

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>Última Revisão:</b> | 21/10/2024 |
|------------------------|------------|

## **Assistência Financeira ao Paciente**

### **Objetivo:**

NeighborHealth (o "Centro") desenvolveu esta política para identificar e auxiliar pessoas qualificadas de baixa renda, não seguradas e subseguradas, com a inscrição em planos de seguro de saúde ou programas de assistência financeira para cobrir despesas médicas e garantir acesso oportuno e adequado a cuidados medicamente necessários.

### **Declaração de Política:**

É política da NeighborHealth, em parceria com o Boston Medical Center, fornecer cuidados medicamente necessários a todos os pacientes, independentemente de sua capacidade de pagamento, e oferecer assistência financeira àqueles que estão não segurados ou subsegurados e não podem pagar. Todos os pacientes que se apresentam na NeighborHealth e necessitam de serviços emergenciais ou urgentes, ou outros cuidados medicamente necessários, serão tratados independentemente de raça, cor, religião, credo, sexo, origem nacional, idade, deficiência, identidade ou expressão de gênero ou capacidade de pagamento.

NeighborHealth oferece assistência financeira a todos os pacientes de baixa renda, não segurados ou subsegurados, que demonstram incapacidade de pagar total ou parcialmente as cobranças normalmente devidas. Pacientes sem capacidade financeira para pagar serão avaliados para elegibilidade no Medicaid ou outros programas estaduais, Planos de Saúde Qualificados, ou serão avaliados conforme diretrizes pré-estabelecidas para determinar a elegibilidade para assistência sob o Programa de Desconto de Taxa Escalonada (SFDP) do Centro. O Programa de Desconto de Taxa Escalonada define todas as circunstâncias em que os pacientes podem se qualificar para cuidados gratuitos ou com desconto. O nível de desconto é determinado pela renda familiar e tamanho da família do indivíduo, conforme especificado nas diretrizes de elegibilidade do SFDP.

Informações sobre a oferta de programas de assistência financeira do Centro são disponibilizadas aos pacientes ao se registrarem para os serviços e ao receberem uma conta. Todos os pacientes podem ser considerados para assistência financeira a qualquer momento durante o ciclo de faturamento e cobrança. Um paciente determinado elegível para o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth nunca será cobrado mais do que os Valores Geralmente Faturados pela prestação de serviços medicamente necessários, nem o Hospital buscará qualificar um paciente para cuidados gratuitos ou reduzidos sob o Programa de Desconto de Taxa Escalonada com o propósito de gerar negócios pagáveis sob um programa federal de saúde ou influenciar a seleção de um beneficiário de um determinado provedor, praticante ou fornecedor.

O Comitê Financeiro do Conselho de Administração da NeighborHealth revisou e aprovou esta política. Informações sobre a Política de Assistência Financeira e o programa de assistência financeira, incluindo o Resumo em Linguagem Simples (Anexo A), o Formulário de Solicitação do Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth, ou cópias desta política e documentos do Programa de Desconto de Taxa Escalonada podem ser obtidos:

- Em qualquer área de registro de pacientes dentro da NeighborHealth
- Ligando para o Departamento de Serviços ao Paciente no número 617-568-4600

- Visitando o site do Centro em <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/> for review or download
- Enviando uma solicitação por escrito para cópias pelo correio para:
  - NeighborHealth  
Atenção: Departamento de Serviços ao Paciente  
10 Gove Street  
East Boston, MA 02128

### **Aplicação:**

A Política de Assistência Financeira aplica-se aos seguintes locais da NeighborHealth:

- NeighborHealth/East Boston, 10 Gove Street, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/East Boston, 10 Gove Street, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/East Boston, 10 Gove Street, Boston, MA 02128
- 1601 Washington Street, Boston, MA 02118
- NeighborHealth/South End, Hass Center, 400 Shawmut Ave, Boston, MA 02118
- NeighborHealth/Winthrop, 17 Main Street, Winthrop, MA 02152

### **Exceções:**

Embora a NeighborHealth esteja comprometida em ajudar pacientes com renda e recursos limitados a se inscreverem em programas disponíveis para cobrir o custo dos cuidados, a Política de Assistência Financeira é limitada a cobrir Serviços de Emergência, Serviços de Urgência e outros cuidados Medicamente Necessários. Geralmente, despesas excluídas de descontos sob a CCP incluem:

- Reivindicações de veículos automotores, reivindicações de responsabilidade de terceiros, serviços de taxa fixa, tarifas contratadas e outros serviços não medicamente necessários ou outros serviços onde outros descontos já foram aplicados na cobrança.

### **Definições:**

**Lei de Cuidados Acessíveis (ACA)** – A lei abrangente de reforma dos cuidados de saúde, promulgada em março de 2010 (às vezes conhecida como ACA ou Obamacare) que serve para: tornar os cuidados de saúde acessíveis a mais pessoas, fornecendo subsídios ("créditos fiscais de prêmio") que reduzem os custos para famílias com rendas entre 100% e 400% do limite federal de pobreza; expandir os programas estaduais de Medicaid para cobrir todos os adultos com renda de até 138% do nível federal de pobreza; e apoiar métodos inovadores de prestação de cuidados médicos, projetados para reduzir os custos dos cuidados de saúde em geral.

**Conselheiro Certificado de Inscrição (CAC)** – Um indivíduo (afiliado a uma organização designada) que é treinado e capaz de ajudar consumidores, pequenas empresas e seus funcionários a revisar opções de cobertura de saúde compatíveis com a ACA, oferecidas através do Mercado de Seguros de Saúde, e auxiliar na determinação da elegibilidade e preenchimento de formulários de inscrição.

**Serviços Eletivos** – Serviços medicamente necessários que não requerem cuidados ou tratamento de um departamento de emergência ou hospital de cuidados agudos para estabilização médica e, portanto, não atendem à definição de serviços emergenciais ou urgentes. O paciente geralmente, mas não exclusivamente, agenda tais serviços com antecedência.

**Serviços de Emergência** – Serviços medicamente necessários fornecidos após o início de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor severa, que a ausência ou omissão de atenção médica imediata poderia razoavelmente ser esperada afetar adversamente a condição ou saúde da pessoa, resultando em risco sério, comprometimento ou disfunção de qualquer parte do corpo ou órgão, com respeito a uma mulher grávida, conforme definido na seção 1867(e)(1)(B) do Social Security Act, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Serviços Emergenciais incluem um exame médico de triagem e tratamento para condições médicas de emergência, ou qualquer outro serviço prestado na medida exigida nos termos da **EMTALA** (42 USC 1395(dd)), qualifica como Atendimento de Emergência. Serviços Emergenciais também incluem serviços determinados como emergência por um profissional médico licenciado.

**EMTALA** – Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA, por suas siglas em inglês), uma lei promulgada pelo Congresso em 1986 para garantir o acesso público a serviços de emergência independentemente da capacidade de pagamento. A Seção 1867 da Lei da Previdência Social impõe obrigações específicas aos hospitais participantes do Medicare que oferecem serviços de emergência para fornecer um exame médico de triagem quando é solicitada uma avaliação ou tratamento para uma condição médica de emergência, incluindo trabalho de parto ativo, independentemente da capacidade de pagamento do indivíduo. Os hospitais são então obrigados a fornecer tratamento de estabilização para pacientes com Condições Médicas de Emergência (EMCs). Se um hospital não puder estabilizar um paciente dentro de sua capacidade, ou se o paciente solicitar, uma transferência apropriada deve ser implementada.

**Ações Extraordinárias de Cobrança (ECA)** - Qualquer ação tomada pela NeighborHealth (ou qualquer agente da NeighborHealth, incluindo uma agência de cobrança) contra um indivíduo relacionada à obtenção de pagamento de uma conta coberta por esta política que exija um processo legal ou judicial, envolva a venda da dívida de um indivíduo para outra parte ou reporte informações adversas sobre o indivíduo a agências de relatórios de crédito ao consumidor ou bureaus de crédito. Encaminhar uma conta para um terceiro para cobrança não é considerado uma ECA.

**Federal Poverty Guidelines (FPG, Diretrizes Federais de Pobreza)** - Determinadas pelo governo dos Estados Unidos e publicadas anualmente no Registro Federal. As FPG são baseadas no tamanho da família e na renda familiar e são usadas para determinar a elegibilidade de um paciente para assistência financeira sob os programas estaduais de Medicaid e a Política de Assistência Financeira da NeighborHealth.

**Cobranças Brutas** – O preço total estabelecido para cuidados médicos que a NeighborHealth cobra de forma consistente e uniforme de todos os pacientes antes que abatimentos contratuais, descontos ou outras deduções sejam aplicadas.

**Health Safety Net (HSN)** – O Health Safety Net é um programa de assistência financeira que paga por certos serviços medicamente necessários fornecidos a pacientes qualificados de baixa renda em centros de saúde comunitários (CHCs) e hospitais de cuidados agudos em Massachusetts. O HSN também paga aos CHCs e hospitais de cuidados agudos por despesas de dificuldade médica (quando as despesas médicas qualificadas excedem uma porcentagem específica da renda de uma família) e por alguns tipos de dívidas hospitalares incobráveis. O HSN foi criado para distribuir de forma mais equitativa o custo de fornecer assistência não compensada a residentes de baixa renda de Massachusetts através da oferta de cuidados gratuitos ou com desconto em hospitais de cuidados agudos no estado.

O pooling de assistência não compensada do Health Safety Net é realizado por meio de uma avaliação em cada hospital para cobrir o custo dos cuidados para pacientes não segurados e subsegurados com rendas abaixo de 300% do nível federal de pobreza. É política do centro que todos os pacientes que recebem assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital incluam os serviços do Health Safety Net como parte da assistência não compensada fornecida a pacientes de baixa renda.

**Segurado** - O status de um paciente com seguro ou cobertura de terceiros que paga total ou parcialmente as Cobranças Brutas do paciente por serviços médicos. Esta categoria inclui aqueles pacientes cobertos por um pagador governamental, como Medicare, Medicaid, Champus e benefícios autorizados para veteranos; assim como pagadores privados, como Medicare Advantage, organizações de cuidados gerenciados do Medicaid, planos comerciais ou de cuidados gerenciados, seguros de automóvel e compensação trabalhista.

**Medicamento Necessário** - Serviços que são razoavelmente esperados para prevenir, diagnosticar, impedir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que ameaçam a vida, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou mau funcionamento, ameaçam causar ou agravar uma deficiência, ou resultam em doença ou enfermidade. Serviços Medicamento Necessários incluem serviços de internação e ambulatoriais conforme autorizado sob o Título XIX da Lei da Previdência Social. No entanto, uma classificação de Medicamento Necessário não infringe ou abrange a classificação de Serviços de Emergência ou as leis EMTALA associadas a essa designação.

**Outros Serviços** - Serviços em que a necessidade médica não foi demonstrada ao clínico revisor ou onde as qualificações do paciente para o serviço podem não atender às definições gerais do plano de seguro para cumprir os principais critérios de necessidade médica do serviço.

**Serviços de Atenção Primária** - Serviços de saúde geralmente fornecidos por clínicos gerais, médicos de família, internistas gerais, pediatras gerais e enfermeiros ou assistentes médicos de atenção primária. Os Serviços de Atenção Primária não requerem os recursos especializados de um Hospital de Cuidados Agudos ou Departamento de Emergência, e excluem Serviços Auxiliares e serviços de cuidados de maternidade.

**Planos de Saúde Qualificados** - Um plano de seguro, certificado pelo Mercado de Seguros de Saúde, que fornece benefícios essenciais de saúde, segue limites estabelecidos de compartilhamento de custos (como franquias, copagamentos e valores máximos de desembolso) e atende a outros requisitos sob a Lei de Cuidados Acessíveis (ACA).

**Subsegurado** - O status de um paciente que possui alguma forma de seguro de saúde que não fornece proteção financeira adequada, resultando na incapacidade do paciente de cobrir despesas de saúde desembolsadas, como copagamentos, cosseguros e franquias determinadas pelo provedor de seguro e devidos pelo paciente pela prestação de serviços médicos.

**Não Segurado** - O status de um paciente que não possui qualquer seguro de saúde em vigor para uma data específica de serviço ou cuja cobertura não está efetiva para um serviço específico devido a limitações de rede, esgotamento de benefícios de seguro ou outros serviços não cobertos.

**Serviços de Atendimento de Urgência** - Cuidados medicamente necessários fornecidos após o início súbito de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) que um leigo prudente acreditaria que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente resultar em colocar a saúde do paciente em risco, comprometimento da função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo." colocar a saúde do paciente em perigo, comprometimento da função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços urgentes são fornecidos para condições que não são potencialmente fatais e não apresentam alto risco de danos sérios à saúde de um indivíduo. Os Serviços de Atendimento de Urgência não incluem Cuidados Primários ou Serviços Eletivos.

## **Procedimentos**

### **I. Cobertura para Serviços de Saúde**

A NeighborHealth fornece cuidados a todos os pacientes que necessitam de Serviços de Emergência, Serviços de Urgência e outros serviços Medicamente Necessários, independentemente de sua capacidade de pagamento. De acordo com os requisitos federais do Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA, por suas siglas em inglês), o Centro realizará um exame médico de triagem para todos os pacientes que se apresentarem em um local da NeighborHealth buscando Serviços de Emergência para determinar se existe uma condição médica de emergência. O profissional médico responsável determinará se são necessários serviços de emergência ou não emergenciais, avaliando o nível de cuidado e tratamento necessários para cada paciente com base em seus sintomas clínicos apresentados e seguindo os padrões de prática aplicáveis.

- A. A elegibilidade para cuidados gratuitos ou com desconto sob o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth aplica-se a serviços emergenciais, urgentes e de atenção primária. As determinações de elegibilidade são geralmente feitas após a prestação do serviço e baseadas na situação financeira do paciente conforme determinado pelas Diretrizes Federais de Pobreza (FPG). (Veja o Anexo C para a tabela de FPG). Em nenhum caso a determinação de elegibilidade do paciente para o FAP interferirá no acesso aos cuidados de emergência, e o hospital fornecerá cuidados de emergência independentemente da elegibilidade para o FAP.
- B. Os serviços de atenção primária incluem cuidados médicos necessários para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. Esses serviços geralmente são agendados com antecedência ou podem ser agendados no mesmo dia pelo paciente ou pelo provedor de saúde.
  - a. A Atenção Primária é normalmente fornecida por clínicos gerais, médicos de família, internistas gerais, pediatras gerais e enfermeiros ou assistentes médicos de atenção primária e não requer os recursos especializados de um departamento de emergência de um Hospital de Cuidados Agudos, podendo excluir Serviços Auxiliares e serviços de cuidados de maternidade.
- C. A elegibilidade para o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth é aplicada consistentemente a todos os Serviços de Emergência, Serviços de Urgência, Serviços de Atenção Primária e outros cuidados Medicamente Necessários fornecidos pelo Centro.

**II. Assistência Financeira e Elegibilidade do Programa**

- A. A NeighborHealth oferece assistência financeira através de um Desconto de Taxa Escalonada a todos os pacientes Não Segurados qualificados, independentemente de sua capacidade de pagamento. No entanto, se um paciente não segurado não puder pagar o saldo remanescente após a aplicação do Desconto para Pagamento Próprio, o paciente pode solicitar e se inscrever para a Isenção por Dificuldade Médica da NeighborHealth.
  - a. Se um paciente Não Segurado receber um Desconto de Taxa Escalonada e posteriormente fornecer informações válidas de cobertura de seguro para a data de serviço do atendimento, então o Desconto de Taxa Escalonada será revertido e a NeighborHealth faturará o terceiro pagador.
  - b. Serviços geralmente excluídos do Desconto para Paciente de Pagamento Próprio:
    - i. Serviços prestados por médicos que são contratados independentes e cobram privadamente pelos cuidados prestados, em vez de através da NeighborHealth.
    - ii. Reivindicações de veículos automotores, reivindicações de responsabilidade de terceiros, Serviços de Taxa Fixa, Tarifas Contratadas, outros serviços não medicamente necessários e/ou outros serviços onde outros descontos já foram aplicados às cobranças são tipicamente, mas não explicitamente, excluídos do Desconto para Pagamento Próprio, pois a Consideração Individual pode ser aplicada.
- B. Pacientes Não Segurados ou Subsegurados que demonstram necessidade financeira para cuidados médicos são avaliados para elegibilidade e cobertura com base em diretrizes consistentes e pré-estabelecidas determinadas por programas estaduais de Medicaid, Planos de Saúde Qualificados e o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth.
- C. Os pacientes podem solicitar assistência financeira a qualquer momento durante o pré-registro, registro, serviço ambulatorial ou ao longo do ciclo de faturamento e cobrança, solicitando e enviando uma aplicação completa para assistência financeira.
- D. Um Conselheiro Certificado de Inscrição (CAC) está disponível no Departamento de Acesso ao Paciente do Centro para avaliar os pacientes quanto à elegibilidade do programa e fornecer assistência presencial na inscrição, conforme necessário. Itens necessários para se inscrever no Programa de Assistência por Caridade:
  - a. Aplicação completa, assinada pelo paciente e cônjuge do paciente, se casado, ou pelo fiador (por exemplo, pai ou responsável).
  - b. Comprovante de Residência
  - c. Comprovante de Identidade
  - d. Comprovante de Renda Familiar
    - i. Renda auferida
    - ii. Renda não auferida
    - iii. Renda de Aluguel
  - e. Declaração de Suporte Financeiro (se nenhuma renda for declarada)
  - f. Informações de Ativos, incluindo:
    - i. Extratos bancários

- E. Todos os pacientes que solicitam assistência financeira devem primeiro ser avaliados quanto à elegibilidade em programas de assistência pública ou Planos de Saúde Qualificados específicos do estado de residência do paciente.
  - a. Em Massachusetts, os programas incluem, mas não se limitam a, MassHealth, o Programa de Pagamento de Assistência de Prêmios operado pelo Health Connector, o Programa de Segurança Médica Infantil, o Health Safety Net e Dificuldade Médica.
  - b. Pacientes que se qualificam para uma opção de cobertura pública devem cumprir o processo de solicitação desse programa e receber uma negativa antes de invocar benefícios adicionais sob o Programa de Assistência por Caridade.
  - c. O processo de triagem e solicitação para seguro de saúde público é realizado por Conselheiros Certificados de Inscrição (CACs) no centro. As solicitações podem ser preenchidas e enviadas em papel, por fax ou online através do sistema de Troca de Seguros de Saúde do Estado (HIX).
- F. Os CACs do Centro também podem ajudar os pacientes a se inscrever para Elegibilidade Presumptiva para conceder aos pacientes em circunstâncias especiais acesso imediato a serviços cobertos através do MassHealth ou do Health Safety Net.
  - i. O processo de elegibilidade presumptiva é concluído por um CAC que, com base na auto-declaração de informações financeiras do paciente, determinará que o paciente atende à definição estadual de Paciente de Baixa Renda e, portanto, qualificará o paciente para cobertura sob o MassHealth ou HSN.
  - ii. Uma designação de Elegibilidade Presumptiva fornece um período limitado de cobertura elegível, começando na data em que o CAC do centro faz a determinação até o final do mês seguinte. Durante um período de elegibilidade presumptiva, os pacientes são obrigados a completar e enviar uma solicitação completa com os documentos de verificação necessários para garantir a continuidade da cobertura.
- G. Se um paciente for considerado inelegível para um programa de assistência pública, Plano de Saúde Qualificado, HSN ou Dificuldade Médica, então o paciente será avaliado para elegibilidade do programa sob o Programa de Desconto de Taxa Escalonada do Hospital.
  - a. Através da participação no Health Safety Net de Massachusetts, pacientes de baixa renda, não segurados e subsegurados que recebem serviços na NeighborHealth podem ser elegíveis para assistência financeira, incluindo cuidados gratuitos ou parcialmente gratuitos para serviços elegíveis do HSN. É política do hospital que todos os pacientes que recebem assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital incluam os serviços do Health Safety Net como parte da assistência não compensada fornecida a pacientes de baixa renda.
    - i. *Health Safety Net - Primário* - Residentes não segurados de Massachusetts com renda verificada entre 0 e 300% do Nível Federal de Pobreza podem ser determinados elegíveis para Serviços Elegíveis do Health Safety Net.

- a. O período de elegibilidade e o tipo de serviços cobertos sob o *HSN Primário* são limitados para pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Pagamento de Assistência de Prêmios de Massachusetts operado pelo Health Connector.
  - b. Pacientes sujeitos aos requisitos do Programa de Seguro de Saúde Estudantil de Massachusetts não são elegíveis para o *HSN Primário*.
- ii. *Health Safety Net – Secundário* - Pacientes que são residentes de Massachusetts com seguro de saúde primário e renda entre 0 e 300% do Nível Federal de Pobreza podem ser determinados elegíveis para Serviços Elegíveis do Health Safety Net.
  - a. O período de elegibilidade e o tipo de serviços para o *HSN Secundário* são limitados para pacientes elegíveis para inscrição no Programa de Pagamento de Assistência de Prêmios operado pelo Health Connector.
- iii. *Health Safety Net - Franquias Parciais* - Pacientes que se qualificam para o *HSN Primário* ou *HSN Secundário* com renda entre 150,1% e 300% do Nível Federal de Pobreza podem estar sujeitos a uma franquia anual se todos os membros do Grupo Familiar de Faturamento de Prêmios tiverem uma renda superior a 150,1% do Nível Federal de Pobreza. Não há franquia para qualquer membro do Grupo Familiar de Faturamento de Prêmios se a renda estiver acima de 150,1% do Nível Federal de Pobreza. A franquia anual é igual ao maior dos seguintes:
  - a. o prêmio de menor custo do Programa de Pagamento de Assistência de Prêmios Operado pelo Health Connector, ajustado para o tamanho do Grupo Familiar de Faturamento de Prêmios proporcionalmente aos padrões de renda do Nível Federal de Pobreza do MassHealth, no início do ano civil; ou
  - b. 40% da diferença entre a menor renda bruta ajustada modificada do domicílio do MassHealth ou a Renda Contável da Família em Dificuldade Médica, conforme descrito em 101 CMR 613.04(1), no Grupo Familiar de Faturamento de Prêmios do requerente e 200% do Nível Federal de Pobreza.
- iv. *Health Safety Net - Dificuldade Médica* -Um residente de Massachusetts de qualquer renda pode se qualificar para *Dificuldade Médica* através do Health Safety Net se as despesas médicas permitidas tiverem reduzido tanto sua renda contável que ele ou ela não possa pagar por serviços de saúde. Para se qualificar para *Dificuldade Médica*, as despesas médicas permitidas do requerente devem exceder uma porcentagem específica da renda do requerente, conforme segue:

- a. Nível de Renda - Porcentagem da Renda Contável:

|                    |                               |
|--------------------|-------------------------------|
| 0 - 205% do        | Nível Federal de Pobreza: 10% |
| 205,1 - 305% do    | Nível Federal de Pobreza: 15% |
| 305,1 - 405% do    | Nível Federal de Pobreza: 20% |
| 405,1 - 605% do    | Nível Federal de Pobreza: 30% |
| Acima de 605,1% do | Nível Federal de Pobreza: 40% |
  - b. A contribuição exigida do requerente é calculada como a porcentagem especificada da Renda Contável com base no Nível Federal de Pobreza da Família em *Dificuldade Médica*, multiplicada pela Renda Contável real menos as contas não elegíveis para pagamento pelo Health Safety Net, pelas quais o requerente permanecerá responsável.
- b. Indivíduos que atendem aos requisitos de elegibilidade para se qualificar para assistência financeira sob um programa do Health Safety Net descrito na seção II.E. do FAP podem ter faturamentos existentes por serviços prestados antes dos 10 dias que precedem a data de solicitação de cobertura do Health Safety Net. De acordo com os regulamentos do Health Safety Net, certos serviços primários e eletivos não serão elegíveis para cobertura pelo Health Safety Net antes do período de 10 dias e o indivíduo permanece responsável por tais valores de fatura. No momento em que a elegibilidade para o Health Safety Net é determinada, a NeighborHealth fornecerá cobertura de assistência caritativa de 100% dessas faturas por serviços prestados antes do período de 10 dias e não realizará mais cobranças sobre essas faturas.
- H. Pacientes considerados inelegíveis para um programa de assistência pública, Plano de Saúde Qualificado, HSN ou Dificuldade Médica serão avaliados para elegibilidade do programa sob o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth. As informações coletadas serão usadas para determinar a elegibilidade para o Programa de Desconto de Taxa Escalonada.
- a. Pacientes considerados elegíveis para o Programa de Desconto de Taxa Escalonada se qualificarão para um desconto, aplicado às cobranças brutas que podem cobrir toda ou parte de suas contas médicas não pagas. A elegibilidade dos pacientes e o desconto aplicável são determinados usando a tabela no Anexo C.
  - b. A elegibilidade para cuidados gratuitos ou com desconto, em todos os casos considerados para assistência financeira, é determinada usando as Diretrizes Federais de Pobreza publicadas mais recentemente (veja o Anexo C).

Consideração Individual pode ser dada a pacientes que demonstrem situações financeiras únicas, e descontos podem ser estendidos caso a caso, de acordo com a Política de Crédito e Cobrança do hospital e além das outras disposições descritas no FAP, para reconhecer casos únicos de dificuldade financeira.

### **III. Método para Solicitar Assistência Financeira**

- A. Os pacientes podem solicitar e se inscrever para assistência financeira:
- a. Visitando os escritórios de Serviços ao Paciente nos endereços 79 Paris Street, East Boston, MA 02128 e 1601 Washington St, Boston, MA 02118.
  - b. Ligando para o Departamento de Serviços ao Paciente no número 617-568-4600 para ser avaliado por telefone ou agendar uma consulta com um Conselheiro Financeiro, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.
  - c. Enviando uma solicitação por escrito para informações do FAP, incluindo cópias do Formulário de Triagem de Assistência Financeira e a aplicação do Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth, a serem preenchidos e enviados pelo correio para processamento.
    - i. O FAP e a aplicação do Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth estão disponíveis em <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>, e podem ser impressos, preenchidos e devolvidos pessoalmente ou pelo correio para processamento.
    - ii. Se estiver se inscrevendo pelo correio, os pacientes devem enviar o Formulário de Triagem de Assistência Financeira, a Solicitação e cópias dos documentos solicitados para:
      - NeighborHealth  
Atenção: Departamento de Serviços ao Paciente  
10 Gove Street  
East Boston, MA 02128
- B. Determinação de Elegibilidade
- a. O Departamento de Contas do Paciente na NeighborHealth é responsável por determinar a elegibilidade com base na documentação fornecida pelo paciente para o processo de solicitação. Os pacientes podem entrar em contato com o Departamento de Contas do Paciente com perguntas sobre as determinações de elegibilidade ligando para 617-568-7220.
  - b. Uma vez que uma solicitação completa é recebida e processada, uma determinação de elegibilidade será feita, e o requerente será notificado por escrito da decisão.
  - c. Notificação de Solicitação de Informações Adicionais ou Negativa:
    - i. A assistência financeira não será negada com base apenas em uma solicitação incompleta inicialmente submetida pelo paciente. Os tipos mais comuns de documentação exigida para se inscrever são referenciados na seção II.D desta política e descritos no documento resumo da NeighborHealth anexado (Anexo B).
    - ii. Se documentação adicional for necessária para fazer uma determinação, o paciente será notificado por correio USPS com um pedido para retornar os documentos de verificação dentro de 30 dias a partir da data da notificação.
    - iii. Se o paciente não fornecer documentação adicional, a solicitação de assistência financeira pode ser negada e o paciente será

cobrado de acordo com a Política de Faturamento e Cobrança da NeighborHealth.

- a. Pacientes não segurados considerados inelegíveis ou negados para programas de assistência financeira receberão o Desconto para Pagamento Próprio conforme apropriado.
- b. Pacientes subsegurados considerados inelegíveis ou negados para programas de assistência financeira serão responsáveis pelo saldo da conta remanescente após o processamento do seguro.
- c. A NeighborHealth fará um esforço razoável para cobrar os saldos de contas devidos.
  - i. O paciente receberá um mínimo de quatro declarações ao longo de um período de 120 dias antes da conta ser considerada para designação de dívida incobrável.
  - ii. Outras tentativas de cobrança incluem chamadas telefônicas, cartas de cobrança, avisos de contato pessoal, notificações por computador ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno para contatar a parte responsável pelo saldo.
  - iii. A NeighborHealth pode contratar uma agência de cobrança externa para auxiliar na cobrança de certas contas, incluindo montantes de responsabilidade do paciente não resolvidos após a emissão de contas do Centro ou avisos finais. No entanto, a NeighborHealth não se envolve em Ações Extraordinárias de Cobrança (ECA) para obter pagamento em saldos de contas em atraso.
- d. A Política de Crédito e Cobrança da NeighborHealth está disponível para revisão no site do centro em <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.
- e. Notificação de Aprovação
  - i. Pacientes não segurados ou subsegurados aprovados receberão um desconto conforme especificado no FAP (veja o Anexo C para resumo dos critérios de elegibilidade e desconto aplicável).
  - ii. A NeighborHealth entrará em contato com o paciente via correio USPS para notificar sobre a aprovação para o programa de assistência financeira. Este aviso incluirá os passos que o paciente pode tomar para obter informações sobre como sua responsabilidade do paciente, se aplicável, foi determinada.
  - iii. Se um paciente já estabeleceu um plano de pagamento ou fez pagamentos em sua conta e posteriormente for aprovado para o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth, quaisquer pagamentos acima do valor de copagamento do

programa de caridade serão aplicados a outras contas pendentes ou reembolsados ao paciente se não existirem outras dívidas pendentes.

- f. Obrigações do Paciente
  - i. Os pacientes devem participar do processo de triagem de assistência financeira e concordar em se inscrever para a cobertura de seguro de saúde disponível se forem considerados potencialmente elegíveis para um programa estadual, de assistência pública ou Plano de Saúde Qualificado.
  - ii. A NeighborHealth reserva-se o direito de solicitar verificação de uma solicitação negada para um programa de seguro de saúde disponível antes que o paciente possa ser considerado para assistência financeira sob o Programa de Caridade da NeighborHealth.
  - iii. Os pacientes são obrigados a enviar uma aplicação completa e assinada para o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth e fornecer documentação para verificar a renda e o tamanho da família necessários para se inscrever na cobertura de seguro de saúde ou para solicitar assistência sob o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth. (Veja o Anexo D para a Aplicação do Programa de Desconto de Taxa Escalonada).
  - iv. Os pacientes devem divulgar totalmente qualquer cobertura de Compensação dos Trabalhadores, Veículos Automotores ou Responsabilidade de Terceiros e cooperar com solicitações para que as reivindicações sejam processadas pelo pagador identificado.
  - v. Os pacientes são obrigados a fornecer ao departamento de Acesso ao Paciente do Centro atualizações oportunas sobre mudanças de endereço, emprego ou status de seguro conforme exigido pelos programas de assistência financeira.
  - vi. Os pacientes devem concordar em pagar os saldos da conta após o processamento do seguro, não elegíveis para descontos sob o FAP, como copagamentos, cosseguros e franquias.
- g. Obrigações da NeighborHealth
  - i. A NeighborHealth fará todos os esforços razoáveis para coletar o status do seguro do paciente e as informações financeiras necessárias para determinar a responsabilidade pelo pagamento de todos os serviços de saúde ambulatoriais durante o pré-registro, na data do atendimento ou por um período razoável após a data do atendimento. Os esforços razoáveis incluem:
    - a. Solicitar o cartão de seguro do paciente
    - b. Verificar a cobertura no sistema de elegibilidade do Centro
    - c. Conferir a cobertura através do acesso a bases de dados de seguros públicos ou privados
    - d. Obter informações do pagador de terceiros.

- ii. A NeighborHealth tentará investigar qualquer pagador de terceiros que possa ser responsável pelo pagamento dos serviços prestados, incluindo, mas não se limitando a:
  - a. Apólices de responsabilidade civil de veículos automotores ou residenciais
  - b. Apólices de acidentes gerais
  - c. Programas de Compensação dos Trabalhadores
  - d. Apólices de Seguro Estudantil
- iii. Se o paciente ou fiador/responsável não puder fornecer as informações necessárias e com o consentimento do paciente, a NeighborHealth pode tentar contatar parentes, amigos, fiador/responsável e/ou outros terceiros apropriados para obter informações adicionais.

#### **IV. Notificação da Disponibilidade de Assistência Financeira**

- A. A NeighborHealth utiliza as seguintes medidas para divulgar amplamente sua Política de Assistência Financeira:
  - a. Informa o paciente sobre o Programa de Desconto de Taxa Escalonada da NeighborHealth e oferece uma cópia do Resumo em Linguagem Simples (PLS) no momento do registro, como parte do processo padrão de check-in.
  - b. Sinalizações sobre a oferta de programas de assistência financeira, incluindo como e onde se inscrever, são afixadas de forma proeminente nos locais de acesso ao paciente em toda a NeighborHealth:
    - i. Nos departamentos e/ou áreas de espera onde são fornecidos serviços de internação, ambulatoriais, clínicas e de emergência.
    - ii. Nos escritórios de Acesso ao Paciente
    - iii. Nas áreas de registro de pacientes
  - c. Disponibiliza cópias da política, formulário de triagem, solicitação e Resumo em Linguagem Simples:
    - i. Mediante solicitação do paciente, pessoalmente, por telefone ou por correio.
    - ii. No site do centro, para revisão ou download em <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.
    - iii. Nos locais de acesso ao paciente em toda a NeighborHealth
  - d. Fornece um aviso geral sobre a disponibilidade do programa de assistência financeira nas declarações de faturamento do paciente.

- B. Todas as notificações afixadas e materiais escritos referentes ao FAP, incluindo o formulário de triagem, solicitação, PLS e folhetos educativos, são traduzidos para idiomas além do inglês, se tal idioma for falado por 5% ou mais da população residente na área de serviço da NeighborHealth. Atualmente, todos os avisos e materiais escritos são traduzidos para os seguintes idiomas:
  - a. Inglês
  - b. Espanhol
  - c. Português
  - d. Árabe
  - e. Crioulo Haitiano

**V. Práticas de Faturamento e Cobrança da NeighborHealth**

- A. A NeighborHealth tem o dever fiduciário de buscar reembolso pela prestação de serviços de indivíduos que podem pagar, de seguradoras de terceiros que cobrem o custo do cuidado e de outros programas de assistência para os quais o paciente é elegível.
- B. Conforme descrito na Política de Crédito e Cobrança, a NeighborHealth segue procedimentos razoáveis de faturamento e cobrança:
  - a. Cada declaração de faturamento recebida por um paciente é uma tentativa de cobrar um saldo devido. Cada declaração incluirá informações para informar o paciente ou fiador sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira, incluindo como solicitar e se inscrever;
  - b. A NeighborHealth documentará atividades contínuas de cobrança que incluem um mínimo de quatro (4) declarações ao paciente durante um período de 120 dias antes de a conta ser considerada para designação de dívida incobrável.
  - c. Em uma notificação final, o paciente ou fiador será informado de que a conta pode ser encaminhada a uma agência de cobrança externa e sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira.
  - d. A NeighborHealth documentará todos os esforços alternativos feitos para localizar a parte responsável pelo saldo da conta ou para obter um endereço correto em declarações de faturamento retornadas pelo serviço postal como "endereço incorreto" ou "não entregue".
  - e. A NeighborHealth documentará e manterá dados sobre ações contínuas de faturamento ou cobrança realizadas para fins de auditoria por uma agência federal e/ou estadual para o relatório de custos do ano fiscal em que a conta ou fatura é reportada.
  - f. A NeighborHealth não perseguirá ações contínuas de faturamento ou cobrança em saldos de contas do centro inferiores a US\$ 6,00, pois é economicamente inviável.
- C. Pacientes considerados inelegíveis para programas de assistência financeira, mas que podem demonstrar dificuldade financeira devido a circunstâncias incomuns ou imprevistas, são encorajados a trazer sua situação à atenção do departamento de Contas do Paciente para Consideração Individual. A NeighborHealth, de acordo com sua Política de Crédito e Cobrança, pode aplicar discricionariedade e estender descontos além das outras disposições na Política de Assistência Financeira em bases individuais para reconhecer casos únicos de dificuldade financeira.

- D. A Política de Crédito e Cobrança da NeighborHealth está disponível para revisão no site do centro em <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.

**Anexo A: Resumo em Linguagem Simples da NeighborHealth**

---

## NeighborHealth

---

### Política de Assistência Financeira: **Resumo em Linguagem Simples**

A NeighborHealth fornece cuidados medicamente necessários a todos os pacientes, independentemente de raça, cor, religião, sexo, origem nacional, idade, deficiência, identidade ou expressão de gênero ou capacidade de pagar. A NeighborHealth oferece assistência financeira a pacientes de baixa renda, não segurados ou subsegurados, que demonstrem necessidade e incapacidade de pagar pelos cuidados. A NeighborHealth trabalhará com os pacientes para determinar a elegibilidade para assistência financeira e ajudá-los a se inscrever para cobertura sob o Medicaid ou outros programas estaduais, planos de saúde federais qualificados ou o Programa de Desconto de Taxa Escalonada do centro.

Informações sobre a Política de Assistência Financeira do centro e como solicitar assistência financeira estão disponíveis para todos os pacientes em inglês, espanhol, português, árabe e crioulo haitiano. Intérpretes estão disponíveis para ajudar os pacientes com solicitações em outros idiomas através dos serviços de intérprete do MassHealth pelo 1-800-841-2900, ou ligando para o Aconselhamento Financeiro ao Paciente no 617-568-4600 ou visitando os escritórios nos endereços 79 Paris St em East Boston, MA ou 1601 Washington St em Boston, MA. A Política de Assistência Financeira da NeighborHealth está disponível gratuitamente mediante solicitação e online para download em <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.

#### **Quem é elegível?**

Pacientes de baixa renda, não segurados e subsegurados que necessitam de cuidados medicamente necessários e não podem pagar pelos serviços podem se inscrever em programas de assistência financeira. A elegibilidade para o programa é baseada em diretrizes que incluem a renda familiar do indivíduo, tamanho da família, necessidades médicas e estado de residência. A maneira como o paciente se qualifica para assistência financeira determinará o tipo de programa para o qual ele é elegível. Alguns pacientes se qualificarão para programas que não exigem pagamento pelos serviços, enquanto outros pacientes elegíveis são obrigados a fazer um pagamento parcial pelos cuidados. No Programa de Desconto de Taxa Escalonada, pacientes com renda igual ou inferior a 100% das Diretrizes Federais de Pobreza (FPG) qualificam-se para cuidados gratuitos com um cancelamento de 100% das cobranças totais, e pacientes com renda entre 100% e 200% das FPG qualificam-se para um cancelamento parcial das cobranças. Residentes de Massachusetts também podem solicitar assistência sob Dificuldade Médica, um programa disponível através do Health Safety Net do estado. Independentemente do tamanho da família e da renda, uma pessoa pode se qualificar para Dificuldade Médica se suas despesas médicas permitidas forem maiores que uma porcentagem estabelecida de sua renda familiar. Pacientes considerados inelegíveis para cobertura sob programas de assistência financeira estaduais ou federais serão avaliados para elegibilidade no Programa de Desconto de Taxa Escalonada do centro.

#### **Como se inscrever:**

Informações sobre a Política de Assistência Financeira do BMC, Programa de Desconto de Taxa Escalonada e solicitação estão disponíveis da seguinte forma:

- Contate o Departamento de Serviços ao Paciente pelo (617)568-4600 ou visite um local de atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8:00 a.m. às 5:00 p.m., em:
  - 79 Paris Street, East Boston, MA 02128; ou
  - 1601 Washington Street, Boston, MA 02118
- Visite o site do Centro em <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>
- Faça uma solicitação por escrito de informações sobre o programa e instruções de solicitação pelo correio para:  
NeighborHealth  
Atenção: Departamento de Serviços ao Paciente  
10 Gove Street  
East Boston, MA 02128

**Anexo B: Resumo dos Documentos de Verificação Aceitáveis do FAP**

1. Dois contracheques mais recentes
2. Carta do empregador indicando a taxa horária e horas trabalhadas por semana
3. Declaração de imposto de renda (Formulário 1040)
4. Outras fontes de renda

**Anexo C: Diretrizes do Programa de Desconto de Taxa Escalonada para Elegibilidade**

| East Boston Neighborhood Health Center                   |                     |           |           |           |           |           |           |           | A partir de 17 de janeiro de 2024 |
|--|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------------|
| Diretrizes de Renda para 2024                            |                     |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| RENDA ANUAL  |                     |           |           |           |           |           |           |           | Fonte: Registro Federal           |
| Pessoas na Família ou Domicílio                          | 100%                | 125%      | 150%      | 175%      | 200%      | 250%      | 300%      | 350%      | 400%                              |
| 1  | \$ 15.060           | \$ 18.825 | \$ 22.590 | \$ 26.355 | \$ 30.120 | \$ 37.650 | \$ 45.180 | \$ 52.710 | \$ 60.240                         |
| 2  | 20.440              | 25.550    | 30.660    | 35.770    | 40.880    | 51.100    | 61.320    | 71.540    | 81.760                            |
| 3  | 25.820              | 32.275    | 38.730    | 45.185    | 51.640    | 64.550    | 77.460    | 90.370    | 103.280                           |
| 4  | 31.200              | 39.000    | 46.800    | 54.600    | 62.400    | 78.000    | 93.600    | 109.200   | 124.800                           |
| 5  | 36.580              | 45.725    | 54.870    | 64.015    | 73.160    | 91.450    | 109.740   | 128.030   | 146.320                           |
| 6  | 41.960              | 52.450    | 62.940    | 73.430    | 83.920    | 104.900   | 125.880   | 146.860   | 167.840                           |
| 7  | 47.340              | 59.175    | 71.010    | 82.845    | 94.680    | 118.350   | 142.020   | 165.690   | 189.360                           |
| 8  | 52.720              | 65.900    | 79.080    | 92.260    | 105.440   | 131.800   | 158.160   | 184.520   | 210.880                           |
| Para cada pessoa adicional, adicionar                    | 5.380               |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| RENDA MENSAL   |                     |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| Pessoas na Família ou Domicílio                          | 100%                | 125%      | 150%      | 175%      | 200%      | 250%      | 300%      | 350%      | 400%                              |
| 1  | \$ 1.255            | \$ 1.569  | \$ 1.883  | \$ 2.196  | \$ 2.510  | \$ 3.138  | \$ 3.765  | \$ 4.393  | \$ 5.020                          |
| 2  | 1.703               | 2.129     | 2.555     | 2.981     | 3.407     | 4.258     | 5.110     | 5.962     | 6.813                             |
| 3  | 2.152               | 2.690     | 3.228     | 3.765     | 4.303     | 5.379     | 6.455     | 7.531     | 8.607                             |
| 4  | 2.600               | 3.250     | 3.900     | 4.550     | 5.200     | 6.500     | 7.800     | 9.100     | 10.400                            |
| 5  | 3.048               | 3.810     | 4.573     | 5.335     | 6.097     | 7.621     | 9.145     | 10.669    | 12.193                            |
| 6  | 3.497               | 4.371     | 5.245     | 6.119     | 6.993     | 8.742     | 10.490    | 12.238    | 13.987                            |
| 7  | 3.945               | 4.931     | 5.918     | 6.904     | 7.890     | 9.863     | 11.835    | 13.808    | 15.780                            |
| 8  | 4.393               | 5.492     | 6.590     | 7.688     | 8.787     | 10.983    | 13.180    | 15.377    | 17.573                            |
| Para cada pessoa adicional, adicionar                    | 448                 |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| RENDA SEMANAL  |                     |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| Pessoas na Família ou Domicílio                          | 100%                | 125%      | 150%      | 175%      | 200%      | 250%      | 300%      | 350%      | 400%                              |
| 1  | \$ 290              | \$ 362    | \$ 434    | \$ 507    | \$ 579    | \$ 724    | \$ 869    | \$ 1.014  | \$ 1.158                          |
| 2  | 393                 | 491       | 590       | 688       | 786       | 983       | 1.179     | 1.376     | 1.572                             |
| 3  | 497                 | 621       | 745       | 869       | 993       | 1.241     | 1.490     | 1.738     | 1.986                             |
| 4  | 600                 | 750       | 900       | 1.050     | 1.200     | 1.500     | 1.800     | 2.100     | 2.400                             |
| 5  | 703                 | 879       | 1.055     | 1.231     | 1.407     | 1.759     | 2.110     | 2.462     | 2.814                             |
| 6  | 807                 | 1.009     | 1.210     | 1.412     | 1.614     | 2.017     | 2.421     | 2.824     | 3.228                             |
| 7  | 910                 | 1.138     | 1.366     | 1.593     | 1.821     | 2.276     | 2.731     | 3.186     | 3.642                             |
| 8  | 1.014               | 1.267     | 1.521     | 1.774     | 2.028     | 2.535     | 3.042     | 3.548     | 4.055                             |
| Para cada pessoa adicional, adicionar                    | 103                 |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| DESCONTO ESCALONADO                                      |                     |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| Renda como Percentual das Diretrizes Federais de Pobreza | Desconto Escalonado |           |           |           |           |           |           |           |                                   |
| 0 a 100%   |                     | 100%      |           |           |           |           |           |           |                                   |
| 101 a 125%   |                     | 80%       |           |           |           |           |           |           |                                   |
| 125 a 150%   |                     | 60%       |           |           |           |           |           |           |                                   |
| 151 a 175%   |                     | 40%       |           |           |           |           |           |           |                                   |
| 176 a 200%   |                     | 20%       |           |           |           |           |           |           |                                   |
| Acima de 200%  |                     | 0%        |           |           |           |           |           |           |                                   |

Serviços do Centro de Saúde:

| <b>Diretrizes Federais de Pobreza (FPL)</b> | <b>Nível</b>  | <b>Desconto</b> |
|---|---------------|-----------------|
| < 100%                                      | 1             | 100%            |
| 101-125%                                    | 2             | 80%             |
| 126-150%                                    | 3             | 60%             |
| 151-175%                                    | 4             | 40%             |
| 176-200%                                    | 5             | 20%             |
| > 200%                                      | Não aplicável | 0%              |

Serviços de Farmácia:

| <b>Diretrizes Federais de Pobreza (FPL)</b> | <b>Desconto</b>   |
|---|---|
| < 100%                                      | 100%  |
| 101-200%                                    | Desconto até o custo de aquisição + taxa de dispensação de \$10 |
| > 200%                                      | 0%  |

Insumos de Terceiros:

- Nos casos em que insumos de terceiros são necessários durante uma consulta (por exemplo, dentaduras, armações de óculos, etc.), a taxa nominal cobrada ao paciente incluirá o custo desses itens para a NeighborHealth.

**Anexo D: Solicitação do Programa de Desconto de Taxa Escalonada**



**Solicitação do Programa de Desconto de Taxa Escalonada**

A EBNHC é uma organização sem fins lucrativos cuja função principal é fornecer serviços de saúde de qualidade e acessíveis à comunidade. O Programa de Desconto de Taxa Escalonada da EBNHC oferece descontos no custo dos cuidados de saúde para pacientes não segurados ou subsegurados, dependendo do nível de renda e do tamanho da família.

Estou ciente de que preencher uma solicitação não garante minha aceitação no programa. Também entendo e concordo que o pagamento de quaisquer cobranças por serviços recebidos da EBNHC é de minha responsabilidade.

Reconheço que, para serviços recebidos em qualquer outra instituição de saúde, devo contatar essa instituição para assistência em relação a opções de pagamento.

**Informações Familiares (1):** Por favor, liste o nome completo e a data de nascimento de cada membro da família. Circule "sim" se forem pacientes do East Boston Neighborhood Health Center. Caso contrário, circule "não".

| Nome                              | FIADOR  | CÔNJUGE/<br>PARCEIRO | DEPENDENTE | DEPENDENTE | DEPENDENTE | DEPENDENTE |
|-----------------------------------|---------|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| Primeiro<br>Nome<br><br>Sobrenome |         |                      |            |            |            |            |
| Data de<br>Nascimento             |         |                      |            |            |            |            |
| Paciente                          | Sim/Não | Sim/Não              | Sim/Não    | Sim/Não    | Sim/Não    | Sim/Não    |

| FONTE DE RENDA   | PRÓPRIO | CÔNJUGE | OUTROS | Total |
|--|---------|---------|--------|-------|
| Salários brutos, salários, gorjetas, etc.  |         |         |        |       |
| Renda de negócios, trabalho autônomo e dependentes   |         |         |        |       |
| Compensação por desemprego, Compensação dos Trabalhadores, Previdência Social, Renda de Segurança Suplementar, Assistência Pública, Pagamentos de Veteranos, Benefícios de Sobrevivente, Pensão ou Aposentadoria |         |         |        |       |
| Juros, dividendos, aluguéis, royalties, renda de espólios, trusts, assistência educacional, pensão alimentícia, pensão alimentícia Assistência de fora do domicílio e outras fontes diversas                     |         |         |        |       |
| <b>Renda Total</b>   |         |         |        |       |

**NOTA:** Forneça dois (2) de seus contracheques mais recentes; OU carta do seu empregador indicando a taxa horária e horas trabalhadas por semana; Declaração de Imposto de Renda (Formulário 1040) E quaisquer outras fontes de renda indicadas acima.

**É muito importante que você traga a documentação necessária listada abaixo para sua consulta.**

Compreendo as perguntas e declarações neste formulário de solicitação. Certifico que minhas respostas são corretas e completas ao melhor do meu conhecimento. Incluí todos os membros da família e forneci comprovações de toda a renda. Entendo que estas informações serão usadas apenas para determinar a responsabilidade financeira pelos meus encargos na EBNHC e serão mantidas confidenciais.

Minha assinatura autoriza a EBNHC a verificar qualquer informação fornecida neste formulário.

Nome impresso do solicitante \_\_\_\_\_

Assinatura do solicitante \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

- Data retroativa solicitada \_\_\_\_\_  Deseja receber uma ligação sobre a aprovação do desconto além de uma carta enviada para sua residência

Se você tiver mais perguntas sobre opções financeiras, ligue para o Departamento de Serviços ao Paciente do East Boston Neighborhood Health Center no (617) 568-4600. Se precisar de ajuda para preencher a solicitação, entre em contato com a Conta do Paciente no 617-568-7220. Estamos ansiosos para trabalhar com você.

---

**Uso Exclusivo do Escritório**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Desconto Aprovado: \_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

Data de Aprovação: \_\_\_\_\_

| Lista de Verificação   | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Identificação/Endereço: Carteira de motorista, conta de serviços públicos, identificação do emprego ou |     |     |
| Renda: Declaração de imposto de renda do ano anterior, três contracheques mais recentes ou outro       |     |     |
| Seguro: Cartões de Seguro  |     |     |

**Anexo E: Lista de Afiliados de Provedores da NeighborHealth**

A Política de Assistência Financeira da NeighborHealth se aplicará aos cuidados prestados em todas as unidades da NeighborHealth. O FAP não se aplica a taxas cobradas por provedores por cuidados prestados fora de uma unidade da NeighborHealth ou por provedores externos (por exemplo, serviços laboratoriais).

A lista a seguir identifica os nomes de todos os médicos, grupos de prática e outros provedores terceirizados que prestam cuidados nas unidades da NeighborHealth. Para os provedores listados com um "NÃO" na coluna intitulada "Cobertura sob o FAP", eles não seguem o FAP da NeighborHealth. Você receberá cobranças separadas desses provedores.

**Provedores Praticantes**

| <b>Provedor</b>   | <b>Serviço</b> | <b>Cobertura sob o FAP</b> | <b>Elegível para HSN</b> |
|-------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|
| NeighborHealth    | Todos          | SIM                        | SIM                      |
| Quest Diagnostics | Laboratório    | NÃO                        | SIM                      |