

Índice

I. Propósito	2
A. Visão geral	2
B. Âmbito	2
II. Definições	2
III. Política de Assistência Financeira	5
A. Visão geral	5
B. Elegibilidade do Paciente	5
1. Geralmente	5
2. Qualificações Financeiras	6
3. Responsabilidades do Paciente	7
C. Serviços Elegíveis para Assistência Financeira	8
1. Urgente/Emergencial	8
2. Os Serviços Eletivos nos Hospitais de Cuidados Agudos e Organizações de Médicos	8
3. Serviços Eletivos Pós-Agudos e do McLean Hospital	8
4. Serviços Excluídos	9
D. Descontos de Assistência Financeira	10
1. Quantias Geralmente Cobradas	10
2. Taxas de Desconto de Assistência Financeira	10
E. Processo de Candidatura	12
F. Relacionamento entre a Política de Assistência Financeira e a Health Safety Net (HSN)	13
1. Visão Geral da Health Safety Net	13
2. Health Safety Net Integral e Parcial	13
3. HSN Dificuldades Médicas & HSN Confidencial	14
IV. Descontos de Paciente Sem Seguro	15
A. Visão geral	15
B. Descontos e Exclusões Sem Seguro	16
1. Descontos disponíveis	16
2. Exclusões	16
V. Consideração Individual	17
VI. Aconselhamento Financeiro	17
A. Serviços de Aconselhamento Financeiro do Paciente	17
VII. Publicação e Disseminação da Política de Assistência Financeira	18
Apêndice A: Entidades Afiliadas do Mass General Brigham	19
Apêndice B: Candidatura de Assistência Financeira	20

I. Propósito

A. Visão geral

As entidades do Mass General Brigham (MGB) são entidades com isenção de impostos, cuja missão subjacente é proporcionar serviços para todos com a necessidade de assistência médica. O MGB esforça-se para assegurar que pacientes requerendo serviços urgentes, emergenciais e medicamente necessários não sejam negados esses serviços com base em suas incapacidades de não pagar e que a capacidade financeira não impeça esses indivíduos de buscar ou receber assistência. Todavia, para as entidades do Mass General Brigham continuar a proporcionar serviços de alta qualidade e apoiar as necessidades da comunidade, cada entidade tem uma responsabilidade de buscar pagamento imediato para serviços onde a cobrança é permitida e não está em conflito com os regulamentos do Commonwealth of Massachusetts (MA) ou os regulamentos Federais incluindo a Lei sobre o Tratamento Médico de Emergência e Trabalho (EMTALA).

As entidades do Mass General Brigham reconhecem que alguns pacientes têm meios limitados e podem não ter acesso à cobertura de seguro para todos os serviços. Esta política foi desenvolvida para auxiliar pacientes sem seguro e pacientes subsegurados com recursos financeiros limitados.

Este documento destaca os critérios de elegibilidade, método e circunstâncias em que os pacientes podem acessar os seguintes descontos:

1. [Assistência Financeira, Seção III](#): programa de desconto com base em um estado financeiro do paciente, se todos os outros parâmetros do desconto forem atendidos
2. [Desconto de Paciente Sem Seguro, Seção VI](#): programa de desconto para todos os pacientes sem seguro disponível independentemente do estado financeiro do paciente se os outros parâmetros para o desconto forem atendidos.

B. Âmbito

Esta política se aplica às entidades do Mass General Brigham no [Apêndice A](#).

Observação: médicos associados com essas entidades, mas que cobrarão “de forma particular” são incentivados, mas não exigidos, a seguir esta política. Os detalhes podem ser encontrados na Lista de Afiliados do Provedor do Mass General Brigham.

II. Definições

Aconselhamento Financeiro: Os serviços fornecidos a pacientes sem cobertura de seguro suficiente, incapacitados de pagar a responsabilidade estimada/real antes do tratamento ou que tem grandes saldos devidos passados.

Área de Serviço Primário: A área de serviço primária do MGB é a Eastern Mass, a leste da Interstate 495 inclusive do Cape Cod, Nantucket e Martha’s Vineyard

Assistência Doméstica: Quaisquer serviços fornecidos pela Assistência Doméstica do MGB

Assistência Financeira: Uma prestação de serviços de cuidados da saúde fornecida gratuitamente ou com desconto para pacientes elegíveis, com necessidade documentada e financeira, que atendem os critérios estabelecidos dentro desta política.

Assistência Pós-Aguda: Serviços medicamente necessários, incluindo serviços de reabilitação, fornecidos em um hospital classificado como de cuidados pós-agudos.

Conselheiro Financeiro: Representantes responsáveis por avaliar a responsabilidade de um paciente, identificando e auxiliando com opções de financiamento público (Medicare, Medicaid etc.), determinando se o paciente é elegível para assistência financeira e estabelecendo planos de pagamento.

Crédito Ruim do Medicare: A despesa que o CMS/Medicare permite aos hospitais a reivindicar para a maioria dos cosseguros e franquias Medicare não pagos, desde que o saldo seja completamente processado de acordo com o ciclo de cobrança de pagamento total pelo próprio estabelecido ou uma determinação seja feita de que o paciente é indigente para os propósitos do saldo. A determinação de indigência deve ser baseada no nível de renda do paciente e uma revisão de seus ativos disponíveis que geralmente exclui seus veículos e residência primária e no mínimo uma conta bancária/corrente.

Descontos de Assistência Financeira: ajustes a saldos de pacientes realizados com base no estado financeiro do paciente de acordo com a Política de Assistência Financeira. Todos os descontos para Assistência Financeira devem estar de acordo com os regulamentos estaduais e federais incluindo o IRS 501 (r).

Evento Relatável Grave (SRE): incidente de segurança de paciente grave, amplamente evitável que não deve ocorrer se as medidas preventivas disponíveis foram implementadas pelos provedores de cuidados da saúde

Outros Serviços: os serviços onde a necessidade médica não tenha sido demonstrada para o médico de revisão ou onde as qualificações do paciente para o serviço podem não atender as definições do plano de seguro geral para atender os critérios de necessidade médica principais para o serviço. Outros serviços também incluem serviços que muitos planos de seguro não consideram como Medicamente Necessários, incluindo, mas não limitados a: Cirurgia Cosmética, Fertilização In-Vitro (IVF) ou outra Terapia Reprodutiva Avançada (ART), Serviços de Bypass Gástrico ausentes de uma determinação de necessidade médica do pagador e Itens de Conveniência do Paciente como encargos relacionados a serviços de pernoite acima e além daqueles necessários para obter assistência médica ou serviços de pernoite do paciente (internação ou internação parcial) onde não há uma necessidade médica claramente demonstrada.

Paciente Sem Seguro: um paciente que não tem nenhum seguro de saúde em vigor para uma data de serviço específica ou onde sua cobertura não é efetiva para um serviço específico devido às limitações da rede, escape de benefício de seguro ou outros serviços não cobertos. Os pacientes cuja única cobertura é o MassHealth Limited e/ou HSN são geralmente considerados como Sem Seguro tendo em vista que esses programas não funcionam de acordo com as regras de cobertura de seguro padrão

Paciente Subsegurado: Um paciente com algum seguro ou outra fonte de pagamento de terceiro, cujas despesas não são cobertas excedem a habilidade de pagar.

Pagamento total pelo próprio: O paciente identificado como não tendo nenhuma cobertura de seguro ou optando por não participar de sua cobertura de seguro para serviços/eventos específicos.

Regras Federais da Pobreza da Renda (FPG): Uma medida de renda emitida a cada ano pelo Departamento da Saúde e Serviços Humanos (HHS). Essas diretrizes são usadas para determinar a elegibilidade para determinados programas e benefícios (como o Medicaid).

Responsabilidade do Paciente: A responsabilidade financeira que é devida à instalação/provedor como um resultado por receber serviços de cuidados da saúde; a quantidade é determinada de acordo com os benefícios do seguro do paciente para o serviço programado específico; incluindo franquias, copagamentos, cosseguro e serviços não cobertos.

Serviços de Saúde Comportamental: serviços medicamente necessários que focam na saúde psicológica e mental do paciente e podem ser fornecidos em vários cenários da prestação da assistência.

Serviços Eletivos: serviços medicamente necessários que não atendem a definição de Serviços Emergenciais ou Urgentes. O paciente tipicamente, mas não exclusivamente, agenda esses serviços de forma antecipada.

Serviços Emergenciais: Serviços medicamente necessários fornecidos após o início de uma condição médica, seja física ou mental, manifestando-se através de sintomas de severidade suficiente incluindo dor severa, que a ausência de atenção médica poderia ser esperada razoavelmente por uma pessoa leiga prudente que possui um conhecimento de saúde e medicina mediano resultando na colocação da saúde da pessoa ou uma outra pessoa em sério risco, deficiência grave na função corporal ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou com relação a uma mulher grávida, conforme posteriormente definido na seção 1867(e) (1) (B) da Lei de Seguro Social, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Um exame de triagem médico e tratamento para condições médicas emergenciais ou qualquer outro serviço rendido à extensão necessária de acordo com a **EMTALA** (42 USC 1395(dd)) se qualifica como Assistência Emergencial. Os serviços emergenciais também incluem:

- Serviços determinados como emergência por um profissional médico licenciado.
- Assistência Médica Hospitalar a qual é associada com a assistência emergencial ambulatorial; e,
- Transferências hospitalares a partir de um outro hospital de cuidados agudos para um hospital do Mass General Brigham para a prestação de assistência hospitalar que não esteja de outra forma disponível.

Serviços Medicamente Necessários: serviços que são razoavelmente esperados em prevenir, diagnosticar, prevenir a piora de, aliviar, corrigir ou curar condições que põe em risco a vida, causar sofrimento ou dor, causar deformidade ou avaria física, ameaçar a causar ou agravar uma deficiência ou resultar em doença ou enfermidade. Serviços Medicamente Necessários incluem serviços hospitalares e ambulatoriais conforme autorizados sob o Título XIX da Lei de Seguro Social.

Serviços Urgentes: Serviços medicamente necessários fornecidos após o início repentino de uma condição médica, seja física ou mental, se manifestando através de sintomas agudos de severidade suficiente (incluindo dor severa) que uma pessoa leiga acreditaria que a ausência de atenção médica dentro de 24 horas poderia razoavelmente esperar em resultar em: colocar a saúde do paciente em risco, deficiência na função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte

corporal. Serviços urgentes são fornecidos para condições que não são ameaçadoras à vida e não representam um alto risco de dano grave para a saúde de um indivíduo.

Soluções de Cobrança de Paciente (PBS): o departamento no Mass General Brigham responsável por todos os processos do ciclo de receita de pagamento total pelo próprio incluindo Atendimento ao Cliente, Cobranças, determinações de Assistência Financeira (diferente do WDH) e processamento, processamento de Crédito Ruim, créditos/reembolsos de pacientes e processos associados.

III. Política de Assistência Financeira

A. Visão geral

- A Assistência Financeira pode ser fornecida a pacientes com recursos financeiros limitados para tornar os serviços de cuidados da saúde Medicamente Necessários mais acessíveis para esses pacientes que não se qualificam para programas de seguro patrocinados pelo governo (como o Medicaid ou o Medicare), não podem arcar com o Medicare Premium, ou estão matriculados na Health Safety Net (HSN) ou no MassHealth Limited para proporcionar cobertura de serviços mais abrangente.
- As determinações de Assistência Financeira podem ser feitas antes ou após a prestação do serviço com base no estado financeiro do paciente, o tipo e localização dos serviços fornecidos, o estado de seguro do paciente e a classificação geral do serviço fornecido.
- Os Serviços Emergenciais sempre serão rendidos sem uma revisão do estado financeiro do paciente até os limites necessários pela EMTALA.
- Esta política adereça todos os serviços Medicamente Necessários. Todavia, apenas alguns tipos de Serviços Medicamente Necessários se qualificarão para um Desconto de Assistência Financeira, incluindo:
 - Serviços Emergenciais e Serviços Urgentes
 - Serviços Eletivos em um Hospital de Cuidados Agudos na [Seção III\(C\)\(2\)](#).
 - Serviços Eletivos em um Hospital de Cuidados Pós-Agudos e Serviços de Saúde Comportamentais conforme destacados na [Seção III\(C\)\(3\)](#).
 - Serviços Odontológicos no Centro Odontológico da Comunidade Wentworth Health Partners (WHP) com as limitações conforme destacadas na [Seção III\(D\)\(2\)\(d\)](#)

B. Elegibilidade do Paciente

1. Geralmente

- Os pacientes com necessidade financeira demonstrada, devido à renda limitada ou devido a suas despesas médicas serem uma porção excessiva de sua renda, serão considerados para descontos
- Os pacientes devem residir em MA, NH ou um não-residente que recebe tratamento emergencial em uma instalação do MGB
- Descontos baseados unicamente na renda são geralmente limitados a pacientes com rendas familiares abaixo ou igual a 300% das Regras Federais da Pobreza (FPG)

- Os pacientes com uma renda familiar de mais de 300%, mas abaixo ou igual a 600% da FPG ainda podem se qualificar se puderem demonstrar que suas despesas médicas anuais excederam 30% da renda no período de 12 meses mais recente. Para famílias com uma renda acima de 600%, o limiar é as despesas médicas excedendo 40% de sua renda. As despesas devem ter ocorrido dentro dos 12 meses anteriores e são limitadas às despesas que poderiam potencialmente se qualificar como uma despesa médica de acordo com o Internal Revenue Service (Receita Federal) dos EUA. Os pacientes que desejam ser considerados para descontos sob esta política devem fornecer a documentação solicitada de renda, residência, ativos e despesas médicas de qualificação a tempo hábil.

2. Qualificações Financeiras

a. Renda

As Regras Federais da Pobreza da Renda publicas mais recentemente, usando a renda doméstica total, serão usadas como o determinante primário, ainda que os ativos sejam usados conforme descritos na [Seção III \(2\)\(b\)](#) abaixo.

Regras Federais da Pobreza da Renda – 2022*			
Tamanho da Família	FPG 150%	FPG 250%	FPG 300%
1	US\$ 20.385	US\$ 33.975	US\$ 40.770
2	US\$ 27.465	US\$ 45.775	US\$ 54.930
3	US\$ 34.545	US\$ 57.575	US\$ 69.090
4	US\$ 41.625	US\$ 69.375	US\$ 83.250
5	US\$ 48.705	US\$ 81.175	US\$ 97.410
6	US\$ 55.785	US\$ 92.975	US\$ 111.570
7	US\$ 62.865	US\$ 104.775	US\$ 125.730
8	US\$ 69.945	US\$ 116.575	US\$ 139.890

*A FPG observada acima é para o Exercício 2022. Consulte o ano atual ou tamanhos de família adicionais do nível da FPG no seguinte link: [Regras da Pobreza | ASPE \(hhs.gov\)](#).

b. Ativos

Os ativos também serão usados quando:

- A residência do paciente estiver fora dos EUA ou Canadá.
- O paciente falecer. A determinação deve incluir a revisão da propriedade.
- O paciente foi determinado como inelegível e está apelando para a consideração individual devido a circunstâncias únicas.
- Quando um paciente for coberto pelo Medicare, excluindo os Planos Medicare Advantage, há um objetivo para relatar quaisquer saldos amortizado como Crédito Ruim do Medicare. Os saldos só podem ser cosseguros ou franquias, a família do paciente deve ser menos de 201% da FPG, o paciente deve emitir uma declaração de que é capaz de pagar os saldos incluindo o uso dos ativos.

c. Despesas Médicas

- As despesas médicas anuais podem ser usadas para determinar a elegibilidade para assistência financeira quando a renda antiga doméstica de um paciente for FPG de >300%, de acordo com a [Seção III\(B\)\(1\)](#).
- As despesas devem ter ocorrido dentro dos 12 meses anteriores e são limitadas às despesas que poderiam potencialmente se qualificar como uma despesa médica de acordo com o Internal Revenue Service (Receita Federal) dos EUA.
- Os pacientes que desejam ser considerados para descontos sob esta política devem fornecer a documentação solicitada de renda, residência, ativos e despesas médicas de qualificação a tempo hábil.

3. Responsabilidades do Paciente

Os pacientes devem atender as condições a seguir para se qualificar para assistência financeira. Falha em atender essa condição resultará na desqualificação para consideração do paciente.

- a. Obter e manter cobertura de seguro se a cobertura acessível estiver disponível ao paciente a partir de um programa de seguro patrocinado pelo governo (Medicaid/Medicare), seguro comercial a partir de seu empregador ou a partir do ConnectorCare ou programas subsidiados similares.
 - O paciente pode ser solicitado a enviar evidência de ter se candidatado para cobertura.
 - O paciente deve tornar razoável os esforços para fornecer e enviar toda a documentação solicitada, necessária para se inscrever em uma cobertura estadual a tempo hábil.
- b. Exceto para os indivíduos que são presumivelmente elegíveis ([Seção III\(F\)\(2\)](#)), os pacientes devem concluir uma Candidatura de Assistência Financeira conforme destacado na [Seção III\(E\)](#) e/ou esforçar-se razoavelmente para fornecer e enviar toda a documentação solicitada relacionada à renda, ativos e residência para verificar suas qualificações para qualquer assistência financeira do Mass General Brigham a tempo hábil.
- c. Divulgação total de qualquer cobertura de Indenização a Trabalhadores, Veículo Motorizado ou Responsabilidade de Terceiros e cooperar com as solicitações para ter as reivindicações processadas por essa cobertura.
- d. Manter as entidades do Mass General Brigham informadas sobre as informações de demografia e seguro atuais.
- e. Pagar todos os saldos de acordo com o acordado no cronograma.

C. Serviços Elegíveis para Assistência Financeira

1. Urgente/Emergencial

Os Serviços Medicamente Necessários que atendem a definição de Serviços Emergenciais ou Serviços Urgentes serão considerados para Assistência Financeira exceto para alguns serviços cobertos pela cobertura de Responsabilidade de Terceiros incluindo a cobertura de Veículo Motorizado e Indenização a Trabalhadores. Os serviços serão cobrados primeiro para qualquer seguro de saúde, quando aplicável.

2. Os Serviços Eletivos nos Hospitais de Cuidados Agudos e Organizações de Médicos

Serviços eletivos se qualificam para Assistência Financeira quando:

- a. O paciente é um residente da Área de Serviço Primária do Mass General Brigham e se candidatou para todos os programas governamentais e não-governamentais disponíveis.
Observação: para os moradores de MA, isto é tipicamente demonstrado através da inscrição no MassHealth Limited e/ou na Health Safety Net (HSN) de Massachusetts. Isto geralmente se aplica a serviços fornecidos pelas Organizações de Médicos do Mass General Brigham, conforme descrito na [Seção III\(F\)](#).
- b. Os serviços que são diretamente próximos, dentro de 60 dias, a um Serviço Urgente/Emergencial e são assistência de acompanhamento para o serviço anterior.
- c. O paciente é analisado por seu estado financeiro e determinado a ter diligentemente buscado todas as opções disponíveis para cobertura e foi determinado como inelegível para outra cobertura. A triagem deve ocorrer no mínimo a cada 12 meses.
- d. Não é um serviço listado nos Serviços Excluídos, [Seção III\(C\)\(4\)](#)

Veja o [Apêndice A](#) para os Hospitais de Cuidados Agudos e as Organizações de Médicos.

3. Serviços Eletivos Pós-Agudos e do McLean Hospital

Serviços eletivos se qualificam para Assistência Financeira quando:

- a. O paciente é um residente da Área de Serviço Primária do Mass General Brigham e se candidatou para todos os programas governamentais e não-governamentais disponíveis.
Observação: para os moradores de MA, isto é tipicamente demonstrado através da inscrição no MassHealth Limited e/ou na Health Safety Net (HSN) de Massachusetts, tendo em vista Hospitais de Cuidados Pós-Agudos, Saúde Comportamental e Assistência Residencial quando os serviços não se qualificam para cobrança à HSN.
- b. A pré-triagem dos serviços identifica que os serviços especializados estão apenas disponíveis na instalação do Mass General Brigham.
Observação: os pacientes são geralmente analisados por compensação financeira em Cuidados Pós-Agudos e McLean Hospital e podem ser deferidos da admissão após uma revisão clínica se uma instalação mais apropriada estiver disponível.

- c. A instalação aceita o paciente para assistência com a compreensão de que o paciente tem recursos limitados/nenhum recurso para pagar pela assistência. Esses pacientes são geralmente da área de serviço primária do Mass General Brigham e estão inscritos com o MassHealth Limited e/ou HSN, demonstrando seus recursos financeiros limitados.
- d. McLean Hospital: Um paciente estabelecido que incorre em despesas significativas para a Assistência Eletiva Medicamente Necessária que fica sem seguro durante a terapia será considerado para a Assistência Financeira até que possa restabelecer seu seguro de saúde ou até que sua assistência possa ser transferida para um cenário apropriado. A recomendação do provedor do paciente sobre a necessidade clínica é necessária em adição ao paciente encontrar o processo de Assistência Financeira.
- e. Não é um serviço listado nos Serviços Excluídos, [Seção III\(C\)\(4\)](#)

Consulte o [Apêndice A](#) para Hospitais de Cuidados Pós-Agudos e Provedores de Saúde Comportamental

4. Serviços Excluídos

a. Limitações da Área de Serviço

Os pacientes que vieram para uma instalação do Mass General Brigham de fora da área de serviço primária para obter assistência, que uma pessoa razoável poderia ter antecipado que seria necessária, geralmente **não** serão considerados para uma assistência financeira ou descontos. Isto inclui serem apresentados como uma Emergência quando a condição subjacente era conhecida ao paciente antes de sua viagem a uma instalação do Mass General Brigham para receber assistência. Os exemplos para exclusão incluem assistência obstetrícia e especialidades onde o paciente já está ciente sobre uma condição que razoavelmente esperaria que precisasse de assistência incluindo assistência de oncologia, serviços cardíacos, serviços de reabilitação de especialidade e serviços psiquiátricos. Isto não exclui serviços de emergência devido a um acidente ou complicações de uma condição pré-existente quando uma pessoa razoável não teria antecipado que assistência emergencial seria necessária antes de viajar para a nossa área de serviço.

b. Cobertura de Rede de Paciente Segurado

Os pacientes que conhecem antecipadamente que seu plano de seguro de saúde não cobre serviços em uma instalação do Mass General Brigham devido à contratação, limitações de rede ou requisitos de autorização prévia e se apresentam para o serviço em uma instalação do Mass General Brigham para obter um serviço que poderia ter sido prestado em uma instalação coberta por seu plano de saúde ou onde outro suporte financeiro estava disponível, geralmente não se qualificará para assistência financeira. Isto inclui saldos devidos a uma negação devido à nenhuma indicação, nenhuma autorização ou serviços fora da rede.

c. Exclusões de Serviços Específicos

- Cirurgia Cosmética
- Fertilização In-Vitro (IVF)
- Terapia Reprodutiva Avançada (ART)
- Serviços do Bypass Gástrico ausentes de uma determinação do pagador de necessidade médica
- Contas vinculadas a um estudo de pesquisa
- Itens de Conveniência de Paciente que inclui hospedagens premium e hospedagens de pernoite que se baseiam em uma solicitação do paciente e geralmente não cobertos por um plano de seguro de saúde
- Outros serviços não-medicamente necessários cobrados de acordo com um cronograma de taxa de pagamento total pelo próprio pré-determinada
- Todos os programas Inclusão Integral Residencial que não submetem pedidos à seguradora de saúde no Mclean Hospital

D. Descontos de Assistência Financeira

1. Quantias Geralmente Cobradas

De acordo com o IRS 501(r), os hospitais devem limitar as cobranças a pacientes e serviços qualificados sob a nossa Política de Assistência Financeira (FAP) para as Quantias Geralmente Cobradas (AGB) para operadoras Comerciais e Medicare. O Mass General Brigham primeiro determina o AGB ao dividir os pagamentos totais pelas cobranças totais para todos os planos Comerciais e Medicare no agregado para o exercício anterior para determinar o Fato de Pagamento por Conta (PAF) para o exercício anterior. O desconto de FAP para o exercício atual é o inverso do PAF do ano anterior. Isto reduzirá os encargos cobrados a pacientes que se qualificam para não mais do que o AGB para o ano anterior.

Exemplo:

Pagamentos Totais dos Planos Medicare e Comerciais	US\$ 200.000.000
Encargos Totais dos Planos Medicare e Comerciais	US\$ 500.000.000
PAF	40%
Desconto de FAP Mínimo Líquido	60%

2. Taxas de Desconto de Assistência Financeira

a. Hospitais de Cuidados Agudos e Organizações de Médicos

Para serviços destacados na [Seção III\(C\)\(2\)](#):

FPG da % da Renda Familiar	Hospitais de Cuidados Agudos listados no Apêndice 1 EXCETO WDH	Wentworth-Douglass Hospital (WDH)
0 a 150%	100% ¹	100%
150,1 a 250%	85% ²	100%
251 a 300%	70% ³	0%
300,1 a 600%	70% SE as despesas médicas excederem 30% da renda de acordo com a Seção III(B)(1)	n/a
Acima de 600%	70% SE as despesas médicas excederem 40% da renda de acordo com a Seção III(B)(1)	n/a

b. Hospitais de Cuidados Pós-Agudos e Assistência Residencial do MGB

Para serviços destacados na [Seção III\(C\)\(3\)](#):

FPG da % da Renda Familiar	Desconto
0 a 150%	100%
150,1 a 250%	75%
251 a 300%	60%
300,1 a 600%	60% SE as despesas médicas excederem 30% da renda de acordo com a Seção III(B)(1)
Acima de 600%	60% SE as despesas médicas excederem 40% da renda de acordo com a Seção III(B)(1)

c. Hospitais de Saúde Comportamental (McLean Hospital)

i. Para serviços destacados na [Seção III\(C\)\(3\)](#)

FPG da % da Renda Familiar	Desconto
0 a 150%	100%
150,1 a 250%	80%
251 a 300%	60%
300,1 a 600%	60% SE as despesas médicas excederem 30% da renda de acordo com a Seção III(B)(1)
Acima de 600%	60% SE as despesas médicas excederem 40% da renda de acordo com a Seção III(B)(1)

¹ Para as Organizações de Médicos, os pacientes com HSN integral são presumivelmente elegíveis para este desconto, de acordo com a [Seção III\(F\)\(2\)](#)

² Para as Organizações de Médicos, os pacientes com HSN parcial são presumivelmente elegíveis para este desconto, de acordo com a [Seção III\(F\)\(2\)](#)

³ Para as Organizações de Médicos, os pacientes com HSN parcial são presumivelmente elegíveis para este desconto, de acordo com a [Seção III\(F\)\(2\)](#)

ii. Taxa Noturna do McLean Hospital

Esta taxa é associada com um serviço de Hospitalização Parcial e será considerada para uma escala proporcional aos rendimentos usando as Regras Federais da Pobreza (FPG) quando não coberta por seguro com base na necessidade médica.

FPG da % da Renda Familiar	Desconto
0 a 100%	90%
100,1 a 200%	75%
200,1 a 300%	50%
300,1 a 400%	25%

d. Centro Odontológico da Comunidade Wentworth Health Partners (WHP)

Os pacientes com uma renda familiar igual a ou menor que 300% da FPG podem se qualificar para obter descontos de assistência financeira.

- US\$ 35 de taxa única por visita
- Alguns serviços, incluindo próteses e coroas terão uma taxa maior de até 50% da despesa da visita inicial e 50% da despesa na adaptação
- Limitado a residentes de Barrington, NH; Dover, NH; Durham, NH; Lee, NH; Madbury, NH; Rollinsford, NH; Somersworth, NH; Berwick, ME; South Berwick, ME.

E. Processo de Candidatura

- Os pacientes serão incentivados a se candidatar para a consideração de Assistência Financeira em todos os casos sempre que atenderem as qualificações básicas destacadas nesta política. Todas as candidaturas serão revisadas incluindo casos onde todas as qualificações não foram atendidas.
- Os pacientes podem solicitar assistência financeira a qualquer hora durante o pré-registro, registro, estadia hospitalar, serviço ambulatorial, ou durante todo o curso do ciclo de cobrança e coletas.
- O processo de candidatura pode ser iniciado diretamente com o Atendimento ao Cliente PBS, Cobranças de PBS ou por meio do contato com um Conselheiro Financeiro do Paciente em qualquer hospital ou centro de saúde do Mass General Brigham. Esta política e todos os formulários de candidatura também estão disponíveis a partir da página inicial do Mass General Brigham no menu suspenso sob “Para Pacientes”.
[\[www.massgeneralbrigham.org/patient-information\]](http://www.massgeneralbrigham.org/patient-information)
- Geralmente, apenas candidaturas totalmente concluídas serão revisadas para consideração, com todas as candidaturas sendo enviadas ao PBS para determinação final. Todas as candidaturas serão analisadas para determinar se o paciente atendeu as obrigações, incluindo a obrigação de obter qualquer cobertura de seguro disponível. O estado do paciente também será revisado para determinar se ele/ela poderá ser elegível para quaisquer programas estaduais ou federais. A Equipe designada na PBS revisará todas as candidaturas, entrará em contato com o candidato para obter informações de acompanhamento e comunicará os

resultados ao candidato. As candidaturas geralmente entrarão em vigor por um ano a partir da data da candidatura.

Descontos aprovados sob esta política serão aplicados quando um paciente for considerado qualificado. Planos de pagamento livres de juros serão oferecidos a pacientes de acordo com as diretrizes existentes na [Política de Crédito e Cobrança](#) do Mass General Brigham. Todas as outras práticas de coleta, incluindo aquelas ações que possam ser adotadas para não-pagamento de saldos, estão especificadas na [Política de Crédito e Cobrança](#) do Mass General Brigham.

- De acordo com a [Seção III\(F\)\(2\)](#) a seguir, os pacientes com o Health Safety Net Integral e Health Safety Net Parcial serão presumivelmente elegíveis para obter Assistência Financeira; os pacientes poderão buscar serviços elegíveis (de acordo com a [Seção III\(C\)](#)) sem uma Candidatura de Assistência Financeira.

F. Relacionamento entre a Política de Assistência Financeira e a Health Safety Net (HSN)

1. Visão Geral da Health Safety Net

- O Commonwealth of Massachusetts mantém um programa de rede de segurança que proporciona alguma cobertura para serviços de cuidados da saúde em um Hospital de Cuidados Agudos de MA para moradores de Massachusetts com rendas familiares de até 300% da FPG que não se qualificam para o MassHealth (Medicaid).
 - A cobertura HSN Integral está disponível para 150% da FPG
 - A HSN Parcial está disponível a partir de 150% até 300% da FPG
- A cobertura HSN pode ser secundária para outro seguro (Medicare, Medicaid ou Comercial) e funciona como uma rede de segurança para pacientes designados como Baixa Renda de acordo com os regulamentos de Massachusetts. A cobertura geralmente exclui quantidades de copagamento determinadas por uma cobertura de seguro primária, com a exceção de copagamentos para planos Medicare ou de reposição Medicare que estão incluídos.
- Todos os serviços Medicamente Necessários estão disponíveis a esses pacientes gratuitamente (HSN Integral) ou após atenderem uma franquia anual (HSN Parcial).

2. Health Safety Net Integral e Parcial

- Todos os Hospitais de Cuidados Agudos do Mass General Brigham baseados em Massachusetts (ver [Apêndice A](#)), incluindo os centros de saúde licenciados do hospital e consultórios médicos baseados no hospital designado, participam nesta cobertura e cumprem com todos os aspectos dos regulamentos da HSN.
- Outras entidades do Mass General Brigham, que são excluídas pelo estatuto da participação na HSN, usarão o estado aprovado da HSN do paciente como qualificação presumida para a Assistência Financeira do Mass General Brigham para serviços elegíveis, de acordo com a [Seção III\(C\)](#).

Descontos Presumidos

	HSN Integral	HSN Parcial
Organizações de Médicos	100%	70%
Hospitais de Cuidados Pós-Agudos	Podem estar disponíveis com a determinação a ser realizada durante a pré-triagem financeira do paciente para esses serviços programados.	
Hospitais de Saúde Comportamental		

- Os pacientes cuja única cobertura é o MassHealth Limited e/ou HSN são geralmente considerados como Sem seguro tendo em vista que esses programas não funcionam de acordo com as regras de cobertura de seguro padrão. Os saldos devido a Hospitais de Cuidados Agudos como parte de uma franquia HSN Parcial são elegíveis para o Desconto de Paciente Sem Seguro, conforme descrito na Seção IV.

3. HSN Dificuldades Médicas & HSN Confidencial

- A HSN inclui três programas adicionais (Serviços Confidenciais para Adultos, Serviços Confidenciais para Menores de Idade e Dificuldades Médicas), que estão disponíveis aos pacientes. A participação nesses programas é geralmente facilitada por um [Conselheiro Financeiro de Paciente](#) em um dos Hospitais de Cuidados Agudos.
- O programa HSN Dificuldades Médicas está disponível aos moradores de Massachusetts em níveis de renda superiores. Os pacientes devem ser incentivados a se candidatarem para este programa quando suas despesas não cobertas para assistência médica forem uma porção maior de suas rendas, geralmente mais do que 30% da renda doméstica.
 - As candidaturas devem ser iniciadas por um Conselheiro Financeiro de Paciente em um hospital de cuidados agudos. Cada candidatura pode incluir despesas médicas incorridas dentro dos 12 meses anteriores da apresentação de uma candidatura com um limite de três candidaturas em qualquer ano.
 - Todos os saldos continuam a ser considerados um saldo de pagamento total pelo próprio até a HSN aprovar a candidatura. Isto não transmite cobertura geral no programa HSN.
 - Os pacientes geralmente serão informados sobre o programa quando ligarem para os Serviços do Cliente PBS ou um Conselheiro Financeiro de Paciente quando tiverem grandes saldos e estiverem preocupados com o pagamento de suas contas. Um pouco de abordagem proativa limitada é feita tanto para os Conselheiros Financeiros de Paciente quanto para grandes saldos hospitalares e Representantes de Cobranças, para grandes saldos de fiadores. Os Conselheiros Financeiros de Paciente fornecem aconselhamento a todos os pacientes que os contactarem ou forem indicados a eles em relação à aplicabilidade do programa e trabalham com o paciente para concluir a candidatura e enviá-la para a HSN.

IV. Descontos de Paciente Sem Seguro

A. Visão geral

- Todas as entidades do Mass General Brigham geralmente proporcionam aos Pacientes Sem Seguro um desconto dos encargos, para a maioria dos serviços. Este programa inclui pacientes de todos os níveis de renda com nenhuma qualificação financeira ou candidatura necessária.
- As razões primárias para o desconto de saldos de paciente, incluindo saldos após o seguro (copagamento, cosseguro ou franquias) incluem:
 - Proporcionar um desconto básico a pacientes que não têm cobertura de seguro efetiva para a maioria dos serviços.
 - Dificuldade financeira demonstrada geralmente baseada nas informações de renda e ativos do paciente aplicáveis conforme detalhado na [Seção III\(B\)\(2\)](#).
 - A ocorrência de um Evento Relatável Grave (SRE) conforme detalhado na Política de Não Pagamento do Mass General Brigham para Eventos de Qualidade e Segurança, disponível mediante solicitação.
 - Outros problemas de processo clínico que não sobem ao nível de um SRE, mas ainda impactam negativamente o paciente conforme aprovado pelo comitê designado no hospital.
- Os descontos não serão baseados em nenhum relacionamento que o paciente ou a família possa ter com qualquer funcionário ou membro do Hospital ou membro da entidade governante. Os descontos não serão prolongados mediante nenhuma consideração de “cortesia profissional” para um clínico ou sua família.
- Descontos não serão oferecidos a pacientes para induzir o paciente a receber serviços ou de outra forma ser vinculados em qualquer maneira à geração de contas a pagar do negócio por um programa de cuidados da saúde federal nem serão resgatáveis por dinheiro para itens ou serviços fornecidos pelo Hospital ou qualquer entidade do Mass General Brigham (isto inclui descontos para a loja de presentes, cafeteria etc.).
- Os pacientes são incentivados a se candidatar para consideração de Descontos Sem Seguro se atenderem as qualificações básicas destacadas acima. Todas as candidaturas serão revisadas incluindo casos onde todas as qualificações não foram atendidas. Os pacientes podem se candidatar para Descontos Sem Seguro a qualquer hora durante o pré-registro, registro, estadia hospitalar, serviço ambulatorial ou durante todo o curso do ciclo de cobrança e coletas. Para obter mais informações, veja a [Seção III\(E\)](#).

B. Descontos e Exclusões Sem Seguro

1. Descontos disponíveis

O desconto a seguir está disponível nas seguintes entidades, exclusões na [Seção IV\(B\)](#):

Provedor do MGB	Desconto
Hospitals de Cuidados Agudos EXCETO Wentworth-Douglass	25%
Wentworth-Douglass Hospital (WDH)	40%
Organizações de Médicos EXCETO Wentworth Health MGB (WHP)	25%, exclusões abaixo
Wentworth Health Partners (WHP)	15%
Hospitais de Saúde Comportamental (McLean)	25%, com exclusões abaixo
Hospitais de Cuidados Pós-Agudos	25%, com exclusões abaixo
Assistência Urgente do MGB	Serviços de pagamento total pelo próprio são cobrados em um cronograma de taxa apenas de pagamento total pelo próprio.

2. Exclusões

a. Exclusões da Organização de Médicos do Mass General (MGPO)

- Não há desconto de paciente sem seguro para Serviços Odontológicos MGPO, Serviços de Central de Voz e Clínicos de Viagem adicionalmente àqueles nas exclusões de serviço específicas.

b. Exclusões da Rede de Reabilitação Spaulding

- Não há desconto de paciente sem seguro para o seguinte:
 - Serviços na Reabilitação Spaulding - Brighton
 - Terapia ambulatorial incluindo Física, Ocupacional, Fonoaudióloga ou de Saúde Comportamental SRH
 - Avaliações de Especialidade (ATEC, AAC, Lokomat)
 - Tratamentos de Especialidade (Lokomat, serviços de intérprete, tratamento complexo, tratamento de alimentação)
 - Tarifa Técnica de Visita ao Escritório do Médico
 - Outros procedimentos de escritório ou teste de diagnóstico

c. Exclusões do McLean Hospital

- Não há desconto de paciente sem seguro para o seguinte:
 - Taxa Noturna associada com uma Hospitalização Parcial quando não coberta por um seguro baseado na necessidade médica. Um cronograma de redução de taxa para este programa está incluso com a Política de Assistência Financeira.
 - Programas Inclusão Integral Residencial e Programas Inclusão Integral Parcial com base em Subsídio Diário
 - Programa CATS (Teste Psicológico, Estado Neurocomportamental, Teste Neuropsicológico)

V. Consideração Individual

Os pacientes são incentivados a levar suas situações financeiras únicas para a atenção do Conselheiro Financeiro de Paciente em qualquer hospital do Mass General Brigham, ou para as Soluções de Cobrança de Paciente. As entidades afiliadas do Mass General Brigham podem, de acordo com a Política de Crédito e Cobranças, prolongar descontos além de outras disposições nesta política em uma base de caso por caso para reconhecer casos únicos de dificuldades financeiras. O MGB aplicará políticas de assistência financeira consistentemente e justamente, independentemente da raça, etnia, sexo, religião etc.

Em determinadas situações, a assistência financeira pode ser negada. Essas instâncias específicas podem ser devido, mas não limitado a:

- Renda de família suficiente
- Nível de ativos suficiente
- Candidatura incompleta etc.

Se a assistência financeira for negada, um paciente pode apelar a decisão dentro de 30 dias com uma carta a ser revisada pelo MGB. Uma decisão final será fornecida dentro de 30 dias do recebimento do recurso.

VI. Aconselhamento Financeiro

A. Serviços de Aconselhamento Financeiro do Paciente

- Os Hospitais de Cuidados Agudos e outros provedores do MGB com serviços de aconselhamento financeiro buscarão identificar pacientes que podem estar sem seguro ou inadequadamente segurados para proporcionar aconselhamento e assistência.
- Esses provedores do MGB proporcionarão aconselhamento financeiro a esses pacientes e suas famílias, por meio dos Conselheiros Financeiros, incluindo triagem para elegibilidade para outras fontes de cobertura, como Programas Estaduais e outros programas governamentais (incluindo, na medida do possível, os programas Medicaid em estados diferentes de Massachusetts ou New Hampshire) e proporcionando informações sobre todos os métodos aceitáveis de pagamento da conta do Hospital.
- Os Conselheiros Financeiros incentivarão os pacientes que são potencialmente elegíveis para as coberturas dos Programas Estaduais ou outros programas governamentais a se candidatar para cobertura e auxiliarão o paciente na candidatura para os benefícios. Os Moradores de MA também podem se candidatar para e serem aprovados para cobertura pelo HSN para cosseguro ou franquias não cobertas pelo plano de seguro primário.
- Se os pacientes tiverem quaisquer perguntas relacionadas ao programa de assistência financeira, elegibilidade de programa, ou uma conta recebida, o paciente deve entrar em contato com um conselheiro financeiro. Um Conselheiro Financeiro responderá tão imediatamente quanto possível os inquéritos de pacientes relacionados à assistência financeira ou conectar o paciente com o departamento correto para lidar com a solicitação.

VII. Publicação e Disseminação da Política de Assistência Financeira

A política de Assistência Financeira do Mass General Brigham, formulários de candidatura e resumo de linguagem simples estão disponíveis em www.massgeneralbrigham.org. Esta página da web pode ser acessada a partir da página inicial do Mass General Brigham no menu suspenso sob “Para Pacientes”. O site inclui várias maneiras em que os pacientes podem se candidatar para obter assistência, incluindo uma lista das localizações de aconselhamento financeiro do paciente do centro de saúde; um número de telefone central e um endereço de e-mail. O site também informa aos pacientes que os formulários de candidatura e assistência são gratuitos.

Informações sobre a política e como se candidatar estão disponíveis em todas as entidades do Mass General Brigham aplicáveis com comunicação pública realizada de várias maneiras:

- Notícias divulgadas (placas) sobre a disponibilidade de programas de assistência financeira e descrevem onde ir para obter assistência nas seguintes localizações:
 - Hospitalar, clínica, departamento emergencial e admissão do centro de saúde comunitário e/ou áreas de registro
 - Áreas de espera do Aconselhamento Financeiro
 - Áreas de admissão/registo Central abertas a pacientes
 - Áreas de espera do escritório comercial abertas a pacientes
- Os catálogos de linguagem simples que anunciam a disponibilidade das opções de assistência financeiras do Mass General Brigham exibidas nas práticas e Departamentos de Emergências
- Notificações padrão serão proporcionadas a todos os pacientes no momento de seu registro inicial com o Mass General Brigham. Essas notificações também serão tornadas amplamente disponíveis por todos os hospitais e centros de saúde e rotineiramente oferecidas a pacientes existentes sempre que forem esperados a ter uma responsabilidade não coberta.
- Informações gerais sobre a disponibilidade da assistência financeira estão inclusas em todas as declarações de paciente
- Recursos de aconselhamento financeiro de paciente estão disponíveis para qualquer paciente que solicita assistência, tem dúvidas específicas ou deseja uma candidatura em papel.
- Todos os materiais, incluindo a política, sinalização, formulário de candidatura e resumo de linguagem simples estão disponíveis em inglês e serão traduzidos para outros idiomas na extensão de que o idioma seja o idioma primário de mais de 10% dos moradores no serviço do Hospital. As placas geralmente serão divulgadas em inglês e espanhol. A sinalização também incluirá instruções sobre o acesso a serviços de tradução para pacientes com outras necessidades de idioma.

Apêndice A: Entidades Afiliadas do Mass General Brigham

Esta política se aplica às seguintes entidades do Mass General Brigham:

Hospitais de Cuidados Agudos

- Massachusetts General Hospital (MGH)
- Brigham and Women's Hospital (BWH)
- North Shore Medical Center (NSMC)
- Newton-Wellesley Hospital (NWH)
- Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)
- Martha's Vineyard Hospital (MVH)
- Nantucket Cottage Hospital (NCH)
- Cooley Dickinson Hospital (CDH)
- Wentworth Douglass Hospital (WDH)
- Massachusetts Eye and Ear (MEE)

Hospitais de Saúde Comportamental

- McLean Hospital (MCL)

Hospitais de Cuidados Pós-Agudos

- Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)
- Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC)
- Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)

Organizações de Médicos

- Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
- Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
- North Shore Physicians Group (NSPG)
- Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
- Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)
- Nantucket Medical Group (NMG)
- Mass Eye and Ear Associates
- Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)
- Mass General Brigham Community Physicians - grupos de propriedade total
 - Pentucket Medical Associates (PMA)
 - Mystic Health Care

Assistência Residencial

- Mass General Brigham Home Care
- Mass General Brigham Ambulatory Care
- Mass General Brigham Urgent Care

Observe que médicos associados com essas entidades, mas que cobram “de forma particular” são incentivados, mas não são exigidos a seguir esta política. Os detalhes podem ser encontrados na [Lista de Afiliados do Provedor do Mass General Brigham](#)

Apêndice B: Candidatura de Assistência Financeira

A candidatura de Assistência Financeira do Mass General Brigham pode ser encontrada aqui:

<https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf>

A candidatura está disponível em dez idiomas em www.massgeneralbrigham.org: Inglês, árabe, chinês, crioulo haitiano, indonésio, khmer, português, russo, espanhol e vietnamita.

 **Mass General Brigham**

Mass General Brigham Financial Assistance Application

Please print out and complete all sections of the application that apply to you. **This application cannot be completed electronically.** Please read all instructions before completing application.

This application is used to evaluate your eligibility for financial assistance on medical bills from Mass General Brigham providers. You can use this application to apply for help with health care bills from any of the following Mass General Brigham entities:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Coolidge-Dickinson Hospital	Coolidge-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham Financial Assistance is not considered a substitute for enrolling in any available health insurance program or assistance plan. While the program covers all Medically Necessary Services, discounts vary based on the type of services provided and the location that the care was provided. Please refer to the complete policy on our website for the details on what is covered. A partial list of services that are typically excluded follows.

- Out of Network Denials
- Cosmetic Surgery
- Infertility Services (ART & IVF)
- Most non-medically necessary care including Gastric Bypass Services
- Patient Convenience Items including premium accommodations
- Services that are designated as "Self-Pay Only"

Failure to apply for a government assistance program that you potentially qualify for could result in a delay or denial of your application. If you need help applying for government assistance programs, one of our Mass General Brigham Financial Counselors can help.

You must fully disclose any other coverage, third-party liability claim, motor vehicle coverage or workers compensation coverage to be considered.

If you have any questions on this application, please contact [Patient Financial Services](#) at your hospital or call (617) 726-3884.

Rev. 11/21

Page 1 of 7