Financial Assistance for Low Income Patients as of 2019

For Financial Assistance Information for Tufts Medical Center, Please Call: 617-636-6013

Family Size	Full Assistance up to these income levels	Partial Assistance up to these income levels
1	\$ 18,744	\$ 37,476
2	\$ 25,368	\$ 50,736
3	\$ 32,004	\$ 63,996
4	\$ 38,628	\$ 77,256
5	\$ 45,264	\$ 90,516
6	\$ 51,888	\$ 103,776
7	\$ 58,524	\$ 117,036
8	\$ 65,148	\$ 130,296
Each Additional Person	+ \$ 6,636	+ \$ 13,260

Alternative assistance may also be available through various public assistance programs, in cases of additional financial need or medical hardship.

PLEASE CONTACT US IF YOU WOULD LIKE MORE INFORMATION.