

ST. VINCENT'S MEDICAL CENTER

POLÍTICA DE FATURAÇÃO E COBRANÇA

Em vigor a partir de 1 de julho de 2018

POLÍTICA/PRINCÍPIOS

Faz parte da política do St. Vincent's Medical Center (a "Organização") garantir uma prática socialmente justa na prestação de cuidados médicos necessários ou de emergência na Organização em conformidade com a sua Política de Ajuda Financeira (ou FAP - Financial Assistance Policy). Esta Política de Faturação e Cobrança foi especificamente concebida para abordar as práticas de faturação e cobrança de Doentes em necessidade de assistência financeira e cuidados na Organização.

Todas as práticas de faturação e cobrança refletirão o nosso compromisso e reverência pela dignidade humana individual e o bem comum, a nossa preocupação especial e solidariedade com as pessoas que vivem na pobreza e outras pessoas vulneráveis, bem como o nosso compromisso para com uma justiça e gestão distributivas. Os funcionários e agentes da Organização devem comportar-se de forma a refletir as políticas e valores de um estabelecimento financiado pela Igreja Católica, incluindo o tratamento de doentes e as respetivas famílias com dignidade, respeito e compaixão.

Esta Política de Faturação e Cobrança aplica-se a todos os serviços de emergência e outros serviços médicos necessários prestados na Organização, incluindo serviços de natureza física e saúde comportamental. Esta Política de Faturação e Cobrança não se aplica a acordos de pagamentos de procedimentos opcionais.

DEFINIÇÕES

1. Por "**501(r)**" entende-se a Secção 501, alínea r) do Código Fiscal e os regulamentos promulgados no mesmo.

2. Por "**Período de Pedidos**" entende-se o período durante o qual pode ser enviada um Pedido de FAP à Organização. O Período de Pedidos tem início na data mais antiga em que o Pedido de FAP é enviado ou na data em que o cuidado é prestado e termina na data especificada no Aviso de Término do Período de Pedidos.

3. Por "**Aviso de Término do Período de Pedidos**" entende-se um aviso escrito que declara que o prazo após o qual a Organização deixará de aceitar e processar um Pedido de FAP enviada (ou, se aplicável, concluída) pelo Doente para o cuidado anteriormente prestado em questão, sendo o prazo especificado no aviso escrito, o mais tardar, (a) trinta (30) dias após a data em que o aviso é providenciado, (b) 240 dias após a data em que o primeiro extrato de faturação após a alta seja providenciado para o cuidado anteriormente prestado, ou (c) no caso de um Doente que tenha sido considerado presumivelmente com menos de 100%, sendo o fim de um prazo razoável para um pedido de Ajuda Financeira conforme descrito no presente documento. O Aviso de

Término do Período de Pedidos pode constituir um documento escrito em separado ou pode conter linguagem incluída noutra aviso escrito enviado ao Doente.

4. Por "**Ações de Cobrança Extraordinárias**" ou "**ECA**" entende-se qualquer das seguintes atividades de cobranças sujeitas a restrições nos termos da Secção 501, alínea r):

- a. A venda de uma dívida de um Doente a outra parte, salvo quando o comprador está sujeito a determinadas restrições, como descrito abaixo.
- b. A comunicação de informação adversa sobre o Doente a agências de informação de crédito ao consumidor ou agências de crédito.
- c. O atraso ou recusa, ou pedido de um pagamento antes da prestação, de cuidado médico necessário devido à falta de pagamento de um Doente de uma ou mais faturas de cuidados anteriormente prestados cobertos no âmbito da FAP.
- d. Ações que exigem processos jurídicos ou judiciais, salvo pedidos de indemnização efetuados em procedimentos de falência ou danos pessoais. Estas ações incluem, mas não se limitam a,
 - i. dar a propriedade do Doente como garantia,
 - ii. despejo da propriedade do Doente,
 - iii. imposição de multas contra ou de outra forma confiscar ou condicionar a conta bancária de um Doente ou outra propriedade pessoal,
 - iv. início de uma ação civil contra um Doente, e
 - v. penhora dos rendimentos de um Doente.

Uma ECA não inclui nenhum dos seguintes casos (mesmo que os critérios de uma ECA conforme previsto acima sejam de modo geral satisfeitos):

- a. a venda da dívida de um Doente se, antes da venda, existir um acordo por escrito legalmente válido com o comprador da dívida em conformidade com o qual
 - i. o comprador está proibido de participar em qualquer ECA para obter o pagamento dos cuidados;
 - ii. o comprador está proibido de cobrar juros sob a dívida em excesso da taxa em vigor nos termos da Secção 6621, alínea a), número 2) do Código Fiscal no momento em que a dívida é vendida (ou qualquer outra taxa de juro definida pelo aviso ou outra orientação publicada no Boletim de Receitas Internas);
 - iii. a dívida é restituível ou revogável pela Organização mediante a determinação da Organização ou do comprador de que o Doente é elegível à Ajuda Financeira; e
 - iv. o comprador deve cumprir os procedimentos especificados no acordo que garantem que o Doente não paga, e não tem obrigação de pagar, ao comprador e à Organização em conjunto mais do que ele ou ela é responsável por pagar em conformidade com a FAP, caso o Doente seja considerado elegível à Ajuda Financeira e a dívida não seja restituída ou revogada pela Organização;
- b. qualquer garantia que a Organização tenha o direito de impor nos termos da legislação do estado relativo a procedimentos de um julgamento, resolução ou acordo devido ao Doente resultante de danos pessoais pelos quais a Organização prestou cuidados; ou

c. o pedido de indemnização em qualquer processo de falência.

5. Por "**FAP**" entende-se a Política de Ajuda Financeira da Organização, que é uma política para providenciar Ajuda Financeira a Doentes elegíveis no cumprimento da missão da Organização e da Ascension Health e em conformidade com a Secção 501, alínea r).

6. Por "**Pedido de FAP**" entende-se o pedido de Ajuda Financeira.

7. Por "**Ajuda Financeira**" entende-se a ajuda que a Organização poderá providenciar ao Doente em conformidade com a FAP da Organização.

8. Por "**Organização**" entende-se o St. Vincent's Medical Center, que faz parte da Ascension Health. Para pedir mais informações, enviar questões ou comentários, ou interpor um recurso, pode contactar o gabinete mencionado baixo ou conforme indicado em qualquer aviso ou comunicação aplicável que receba da Organização:

Patient Financial Services
Customer Service Call Center Manager
203-576-5374
2720 Main Street, Bridgeport CT, 06606
Attention: Customer Service

9. Por "**Doente**" entende-se um indivíduo que recebe cuidados (ou que recebeu cuidados) da Organização ou qualquer outra pessoa financeiramente responsável por tais cuidados (incluindo familiares e tutores).

PRÁTICAS DE FATURACÃO E COBRANÇA

A Organização mantém um processo ordenado para a emissão regular de extratos de faturação aos Doentes por serviços prestados e para a comunicação com os Doentes. Em caso de falta de pagamento de um Doente por serviços prestados pela Organização, esta poderá levar a cabo ações para obter o pagamento, incluindo, mas não se limitando a, tentativas de comunicação por telefone, e-mail e pessoalmente, e um (1) ou mais ECA, sujeitos às disposições e restrições previstas na presente Política de Faturação e Cobrança.

Em conformidade com a Secção 501, alínea r), a presente Política de Faturação e Cobrança identifica os esforços razoáveis que a Organização deve levar a cabo para determinar se um Doente é elegível nos termos da sua FAP à Assistência Financeira antes de levar a cabo uma ação de cobrança extraordinária ou ECA. Assim que tal determinação seja realizada, a Organização pode prosseguir com uma ou mais ECA, conforme descrito no presente documento.

1. Processamento do Pedido de FAP. Salvo como previsto abaixo, um Doente pode enviar um Pedido de FAP em qualquer momento durante o Período de Pedidos. A Organização não será obrigada a aceitar um Pedido de FAP após o Período de Pedidos, salvo quando especificamente exigido pela secção 501, alínea r). As determinações de elegibilidade à Ajuda Financeira serão processadas com base nas seguintes categorias gerais.

- a. Pedidos de FAP Completos. No caso de um Doente que envie um Pedido de FAP completo durante o Período de Pedidos, a Organização irá, oportunamente, suspender quaisquer ECA para obter o pagamento dos cuidados, efetuar uma determinação de elegibilidade e providenciar um aviso escrito, conforme previsto abaixo.
- b. Determinação de Presumível Elegibilidade. Se um Doente for determinado presumivelmente elegível à mais generosa ajuda disponível nos termos da FAP (por exemplo, a determinação de elegibilidade tem como base um pedido enviado com respeito a cuidados anteriores), a Organização irá notificar o Doente da base da determinação e dará ao mesmo um período de tempo razoável para pedir uma ajuda mais generosa antes de iniciar uma ECA.
- c. Aviso e Processo Caso Nenhum Pedido Tenha Sido Enviado. Salvo se um Pedido de FAP completo for enviado ou for determinada a elegibilidade nos termos dos critérios de elegibilidade presumível da FAP, a Organização não irá dar início a qualquer ECA durante, pelo menos, 120 dias a partir da data do envio do primeiro extrato de faturação pelos cuidados pós alta ao Doente. No caso de diversos episódios de cuidados, estas disposições de notificação podem ser agregadas. Neste caso, os períodos de tempo teriam como base o episódio mais recente de cuidados incluído na agregação. Antes de iniciar uma (1) ou mais ECA para obter o pagamento de cuidados por parte de um Doente que não enviou um Pedido de FAP, a Organização tomará as seguintes medidas:
 - i. Enviar ao Doente um aviso escrito que indica que a Ajuda Financeira está disponível a Doentes elegíveis, identifica as ECA que se pretende levar a cabo de modo a obter-se o pagamento dos cuidados e define um prazo de, mais tardar, 30 dias após a data de envio do aviso escrito após os quais poderão ser iniciadas as ECA;
 - ii. Providenciar ao Doente um resumo de linguagem clara da FAP; e
 - iii. Envidar um esforço razoável para notificar verbalmente o Doente com respeito à FAP e ao processo de Pedido de FAP.
- d. Pedidos de FAP Incompletos. No caso de um Doente que enviou um Pedido de FAP incompleto durante o Período de Pedidos, a Organização deverá notificar o Doente por escrito sobre como completar o Pedido de FAP e conceder ao mesmo trinta (30) dias de calendário para o fazer. Qualquer ECA pendente deverá ser suspensa durante este período e o aviso escrito deverá (i) descrever a informação adicional e/ou documentação exigida nos termos da FAP ou o Pedido de FAP que é necessário para completar o pedido e (ii) incluir informação de contacto adequada.
- e. Término do Período de Pedidos de FAP. O Período de Pedidos pode ter interrompido pela Organização através da entrega de um Aviso de Término do Período de Pedidos enviado por escrito ao Doente.

2. Restrições quanto ao Atraso e Recusa de Cuidados. Quando a Organização pretender atrasar ou recusar, ou exigir o pagamento antes de providenciar, cuidados médicos necessários, conforme definido na FAP, devido à falta de pagamento de um Doente de uma ou mais faturas de cuidados anteriormente prestados cobertos no âmbito da FAP, será fornecido um Pedido de FAP ao Doente e um aviso escrito que menciona que a Ajuda Financeira está disponível para Doentes elegíveis. Também se poderá conceder ao Doente um Aviso de Término do Período de Pedidos.

3. Notificação de Determinação.

- a. Determinações. Assim que for recebido um Pedido de FAP completo por parte de um Doente, a Organização irá avaliar o Pedido de FAP para determinar a sua elegibilidade e irá notificar o Doente por escrito da determinação final no prazo de quarenta e cinco (45) dias de calendário. A notificação irá incluir a determinação da quantia que o Doente é financeiramente responsável por pagar. Se o pedido de FAP for negado, será enviado um aviso com a explicação do motivo de recusa e instruções para recurso ou reconsideração.
- b. Reembolsos. A Organização reembolsará o montante que o Doente pagou pelos cuidados caso exceda o montante determinado pelo qual o Doente é pessoalmente responsável por pagar no âmbito da FAP, a menos que o valor seja inferior a 5,00\$.
- c. Inversão da ECA. Na medida em que um Doente seja determinado elegível à Ajuda Financeira no âmbito da FAP, a Organização tomará todas as medidas razoáveis disponíveis para inverter qualquer ECA efetuada contra o Doente para obter o pagamento dos cuidados. Tais medidas razoáveis disponíveis incluem, mas não se limitam a, de modo geral, medidas para retirar qualquer julgamento contra o Doente, revogar qualquer cobrança ou penhora à propriedade do Doente e retirar do relatório de crédito do Doente qualquer informação adversa que tenha sido comunicada a uma agência de relatórios sobre o consumidor ou agência de crédito.

4. Recursos. O Doente poderá recorrer da recusa de elegibilidade à Ajuda Financeira ao providenciar informação adicional à Organização num prazo de catorze (14) dias de calendário após a receção da notificação de recusa. Todos os recursos serão revistos pela Organização para uma determinação final. Se a determinação final confirmar a recusa anterior de Ajuda Financeira, será enviada uma notificação por escrito ao Doente. Um recurso não alargará nem reiniciará o processo de pedidos previsto na presente Política de Faturação e Cobrança.

5. Notificação Antes de Cobranças. Antes de encaminhar qualquer dívida para uma agência de cobrança de dívidas externa ou iniciar qualquer ação contra um Doente ou património de um Doente, de modo a recolher taxas resultantes de cuidados prestados na Organização, esta deve determinar se o Doente tem seguro e se é elegível ao fundo de camas de hospital conforme descrito na FAP. Por doente sem seguro entende-se qualquer pessoa responsável por um ou mais custos hospitalares, cujo rendimento se encontra ou está abaixo de duzentos e cinquenta por cento (250%) das diretrizes de rendimento de pobreza que (A) pediu e a quem foi recusada elegibilidade de qualquer cobertura de cuidados de saúde ou médicos previstos no programa

Medicaid devido ao incumprimento de requisitos de rendimento ou outros requisitos de elegibilidade e (B) não é elegível a cobertura de serviços hospitalares no âmbito dos programas Medicare of CHAMPUS, ou no âmbito de qualquer programa Medicaid ou de seguro de saúde de outro estado, nação, comunidade ou, no âmbito de qualquer programa de benefícios ou seguro de saúde ou trabalho patrocinado pelo estado ou entidades privadas incluindo, mas não se limitando a, compensações e remunerações de trabalhadores, resoluções ou julgamentos resultantes de pedidos de indemnização ou processos que envolvam acidentes de veículos motorizados ou alegada negligência.

6. Cobranças. Aquando da conclusão dos procedimentos supramencionados, a Organização poderá prosseguir com ECA contra Doentes sem seguro ou com seguros insuficientes com contas inadimplentes, conforme determinado nos procedimentos da Organização para o estabelecimento, processo e monitorização de faturas e planos de pagamento de Doentes.

- a. Em circunstância alguma poderá a Organização ou terceiros que operem em nome da Organização cobrar a um Doente sem seguro um valor superior aos custos de prestação de serviços da Organização. Por "custo de prestação de serviços" entende-se os custos publicados pela Organização no momento de faturação, multiplicados pelas relações mais recentes da Organização entre custos e cobranças conforme retiradas do arquivo financeiro anual disponível mais recente junto do Departamento de Saúde Pública e Acesso aos Cuidados de Saúde.
- b. Sujeita às restrições identificadas no presente documento, a Organização pode utilizar uma agência de cobrança de insolvência externa conceituada ou outro prestador de serviço para o tratamento de contas insolventes. Tais agências ou prestadores de serviços devem cumprir as disposições da Secção 501, alínea r) aplicáveis a terceiros e as disposições das Secções 19, alínea a), número 673 e 19, alínea a), número 673, alínea b) dos Estatutos Gerais do Connecticut.

7. Cessação de Esforços de Cobrança Mediante a Elegibilidade do Devedor a Fundos de Camas ou Outros Serviços. Se, em qualquer ponto do processo de cobrança de dívidas, a Organização ou qualquer parte a agir em nome da mesma, incluindo um cobrador de dívidas ou uma agência de cobrança de dívidas ao consumidor, tiver conhecimento de que Doente de quem a Organização pretende obter o pagamento por serviços é elegível a fundos de camas de hospital, serviços hospitalares gratuitos ou de custos reduzidos, ou qualquer outro programa que resulta na eliminação da responsabilidade da dívida ou redução do montante de tal responsabilidade, a Organização ou terceiros relevantes que agem em nome da Organização devem de imediato interromper os esforços de cobrança e encaminhar o arquivo de cobrança para a Organização para a determinação de tal elegibilidade. Não serão retomados quaisquer esforços de cobrança até que seja efetuada tal determinação.