

VIRTUA HEALTH

<u>TÍTULO DO MANUAL</u> PBS — CONTABILIDADE DO PACIENTE		<u>NOME DA POLÍTICA</u> Política de Assistência Financeira		
<u>PROPRIETÁRIO DO MANUAL</u> Contabilidade do paciente	<u>DATA DE EMISSÃO</u>	<u>DATA DA ÚLTIMA REVISÃO</u> 12/2016, 20/03/2018, 02/12/2019, 14/03/2023, 08/2024	<u>DATA DA REVISÃO</u> 12/2015, 11/2019 02/12/2019, 01/2021,03/2023,08/2024	<u>DATA DE VIGÊNCIA</u> 12/2015
<u>INTERVALO DE REVISÃO</u> 12 meses <u>Essa política se aplica a:</u>		<u>REVISADO/APROVADO POR:</u> Diretoria do Conselho Administrativo da Virtua Health Virtua — Memorial Hospital Burlington County, Inc. Virtua — West Jersey Health System, Inc. Virtua Memorial Burlington — Psych Virtua Our Lady of Lourdes Hospital, Inc. Virtua Willingboro Hospital, Inc		

1. Política

O objetivo da Política de Assistência Financeira (FAP) da Virtua é oferecer assistência àqueles que não dispõem de recursos financeiros suficientes, incluindo plano de saúde, para arcar com os custos dos cuidados recebidos por eles próprios ou por pessoas sob sua responsabilidade. A FAP da Virtua se refere à prestação de cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários. Ele não se refere a procedimentos estéticos eletivos ou não necessários do ponto de vista médico. Pacientes que recebem atendimento de emergência ou outros cuidados médicos necessários na Virtua geralmente também são atendidos por grupos de médicos particulares ou outros provedores de serviços de saúde terceirizados enquanto são atendidos pela Virtua. Consulte o Apêndice A, disponível em www.Virtua.org, para obter uma lista de provedores em nossas instalações hospitalares que fornecem serviços de saúde de emergência ou outros serviços médicos necessários. O apêndice especifica quais provedores são cobertos por este FAP e quais não são. A listagem de provedores será revisada todo trimestre e atualizada conforme a necessidade.

2. Programas de Assistência Financeira, Qualificação e Métodos de Candidatura/Procedimentos

Sujeita à qualificação, a assistência financeira pode estar disponível por meio dos seguintes programas:

- a) Programas governamentais como Medicaid e Previdência Social
- b) Programa de Assistência para Pagamento de Cuidados Hospitalares do Estado de Nova Jersey (Hospital Care Payment Assistance Program, HCPAP)

Os recursos da assistência para pagamento de cuidados hospitalares são provenientes do Fundo de Subsídio de Assistência à Saúde administrado pela Lei Pública de Nova Jersey de 1997, Capítulo 263. A aprovação do HCPAP resulta em atendimento gratuito ou com desconto para pacientes que recebem serviços ambulatoriais e de internação em hospitais de cuidados intensivos em todo o estado de Nova Jersey. Assistência hospitalar e cuidados com custos reduzidos estão disponíveis apenas para emergências ou outros cuidados médicos necessários.

Os pacientes podem se qualificar para o HCPAP se forem residentes de Nova Jersey e:

- i. Não tiverem cobertura de saúde ou tiverem cobertura que arca apenas com parte da conta do hospital (sem plano ou plano de cobertura insuficiente);

- ii. Não estiverem qualificados para plano privado ou financiado pelo governo (como o Medicaid); e
- iii. Atenderem aos seguintes critérios de qualificação de renda e bens incluídos abaixo:

Critérios de renda: Pacientes com renda familiar bruta menor ou igual a 200% das Diretrizes Federais de Pobreza (FPG) estão qualificados para cobertura de assistência beneficente de 100%. Pacientes com renda familiar bruta maior que 200%, mas menor ou igual a 300% do FPG têm direito a desconto no atendimento. O atendimento gratuito ou as despesas parcialmente cobertas serão determinados pela Tabela de Taxas do Departamento de Saúde de Nova Jersey.

Critérios de bens: O HCPAP inclui limites de qualificação de bens que estabelecem que os bens individuais não podem ultrapassar US\$ 7.500 e os bens familiares não podem ultrapassar US\$ 15.000. Consulte [https:// aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines](https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines) sobre os níveis federais de pobreza.

O HCPAP também está disponível para residentes de fora de Nova Jersey que necessitem de atenção médica imediata para uma condição médica de emergência.

Os pacientes que desejam se inscrever no HCPAP devem enviar o Formulário de Participação do Programa de Assistência Hospitalar de Nova Jersey preenchido com informações familiares/domiciliares, comprovante de residência em Nova Jersey (por exemplo, carteira de motorista, carteira de identidade do condado) e documentação de renda (por exemplo, contracheque(s), Formulário W-2, declaração de previdência social) e bens (por exemplo, extratos bancários). Se o paciente não tiver renda ou bens, uma declaração fornecida pelo paciente elimina a necessidade de documentação.

c) Desconto para não segurados de Nova Jersey (Lei Pública de 2008, Capítulo 60)

Todos os pacientes sem plano, com renda familiar bruta inferior a 500% do FPG, serão qualificados para receber cuidados com desconto neste programa. De acordo com este programa, o paciente qualificado será cobrado, pelos serviços de saúde prestados, um valor não superior a 115% da taxa de pagamento aplicável conforme o programa Federal Medicare.

d) NJ FamilyCare

O NJ FamilyCare é o programa de seguro de saúde financiado pelo governo de Nova Jersey que inclui populações do CHIP, Medicaid e expansão do Medicaid. O NJ FamilyCare é um programa de plano de saúde financiado pelo governo federal e estadual, criado para ajudar moradores qualificados de Nova Jersey, de qualquer idade, a terem acesso a um plano de saúde acessível. O NJ FamilyCare se destina a pessoas que não possuem plano por parte do empregador.

A qualificação financeira para indivíduos que buscam participar do NJ FamilyCare será baseada em sua Renda Bruta Ajustada Modificada ou MAGI. Você encontra mais informações em: www.njfamilycare.org/default.aspx.

e) Programa de Educação e Diagnóstico Precoce do Câncer de Nova Jersey (New Jersey Cancer Education and Early Detection, NJCEED)

O programa NJCEED oferece serviços abrangentes de divulgação, educação e triagem para câncer de mama, do colo do útero, colorretal e de próstata.

O paciente não pode ter plano de saúde ou ter um plano insuficiente e ter renda familiar bruta igual ou inferior a 250% do FPG para ser elegível. Informações adicionais podem ser encontradas em: www.nj.gov/health/cancer/njceed.

f) Fundo de Assistência para Doenças Catastróficas em Crianças (Catastrophic Illness in Children Relief Fund)

O Fundo de Assistência para Doenças Catastróficas em Crianças (Catastrophic Illness in Children Relief Fund) fornece assistência financeira a famílias de crianças com doenças catastróficas.

Para se qualificar, as despesas hospitalares devem exceder 10% da renda bruta da família, mais 15% de qualquer renda excedente acima de US\$ 100.000, a criança deve ter 21 anos ou menos quando as despesas médicas foram incorridas e a família deve ter vivido em Nova Jersey por 3 meses imediatamente antes da data da solicitação. Trabalhadores migrantes podem se qualificar, residentes temporários não. Informações adicionais podem ser encontradas em www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home.

g) Escritório de Indenização para Vítimas de Crimes de Nova Jersey (New Jersey Victims of Crime Compensation Office)

O estado de Nova Jersey criou o Escritório de Indenização para Vítimas de Crimes de Nova Jersey para indenizar vítimas de crimes por perdas e despesas, inclusive despesas médicas, resultantes de determinados atos criminosos.

Para se qualificar para assistência do Escritório de Indenização para Vítimas de Crimes de Nova Jersey, o crime deve ter ocorrido em Nova Jersey ou deve estar relacionado a um residente de Nova Jersey que foi vitimado fora do estado, a vítima deve ter denunciado o crime à polícia dentro de 9 meses e deve cooperar com a investigação e acusação do crime. A reclamação deve ser apresentada dentro de 3 anos da data do crime e o paciente deve ser vítima inocente do crime. Informações adicionais podem ser encontradas em www.nj.gov/oag/njvictims/index.html.

h) Valores Geralmente Faturados (Amounts Generally Billed, ABG)

De acordo com a Seção 501(r)(5) do IRC, em caso de emergência ou outro atendimento médico necessário, os pacientes qualificados não serão cobrados por valores maiores do que os geralmente cobrados de indivíduos que possuem um plano cobrindo tal atendimento.

Pacientes podem ter direito a esse desconto se não tiverem plano e tiverem renda familiar bruta inferior a 500% do FPG. Além disso, pacientes com plano insuficiente podem se qualificar se a renda familiar bruta for maior que 200%, mas menor ou igual a 300% do FPG.

i) Programa de Assistência de Caridade da Virtua (Virtua's Charity Assistance Program, CAP)

Pacientes sem plano não qualificados para o Medicaid e para um desconto de 100% no HCPAP podem ser elegíveis para o CAP se forem cidadãos dos Estados Unidos e se a renda familiar bruta não exceder 500% do FPG. Aqueles que se qualificarem para assistência pelo CAP receberão um desconto de 90% no valor cobrado por procedimentos emergenciais ou clinicamente necessários.

Para solicitar assistência financeira pelo CAP, é necessário enviar uma solicitação ao Programa de Assistência de Caridade Virtua. Os requerentes do CAP devem fornecer informações familiares/domiciliares, bem como comprovante de renda documentado (veja exemplos de comprovantes de renda incluídos na Seção 2(b), HCPAP).

O Formulário de Inscrição para Participação no Programa de Assistência Hospitalar de Nova Jersey e o Formulário de Inscrição para o Programa de Assistência de Caridade Virtua ("formulários") podem ser baixados do site da Virtua, www.virtua.org, na sessão do Programa de Assistência de Caridade Virtua.

Cópias impressas das inscrições podem ser obtidas ligando para o nosso departamento de atendimento ao cliente no número (833) 335-4010.

Os pacientes têm 365 dias a partir da data da primeira fatura pós-alta para enviar as inscrições preenchidas, que incluem a documentação necessária.

Envie as inscrições preenchidas (com toda a documentação necessária) para:

Virtua Patient Accounting
2000 Crawford Place, Suite 100
Mount Laurel, NJ 08054

Se uma inscrição incompleta for recebida, a Virtua fornecerá ao paciente um aviso por escrito descrevendo as informações/documentação adicionais necessárias para determinar a qualificação ao FAP e dará ao paciente um prazo razoável (30 dias) para envio da documentação solicitada. A Virtua também fornecerá ao paciente uma cópia de um Resumo em Linguagem Simples (PLS) deste FAP. O PLS é uma declaração escrita que notifica um indivíduo de que a Virtua oferece assistência financeira mediante o FAP e fornece informações adicionais em linguagem clara, concisa e fácil de entender.

3. Base para cálculo dos valores cobrados

Anualmente, a Virtua estabelecerá as porcentagens de AGB para suas instalações hospitalares usando o método "Look-back". As porcentagens de AGB são calculadas dividindo-se as reivindicações do programa de pagamento por serviço do Medicare + planos privados de saúde pelos encargos brutos associados a essas reivindicações. As porcentagens de AGB resultantes são multiplicadas pelos encargos brutos de procedimentos específicos para determinar o valor de AGB.

As porcentagens AGB calculadas, bem como uma descrição dos cálculos, estão disponíveis gratuitamente mediante solicitação, ligando para nosso departamento de atendimento ao cliente em (833) 335-4010.

Um indivíduo considerado qualificado para o FAP não será cobrado mais do que o AGB por serviços de saúde de emergência e outros serviços médicos necessários, de acordo com a Seção 501(r)(5) do IRC. AGB é o valor máximo cobrado de qualquer indivíduo qualificado ao FAP. De acordo com este FAP, um indivíduo qualificado ao FAP será cobrado pelo menor valor entre AGB ou outras taxas com desconto para as quais ele se qualifique de acordo com o FAP.

4. Ampla divulgação do FAP

O Departamento de Contabilidade do Paciente da Virtua fará o possível para fornecer assistência financeira de forma justa e consistente, mediante esforços razoáveis para determinar se um indivíduo se qualifica para obter a assistência financeira. Como a Virtua deve equilibrar as necessidades de assistência financeira de nossos pacientes com sua responsabilidade fiscal mais ampla, a assistência não é considerada um substituto para a responsabilidade pessoal. Indivíduos considerados como tendo meios financeiros para pagar por seus cuidados deverão fazê-lo, e a Virtua reserva-se o direito de tomar medidas conforme permitido por lei para proteger seus bens, conforme necessário.

Nosso FAP, inscrições e PLS estão disponíveis para os pacientes no site da Virtua: www.virtua.org

Cópias impressas do FAP, das inscrições e do PLS estão disponíveis gratuitamente mediante solicitação nos seguintes locais públicos de nossas instalações hospitalares:

- Salas de emergência;
- Registro ambulatorial; e
- Registro de admissão.

Além disso, cópias em papel do FAP, das inscrições e do PLS podem ser solicitadas ligando para o serviço de atendimento ao cliente da Virtua pelo número 888 625-2890

A Virtua instalou displays visíveis em hospitais públicos com o intuito de notificar e informar nossos pacientes e membros da comunidade sobre a assistência financeira disponível.

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

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

Em um esforço para acomodar todas as populações significativas dentro da área de serviço primária da Virtua, o FAP, as inscrições e o PLS estão todos disponíveis em inglês e no idioma principal das populações com proficiência limitada em inglês (“LEP”) que constituem menos de 1.000 indivíduos ou 5% da comunidade atendida pela Virtua.

5. Política de Faturamento e Cobrança

A Virtua cumprirá todos os regulamentos e disposições contratuais acordadas com relação às suas práticas de cobrança e faturamento. O Departamento de Contabilidade do Paciente será responsável pelo faturamento e acompanhamento para garantir o recebimento do pagamento referente a todas as contas. Se, após o pagamento pelo pagador com responsabilidade primária pelo valor pendente, houver saldo residual devido (por exemplo, um valor de franquia ou cosseguro), o saldo residual da conta será cobrado da parte com responsabilidade secundária pelo saldo da conta. Com relação a pacientes sem plano ou sem cobertura de plano secundário para um saldo residual, a Virtua não se envolverá em ações extraordinárias de cobrança (ECAs) contra um indivíduo para obter pagamento por cuidados até que esforços razoáveis possam ser feitos para determinar se o indivíduo se qualifica para assistência sob o FAP da Virtua.

As contas de pacientes para as quais não há cobertura de plano de saúde de terceiros identificada seguirão o ciclo de cobrança definido por meio de autopagamento, com o responsável sendo informado sobre a disponibilidade de descontos oferecidos pelo FAP.

Assim que uma inscrição FAP completa for recebida, a Virtua:

- a) Suspenderá quaisquer ECAs contra o indivíduo (quaisquer terceiros agindo em nome da Virtua também suspenderão as ECAs realizadas);
- b) Efetuará e documentará a determinação de qualificação para o FAP em tempo hábil; e
- c) Notificará por escrito a parte ou indivíduo responsável sobre a determinação e a base para a determinação.

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

- i. Fornecerá um extrato de cobrança indicando o valor que o indivíduo qualificado ao FAP deve, como esse valor foi determinado e como as informações relativas ao AGB podem ser obtidas;
- ii. Reembolsará quaisquer pagamentos excedentes feitos pelo indivíduo; e
- iii. Os terceiros tomarão todas as medidas razoáveis disponíveis para reverter quaisquer ECAs tomadas contra os pacientes para cobrar a dívida.

Contas não pagas restantes que não estejam em processo de acordo de pagamento ou sendo aprovadas para assistência financeira no final do ciclo de cobrança de autopagamento definido (120 dias após a data da primeira fatura pós-alta) serão transferidas para uma agência terceirizada (“agência”) para cobrança. Antes de tal transferência, no entanto, uma estimativa da renda anual da parte responsável pode ser obtida de uma agência de crédito externa. Se for possível determinar com base na estimativa de renda que o indivíduo se qualifica ao FAP, a redução mencionada acima nas cobranças será aplicada com o saldo líquido restante transferido para uma agência para cobrança. Além disso, a Virtua notificará o indivíduo sobre a base para a determinação presumida de

qualificação ao FAP.

A conta permanecerá na agência por 180 dias. Após esse período, na ausência de um acordo para resolver o saldo pendente, a Virtua, ou quaisquer terceiros agindo em seu nome, poderão se envolver nas seguintes ECAs:

- a) Colocar um ônus sobre a propriedade do indivíduo;
- b) Penhorar ou apreender a conta bancária ou outros bens pessoais do indivíduo;
- c) Iniciar uma ação civil contra o indivíduo; e
- d) Penhorar o salário do indivíduo.

A Virtua pode autorizar agências de cobrança e advogados que trabalham em nome da Virtua a iniciar ECAs em contas de pacientes inadimplentes após o período de notificação de 120 dias. A Virtua garantirá que esforços razoáveis tenham sido feitos para determinar se o indivíduo se qualifica para assistência financeira sob o FAP e que as seguintes ações tenham sido tomadas antes de iniciar um ECA:

1. O paciente recebeu uma notificação por escrito (incluída em todos os extratos de cobrança) que:
 - Indica que assistência financeira está disponível para pacientes qualificados;
 - Identifica o(s) ECA(s) que a Virtua pretende iniciar para obter o pagamento pelos cuidados; e
 - Estabelece um prazo após o qual tais ECAs podem ser iniciados.
2. Esforços razoáveis foram feitos para notificar oralmente o indivíduo sobre o FAP e como o indivíduo pode obter assistência com o processo de solicitação de assistência financeira.

Plano de terceiros

1. A Virtua cobrará o Medicare e o Medicaid;
2. A Virtua cobrará todos os planos terceirizados em nome do paciente. Os planos têm 45 dias para enviar o pagamento antes que a Virtua comece a entrar em contato com os pacientes sobre o saldo de plano não pago;
3. A Virtua cobrará de terceiros as coberturas de sinistros de veículos e indenizações trabalhistas; e
4. Os pacientes são os responsáveis finais pelas suas contas se nenhum pagamento for recebido, a menos que seja proibido por contrato ou regulamentos.

Saldos não segurados, não resolvidos e pagos por conta própria

1. Serviços emergenciais, urgentes e de parto cobertos pela Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho de Parto Ativo (EMTALA) não estão sujeitos a pagamento prévio. A Virtua não se entrará em nenhuma ação que desencoraje indivíduos de buscar atendimento médico de emergência, como exigir que os pacientes do departamento de emergência paguem antes de receber tratamento para condições médicas de emergência ou permitir atividades de cobrança de dívidas no departamento de emergência ou outras áreas onde tais atividades possam interferir na prestação do atendimento de emergência de forma não discriminatória.
2. O pagamento de franquias conhecidas, copagamentos e valores de cosseguro são devidos no momento do serviço.
3. O pagamento por serviços não cobertos, não segurados e de “estilo de vida” é devido no momento do serviço (os procedimentos de estilo de vida são definidos como procedimentos clinicamente desnecessários, como cirurgia estética não restauradora).

4. Os saldos dos pacientes que não podem ser pagos antes do serviço e os saldos devidos após o pagamento ou recusa do plano devem ser resolvidos por um dos seguintes métodos:
 - a. Pagamento integral com fundos pessoais, cartão de crédito;
 - b. Pagamentos por prazo limitado (consulte a política de acordo de pagamento); ou
 - c. Assistência financeira aprovada. (Veja o FAP da Virtua)
5. Uma vez que o saldo da conta se torna responsabilidade do paciente, um extrato é enviado ao paciente dentro de 3 a 5 dias úteis. Essa data marca o início do período de notificação. O “período de notificação” é um período de 120 dias no qual nenhum ECA pode ser iniciado contra o paciente.
6. Nesse momento, o fornecedor de autopagamento da Virtua inserirá uma data de ativação na conta para iniciar seu ciclo de faturamento.
 - a. O paciente receberá 3 extratos. Essas cartas incluem informações sobre as opções de pagamento acima, bem como o FAP da Virtua. Serão feitas ligações/tentativas de contato telefônico ao paciente antes de enviar uma conta para cobrança. Essas etapas permitirão que todas as contas sejam processadas da mesma forma;
 - b. As transferências para uma agência de cobrança não ocorrerão por pelo menos 120 dias a partir da fatura inicial pós-alta para o paciente;
 - c. Contas com endereços incorretos e aquelas relacionadas a pacientes falecidos podem ser transferidas para uma agência de cobrança somente se houver pesquisa documentada sobre a conta. Os procedimentos apropriados para endereços incorretos e pacientes falecidos sem família/espólio devem ser seguidos e documentados na conta.
7. Antes de serem encaminhadas para uma agência de cobrança, todas as contas de indivíduos sem plano são ajustadas em relação ao CAP da Virtua.