

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

Introdução

Esta política se aplica ao Cape Cod Hospital, ao Falmouth Hospital e a quaisquer outras localidades e provedores específicos, conforme identificados nesta política.

O hospital é o principal provedor de cuidados clinicamente necessários a todos que se apresentam à sua unidade e localidades, independentemente de poderem pagar ou não pelo atendimento. O hospital oferece esse atendimento a **todos** os pacientes que vêm à nossa unidade 24 horas por dia, sete dias por semana, 365 dias por ano. Como resultado, o hospital está empenhado em oferecer cuidados e serviços de alta qualidade a todos os nossos pacientes. Como parte desse compromisso, o hospital trabalha com pessoas com rendas e recursos limitados para encontrar opções disponíveis para cobrir o custo do seu atendimento.

O hospital ajudará as pessoas que possuem planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano a se candidatar a um plano de saúde por meio de um programa de assistência pública ou do programa de assistência financeira do hospital (incluindo, entre outros, o MassHealth, o Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o Health Safety Net e o Medical Hardship) e trabalhará com as pessoas para que se registrem, conforme apropriado. A assistência desses programas é determinada por meio da análise, entre outros itens, da renda familiar, bens, tamanho da família, despesas e necessidades médicas das pessoas.

Embora o hospital ajude os pacientes a obter um plano de saúde por meio de programas públicos e assistência financeira por meio de outras fontes, sempre que apropriado, incluindo o hospital, o hospital também poderá ter que cobrar e coletar, de forma adequada, pagamentos específicos que poderão incluir, entre outros, coparticipações, franquias, depósitos e outros valores aplicáveis pelos quais o paciente concorda em ser responsável. Ao se registrar para os serviços ou receber uma conta, o hospital incentiva os pacientes a entrar em contato com a nossa equipe para determinar se eles e/ou seus familiares precisam e estão qualificados para receber assistência financeira.

Ao trabalhar com pacientes para encontrar um plano ou assistência pública por meio da assistência financeira do hospital, o hospital não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, estraneidade, religião, crença, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência em suas políticas ou aplicação de políticas, com relação à aquisição e verificação de informações financeiras, depósitos pré-internação ou pré-tratamento, planos de pagamento, internações adiadas ou rejeitadas, determinação de que uma pessoa se qualifica para a condição de paciente de baixa renda, conforme determinado pelo sistema de qualificação do Massachusetts MassHealth/Connector, ou declaração de informações para determinar a condição de paciente de baixa renda. Nesse sentido, esta política foi revisada e aprovada pelo Conselho de Administradores e CFO do Cape Cod Hospital e do Falmouth Hospital (bem como pela Cape Cod Healthcare, Inc.).

Embora entendamos que cada pessoa tem uma situação financeira diferente, informações e assistência referentes à qualificação para programas de assistência pública e/ou plano de saúde por meio do programa de assistência financeira do hospital poderão ser obtidas com a equipe do hospital. Os assessores de inscrição certificados podem ser contatados em:

- Cape Cod Hospital – Segunda a sexta 7h00 às 17h00 – 508-862-7019
- Falmouth Hospital – Segunda a sexta 8h00 às 16h00 – 508-495-7157

Mais informações sobre esta política e o programa de assistência financeira do hospital, incluindo o formulário de inscrição e um resumo em linguagem objetiva da política de assistência financeira, estão disponíveis no site do hospital:

- www.capecodhealthcare.org

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

As ações que o hospital poderá adotar na eventualidade da falta de pagamento estão descritas na política de cobranças separada do hospital. O público pode obter uma cópia gratuita da política de cobranças em www.capecodhealth.org.

I. Cobertura para cuidados médicos necessários

O hospital oferece serviços clinicamente necessários e comportamentais a todos os pacientes que se apresentam a uma localidade do hospital, independentemente de poderem pagar ou não pelo atendimento. Os serviços clinicamente necessários incluem aqueles que devem, de forma cabível, prevenir, diagnosticar, evitar a piora, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam a vida em risco, causam sofrimento ou dor, causam alguma deformação ou deficiência física, ameaçam causar ou agravam uma deficiência ou resultam em doenças ou enfermidades. Os serviços clinicamente necessários incluem serviços ambulatoriais e internações, conforme autorizado de acordo com o Título XIX da Lei do Seguro Social.

O médico envolvido no tratamento determinará o tipo e o nível de cuidado e tratamento necessários para cada paciente com base em seus sintomas clínicos e seguindo padrões de prática aplicáveis. O hospital segue as exigências da Lei Federal de Trabalho Ativo e Tratamento Médico de Emergência (EMTALA, na sigla em inglês), fazendo um exame médico de triagem em pacientes que se apresentarem a uma unidade hospitalar à procura de serviços de emergência para determinar se há uma condição médica de emergência.

A classificação de serviços emergenciais e não emergenciais se baseia nas seguintes definições gerais, bem como na decisão do médico envolvido no tratamento. As definições de serviços de atendimento de urgência ou emergência fornecidas abaixo também são usadas pelo hospital para determinar a cobertura de crédito duvidoso de urgência e emergência permitida de acordo com o programa de assistência financeira do hospital, incluindo o Health Safety Net.

A. Serviços de atendimento de urgência e emergência

Qualquer paciente que se apresentar a um hospital solicitando assistência de emergência será avaliado com base em seus sintomas clínicos, sem considerar a identificação, seguro de saúde ou capacidade de pagamento do paciente. O hospital não se envolverá em ações que desencorajam as pessoas a buscar assistência médica de emergência, tais como exigir que os pacientes paguem antes do tratamento para condições médicas de emergência ou interferir na triagem e prestação de assistência médica de emergência, primeiramente discutindo sobre o programa de assistência financeira do hospital ou qualificação para programas de assistência pública.

- a. Os serviços de nível emergencial incluem o tratamento para:
 - i. Uma condição médica, seja ela física ou mental, que se manifesta através de sintomas suficientemente graves, incluindo dor severa, de tal forma que a falta de assistência médica imediata possa ser esperada, de forma cabível, por um leigo cauteloso com conhecimento mediano em saúde e medicina que resulte na colocação da saúde da pessoa ou de outra pessoa em grande risco, deficiência grave de funções corporais ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo, ou, com respeito a uma gestante, conforme definido em 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. A EMTALA é colocada em prática para qualquer pessoa que vier ao hospital com um exame ou tratamento de serviço de nível emergencial (condição médica de emergência) e/ou que solicite o mesmo. Pessoas sem agendamento que solicitarem serviços para uma condição médica de emergência ao se apresentarem a outra unidade hospitalar, clínica ou outra área auxiliar também poderão estar sujeitas a um exame médico de triagem emergencial, em conformidade com a EMTALA. Exames e tratamentos para condições médicas de emergência ou qualquer outro serviço prestado, conforme exigido pela EMTALA, serão fornecidos ao paciente e se

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

qualificarão como atendimento emergencial. A determinação de que há (ou não) uma condição médica de emergência é feita pelo médico que realizar o exame ou outro funcionário qualificado da equipe médica do hospital, conforme documentado no prontuário.

- b. Os serviços de atendimento de urgência incluem o tratamento para o seguinte:
 - i. Serviços clinicamente necessários oferecidos em um hospital de cuidados de caráter agudo após o aparecimento repentino de uma condição médica, seja ela física ou mental, que se manifesta por sintomas agudos suficientemente graves (incluindo dor severa), de tal forma que um leigo cauteloso acreditaria que a falta de atendimento médico dentro de 24 horas poderia resultar na colocação da saúde do paciente em risco, deficiência das funções corporais ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de atendimento de urgência são oferecidos para condições que não são uma ameaça à vida e não apresentam um risco alto de dano grave à saúde de uma pessoa. Serviços de atendimento de urgência não incluem o atendimento primário ou eletivo.

B. Serviços não emergenciais, não urgentes:

Para pacientes que (1) o médico envolvido no tratamento determinar que o atendimento não é de nível emergencial ou urgente ou (2) buscarem atendimento e tratamento após a estabilização de uma condição médica de emergência, o hospital poderá considerar que tal atendimento é um serviço primário ou eletivo.

- a. Serviços primários ou eletivos incluem o atendimento médico que não é de nível emergencial ou urgente, mas é necessário para a manutenção da saúde e prevenção de doenças das pessoas e suas famílias. Normalmente, estes serviços são visitas/procedimentos médicos ou de saúde comportamental agendados antecipadamente ou no mesmo dia pelo paciente ou médico em um hospital, incluindo, entre outros, o campus principal, uma localidade ou unidade remota, bem como um consultório médico afiliado, clínica ou centro clínico comunitário. O atendimento primário consiste no atendimento médico normalmente prestado por clínicos gerais, médicos de família, internistas gerais, pediatras gerais e enfermeiros de atendimento primário ou médicos assistentes em um atendimento primário. O atendimento primário não requer os recursos especializados do departamento de emergência de um hospital de cuidados de caráter agudo e exclui serviços complementares e de maternidade.
- b. O atendimento médico não emergencial ou não urgente (ou seja, atendimento primário ou eletivo) pode atrasar ou ser adiado com base na consulta com a equipe médica do hospital, bem como o atendimento primário ou médico envolvido no tratamento do paciente, se disponível e conforme apropriado. O hospital também poderá se recusar a prestar atendimento não emergencial, não urgente a um paciente se ele estiver clinicamente estável e o hospital não conseguir obter do paciente ou de outras fontes informações de qualificação ou fontes de pagamento adequadas para que um seguro de saúde público ou privado arque com o custo do atendimento não emergencial e não urgente. A cobertura de serviços de saúde, incluindo saúde médica e comportamental, é determinada e consta em manuais de cobertura e necessidade médica da seguradora pública e privada. Embora o hospital tente determinar a cobertura com base no seguro de saúde disponível e conhecido do paciente, ele poderá cobrar do paciente caso os serviços não sejam reembolsáveis e o paciente tiver concordado com a cobrança.
- c. A cobertura de um programa de assistência financeira hospitalar, pública ou privada pode não valer para determinados procedimentos primários ou eletivos não reembolsáveis por tais opções de cobertura. Caso o paciente não saiba ao certo se um serviço possui cobertura ou não, ele deverá entrar em contato com os assessores de inscrição certificados do Cape Cod Hospital e do Falmouth Hospital para determinar quais opções de cobertura estão disponíveis.

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

- Cape Cod Hospital – Segunda a sexta 7h00 às 17h00 – 508-862-7019
- Falmouth Hospital – Segunda a sexta 8h00 às 16h00 – 508-495-7157

C. Hospitais que oferecem serviços clinicamente necessários e estão cobertos pela política de assistência financeira:

A política de assistência financeira cobre os seguintes locais onde os pacientes também podem obter informações sobre a disponibilidade de programas de assistência pública:

Cape Cod Hospital

<u>Serviços hospitalares</u>	<u>Serviços licenciados indicados</u>	
	<u>por um X</u>	<u>LEITOS</u>
Médico/cirúrgico	X	197
Unidade de tratamento intensivo	X	11
Unidade de tratamento coronariano	X	13
Atendimento pediátrico	X	4
Atendimento obstétrico	X	14
Atendimento psiquiátrico	X	20
Número total de leitos		259
Berçário	X	10 berços
Atendimento ambulatorial	X	
Serviços de emergência	X	
Serviços de cateterismo cardíaco	X	
Serviços primários para AVC	X	
Serviço de controle médico	X	
Número da licença	2135	

Falmouth Hospital Association, Inc.

<u>Serviços hospitalares</u>	<u>Serviços licenciados indicados</u>	
	<u>por um X</u>	<u>LEITOS</u>
Médico/cirúrgico	X	71
Unidade de tratamento intensivo	X	10
Atendimento pediátrico	X	5
Atendimento obstétrico	X	9
Número total de leitos		95
Berçário	X	8 berços
Atendimento ambulatorial	X	

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

Serviços de emergência	X
Serviços de cateterismo cardíaco	X
Serviços primários para AVC	X
Serviço de controle médico	X

Número da licença 2289

Programas de assistência pública e assistência financeira hospitalar

A. Visão geral de programas de assistência financeira e plano de saúde

Os pacientes do hospital poderão se qualificar para o custo reduzido ou gratuito de serviços de atendimento médico por meio de vários programas de assistência pública estaduais, bem como dos programas de assistência financeira do hospital (incluindo, entre outros, o MassHealth, o Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o Health Safety Net e o Medical Hardship). Tais programas visam a auxiliar pacientes de baixa renda, levando em conta a capacidade de cada pessoa de contribuir com o custo do seu atendimento. Para as pessoas que tiverem planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano, o hospital, quando solicitado, as ajudará com o pedido de cobertura por meio de programas de assistência pública ou financeira hospitalar que poderão arcar com tudo ou parte de suas contas hospitalares pendentes.

B. Programas de assistência pública estaduais

O hospital está disponível para auxiliar os pacientes na sua inscrição em programas estaduais de plano de saúde. Eles incluem o MassHealth, o Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector estatal e o Children's Medical Security Plan. Para esses programas, os candidatos podem enviar sua inscrição por meio de um site on-line (que se encontra centralmente no site do Health Connector estatal), uma inscrição impressa ou pelo telefone com um representante do atendimento ao cliente do MassHealth ou Connector. As pessoas também podem pedir ajuda aos assessores financeiros do hospital (também chamados de assessores de inscrição certificados) com o envio de sua inscrição, tanto pelo site quanto por inscrição impressa.

C. Assistência financeira hospitalar

O hospital também oferece assistência financeira a pacientes cuja renda mostra uma incapacidade de pagar por tudo ou parte dos serviços prestados. Os pacientes que residirem em Massachusetts e/ou na área de atendimento do hospital poderão ter que preencher sua inscrição estadual para o seguro de saúde subsidiado ou cobertura Medicaid antes de obter cobertura por meio das opções de assistência financeira do hospital. Os pacientes que se qualificarem estarão elegíveis para a política de assistência financeira do hospital com base nos critérios abaixo:

C.1. Assistência financeira hospitalar por meio do Health Safety Net

Por meio de sua participação no Massachusetts Health Safety Net, o hospital oferece assistência financeira a pacientes de baixa renda com planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano, residentes de Massachusetts e que atenderem às qualificações de renda. O Health Safety Net foi criado para distribuir, de forma mais equilibrada, o custo do atendimento não reembolsável para pacientes de baixa renda com planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano, por meio do atendimento gratuito ou com desconto em todos os hospitais de cuidados de caráter agudo em Massachusetts. O grupo de atendimento não reembolsável do Health Safety Net é feito por meio de uma avaliação de cada hospital para cobrir o custo de atendimento para pacientes com planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano, com rendas abaixo de 300% do nível federal de pobreza. É política do hospital que todos os pacientes que receberem

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira do hospital incluem os serviços do Health Safety Net como parte do atendimento não reembolsável oferecido a pacientes de baixa renda.

Por meio de sua participação no Health Safety Net, os pacientes de baixa renda que forem atendidos no hospital poderão se qualificar para a assistência financeira, incluindo atendimento gratuito ou parcialmente gratuito para serviços qualificados do Health Safety Net definidos em 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net – Primário

Pacientes sem plano de saúde, residentes de Massachusetts, com renda familiar MAGI (renda bruta ajustada modificada) comprovada pelo MassHealth ou Medical Hardship, conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), entre 0 e 300% do nível federal de pobreza (FPL, na sigla em inglês), poderão se qualificar para os serviços do Health Safety Net.

O período de qualificação e o tipo de serviços do *Health Safety Net – Primário* são limitados a pacientes qualificados para a inscrição no Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, conforme descrito em 101 CMR 613.04(5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos aos requisitos do programa de saúde estudantil de M.G.L. c. 15A, § 18 não se qualificam para o *Health Safety Net – Primário*.

(b) Health Safety Net – Secundário

Pacientes residentes de Massachusetts, com seguro de saúde primário e renda familiar MAGI (renda bruta ajustada modificada) comprovada pelo MassHealth ou renda familiar contábil comprovada pelo Medical Hardship, conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), entre 0 e 300% do FPL, poderão se qualificar para os serviços do Health Safety Net. O período de qualificação e o tipo de serviços do *Health Safety Net - Primário* são limitados a pacientes qualificados para a inscrição no programa de pagamento de assistência premium operado pela Health Connector, conforme descrito em 101 CMR 613.04(5)(a) e (b). Os pacientes sujeitos aos requisitos do programa de saúde estudantil da M.G.L. c. 15A, § 18 não se qualificam para o *Health Safety Net – Primário*.

(c) Health Safety Net - Franquias parciais

Os pacientes que se qualificarem para o *Health Safety Net - Primário* ou *Health Safety Net - Secundário* com renda familiar MAGI comprovada pelo MassHealth ou renda familiar contábil comprovada pelo Medical Hardship entre 150,1% e 300% do FPL poderão estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Premium Billing Family Group (PBF, na sigla em inglês) tiverem uma renda acima de 150,1% do FPL. Esse grupo está definido em 130 CMR 501.0001.

Se qualquer membro do PBF tiver um FPL abaixo de 150,1%, não haverá nenhuma franquia para nenhum membro do PBF. A franquia anual é igual à maior parte:

1. do Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector premium de menor custo, ajustado para o tamanho do PBF proporcionalmente aos padrões de renda do FPL do MassHealth no início do ano civil; ou
2. de 40% da diferença entre a menor renda familiar MAGI comprovada pelo MassHealth ou renda familiar contábil comprovada pelo Medical Hardship, conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), no Premium Billing Family Group (PBF) do candidato e 200% do FPL.

(d) Health Safety Net – Medical Hardship

Um residente de Massachusetts com qualquer renda poderá se qualificar para o *Medical Hardship* por meio do Health Safety Net, se as despesas médicas dedutíveis tiverem esgotado sua renda contábil de tal forma que ele não consiga pagar pelos serviços de saúde. Para se qualificar para o *Medical Hardship*, as despesas médicas dedutíveis do candidato deverão ultrapassar um percentual específico da renda contábil do candidato, definida em 101 CMR 613 da seguinte forma:

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

Nível de renda	Percentual da renda contábil
0 - 205% do FPL	10%
205,1 - 305% do FPL	15%
305,1 - 405%	20%
405,1 - 605% do FPL	30%
>605,1% do FPL	40%

A contribuição necessária do candidato é calculada como o percentual específico da renda contábil em 101 CMR 613.05(1)(b), com base no FPL familiar comprovado pelo *Medical Hardship*, multiplicado pela renda contábil real menos contas que não se qualificam para o pagamento do Health Safety Net, pelo qual o candidato continuará responsável. Outros requisitos para o *Medical Hardship* estão especificados em 101 CMR 613.05.

C.2. Assistência financeira hospitalar adicional

Além do Health Safety Net, o hospital oferece assistência financeira para os pacientes sem plano de saúde. Pacientes sem plano de saúde que não se qualificarem para o Medical Hardship, MassHealth/Free Care e/ou outro programa de assistência estadual ou federal e não se enquadrarem em nenhuma das diretrizes sobre pobreza serão cobrados pela taxa Medicare + 10%. A assistência financeira serve para complementar e não substituir outra cobertura de serviços, a fim de garantir que a assistência financeira seja fornecida quando necessário. O hospital não se negará a fornecer assistência financeira, de acordo com a sua política de assistência financeira, com base na falta de informação ou documentação do candidato, a menos que essa informação ou documentação conste e seja necessária para determinar a assistência financeira pelo formulário de inscrição.

D. Limitações de cobranças

De acordo com IRS 501(r), os hospitais devem limitar suas cobranças a pacientes e serviços qualificados, de acordo com a nossa política de assistência financeira (FAP, na sigla em inglês), aos valores geralmente cobrados (AGB, na sigla em inglês) de empresas e do Medicare. A Cape Cod Healthcare determina o AGB dividindo o total de pagamentos pelo total de cobranças para todos os planos empresariais e Medicare no total para o exercício fiscal anterior, para determinar o pagamento parcelado com base em imposto (PAF, na sigla em inglês) para o exercício fiscal anterior.

E. Avisos e inscrição em programas de assistência pública e assistência financeira hospitalar

E.1 Avisos de opções disponíveis de assistência pública e financeira hospitalar

Para as pessoas que tiverem planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano, o hospital trabalhará com os pacientes para ajudá-los com a inscrição em programas de assistência pública e/ou financeira hospitalar que poderão arcar com tudo ou parte de suas contas hospitalares pendentes. Para ajudar as pessoas com planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano a encontrar opções disponíveis e adequadas, o hospital fornecerá a todas um aviso geral sobre a disponibilidade de programas de assistência pública e financeira durante o registro de internação inicial do paciente em um hospital, em todas as cobranças enviadas a um paciente ou fiador e quando o provedor for notificado ou, por meio de sua diligência prévia, tomar conhecimento de uma alteração na qualificação do paciente para a cobertura de seguro pública ou privada.

Além disso, o hospital também publica avisos gerais em áreas de prestação de serviços onde há registros ou na área de check-in (incluindo, entre outros, departamentos de emergência, ambulatoriais e de internação) em escritórios de assessores de inscrição certificados (“CAC”, na sigla em inglês), bem como em áreas comerciais gerais habitualmente usadas por pacientes (por ex., áreas de registro e internações ou escritórios

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

de serviços financeiros ao paciente que estão sempre abertos ao público). O aviso geral informará o paciente sobre a disponibilidade de assistência pública e financeira hospitalar (incluindo o MassHealth, o Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o Health Safety Net e o Medical Hardship), bem como os locais dentro do hospital e/ou números de telefone para ligar e agendar uma consulta com um CAC. O objetivo desses avisos é auxiliar as pessoas no pedido de cobertura dentro de um ou mais desses programas.

E.2. Inscrição em programas de assistência pública e assistência financeira hospitalar

O hospital está disponível para auxiliar os pacientes a se inscreverem em um programa de assistência pública estadual. Eles incluem o MassHealth, o Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector estatal e o Children's Medical Security Plan. Com base nas informações fornecidas pelo paciente, o hospital também identificará opções de cobertura disponíveis por meio de seu programa de assistência financeira, incluindo os programas Health Safety Net e Medical Hardship.

Para programas diferentes do Medical Hardship, os candidatos podem enviar sua inscrição por meio de um site on-line (que se encontra centralmente no site do Health Connector estatal), uma inscrição impressa ou pelo telefone com um representante do atendimento ao cliente do MassHealth ou Connector. As pessoas também podem pedir ajuda ao assessor de inscrição certificado do hospital com o envio de sua inscrição, tanto pelo site quanto por inscrição impressa.

Para o Medical Hardship, o hospital trabalhará com o paciente para determinar se um programa como o Medical Hardship seria adequado e enviará uma inscrição do Medical Hardship para o Health Safety Net. É obrigação do paciente fornecer todas as informações necessárias, conforme solicitadas pelo hospital, dentro de um prazo adequado para garantir que o hospital possa enviar uma inscrição completa. Caso o paciente consiga fornecer todas as informações de maneira oportuna, o hospital tentará enviar a inscrição total e preenchida dentro de cinco (5) dias úteis a contar do recebimento de todas as informações necessárias solicitadas. Se a inscrição total e preenchida não for enviada dentro de cinco dias úteis a contar do recebimento de todas as informações necessárias, ações de cobrança poderão ser adotadas contra o paciente com respeito a contas que se qualificam para o Medical Hardship.

E.3 Função do assessor financeiro do hospital

O hospital ajudará as pessoas que possuem planos de saúde com cobertura parcial ou nenhum plano a se candidatar a um plano de saúde por meio de um programa de assistência pública (incluindo, entre outros, o MassHealth, o Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector e o Children's Medical Security Program) e trabalhará com as pessoas para registrá-las, conforme apropriado. O hospital também ajudará os pacientes que desejarem se candidatar para a assistência financeira do hospital, que inclui cobertura por meio do Health Safety Net e Medical Hardship.

O hospital:

- a) fornecerá informações sobre a gama completa de programas, incluindo o MassHealth, o Programa de pagamento de assistência premium operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o Health Safety Net e o Medical Hardship;
- b) ajudará as pessoas a preencher um novo pedido de cobertura ou enviar uma renovação de uma cobertura existente;
- c) trabalhará com as pessoas para obter toda a documentação necessária;
- d) enviará inscrições ou renovações (juntamente com toda a documentação necessária);
- e) atuará em conjunto, quando aplicável e conforme permitido pelo sistema de limitações atual, com os programas sobre o andamento de tais inscrições e renovações;
- f) ajudará a facilitar a inscrição de candidatos ou beneficiários em programas de seguro; e
- g) oferecerá e prestará assistência de registro de eleitores.

Política de assistência financeira do Falmouth Hospital, Cape Cod Hospital

O hospital informará o paciente sobre sua obrigação de fornecer ao hospital e à agência estadual aplicável informações corretas e oportunas sobre seu nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número do seguro social (se disponível), opções de seguro de saúde atuais (incluindo seguros residenciais, de veículos e outros de responsabilidade civil) que possam cobrir o custo do atendimento recebido, quaisquer outros recursos financeiros aplicáveis, bem como informações sobre a cidadania e residência. Essas informações serão enviadas ao estado como parte da inscrição para a assistência pública para determinar a cobertura para os serviços prestados à pessoa.

Caso a pessoa ou o fiador não consiga fornecer as informações necessárias, o hospital poderá (mediante solicitação da pessoa) enviar esforços cabíveis para obter quaisquer informações adicionais de outras fontes. Tais esforços também incluem trabalhar com as pessoas, quando solicitado pelas mesmas, para determinar se uma cobrança pelos serviços prestados deve ser enviada a elas para auxiliar na obtenção da franquia única. Isso acontecerá quando a pessoa estiver agendando seus serviços, durante o pré-registro, enquanto a pessoa estiver internada no hospital, mediante alta ou por um tempo cabível após a alta do hospital. Informações que o CAC obtiver serão mantidas em conformidade com leis de privacidade e segurança federais e estaduais aplicáveis.

O hospital também notificará o paciente durante o processo de inscrição sobre a sua responsabilidade de informar o hospital e a agência estadual oferecendo a cobertura para serviços médicos sobre qualquer terceiro que possa ser responsável pelo pagamento de reivindicações, incluindo uma apólice de seguro residencial, de automóveis ou outra responsabilidade civil. Se o paciente tiver apresentado uma reivindicação de terceiros ou movido uma ação contra um terceiro, o CAC notificará o paciente sobre a necessidade de notificar o provedor e o programa estadual no prazo de 10 dias a contar de tais ações. O paciente também será informado sobre a obrigação de devolver à agência estadual apropriada o valor do atendimento médico pago pelo programa estadual no caso de ressarcimento da reivindicação ou cessão de direitos ao estado para permitir o reembolso de seu valor aplicável.

Quando a pessoa entrar em contato com o hospital, o hospital tentará identificar se a pessoa se qualifica para um programa de assistência pública ou por meio do programa de assistência financeira hospitalar. Uma pessoa inscrita em um programa de assistência pública poderá se qualificar para determinados benefícios. As pessoas também poderão se qualificar para assistência adicional, com base no programa de assistência financeira do hospital, com base na sua renda comprovada e despesas médicas dedutíveis.