

	Johns Hopkins Medicine	Número da Política	PFS035
	Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	Data Efetiva	08/08/2022
	<i>Assunto</i>	Página	1 de 10
	Assistência Financeira	Substitui	01/10/2021

Este documento se aplica às seguintes Organizações Participantes:

HCGH OB/GYN Associates	Howard County General Hospital, Inc.	Johns Hopkins All Children's Hospital	Johns Hopkins Bayview Medical Center, Inc.
Johns Hopkins Community Physicians	Johns Hopkins Home Care Group, Inc.	Johns Hopkins Regional Physicians, LLC	Johns Hopkins Surgery Centers Series
Johns Hopkins University School of Medicine	Pediatric Physician Services, Inc. (FL)	Sibley Memorial Hospital	Suburban Hospital, Inc.
The Johns Hopkins Hospital	West Coast Neonatology, Inc.		

Palavras-chave: assistência, conta, dívida, financeiro, médico

Índice	Número da página
I. <u>OBJETIVO</u>	1
II. <u>POLÍTICA</u>	1
III. <u>PROCEDIMENTOS</u>	2
IV. <u>DEFINIÇÕES</u>	8
V. <u>REFERÊNCIA</u>	10
VI. <u>PATROCINADOR</u>	10
VII. <u>CICLO DE REVISÃO</u>	10
VIII. <u>APROVAÇÃO</u>	10
<u>Apêndice A: DISPOSIÇÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNICAMENTE) ESPECÍFICAS PARA OS REGULAMENTOS DO DISTRITO DE COLUMBIA (D.C.) REGULAMENTOS ESPECÍFICOS PARA O DISTRITO DE COLUMBIA (D.C.)</u>	<u>Clique Aqui</u>
<u>Apêndice B: PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</u>	<u>Clique Aqui</u>
<u>Apêndice C: DISPOSIÇÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL DISPOSIÇÕES</u>	<u>Clique Aqui</u>

I. OBJETIVO

Johns Hopkins Medicine empenha-se em oferecer Assistência Financeira a pacientes que têm necessidades de cuidados de saúde e não possuem seguro, possuem seguro insuficiente, não se qualificam para um programa governamental ou não podem pagar por Cuidados Medicamente Necessários com base em sua situação financeira individual.

II. POLÍTICA

Esta política contém os critérios a serem usados para determinar a elegibilidade de um paciente para Assistência Financeira e descreve o processo e as diretrizes que devem ser usados para determinar a elegibilidade para Assistência Financeira e a conclusão do processo de solicitação de Assistência Financeira. Esta política rege a prestação de Assistência Financeira para pacientes que não possuem seguro, possuem seguro insuficiente, não se qualificam para um programa governamental ou não podem pagar por Cuidados Medicamente Necessários com base em sua situação financeira individual.

Johns Hopkins prestará, sem discriminação, atendimento para condições médicas de emergência a indivíduos, independentemente de serem elegíveis para assistência sob esta política. Johns Hopkins não se envolverá em ações que desencorajem os indivíduos a procurar 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 que interfiram na prestação, sem discriminação, de serviços de cuidados médicos de emergência. Os serviços médicos de emergência são prestados a todos os pacientes de maneira não discriminatória, de acordo com a política da Lei de Tratamento de Emergências Médicas e Trabalho de Parto (EMTALA) dos hospitais.

	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	Número da Política	PFS035
		Data Efetiva	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	Página	2 de 10
		Substitui	01/10/2021

Sibley Memorial Hospital está localizado no Distrito de Columbia. O Apêndice A desta política estabelece disposições adicionais relativas aos Cuidados de Saúde Não Remunerados exigido pelos regulamentos e leis do Distrito de Columbia aplicáveis ao Sibley Memorial Hospital. O Apêndice A se aplica apenas ao Sibley Memorial Hospital. Se houver uma contradição entre o Apêndice A e esta política relativa à assistência financeira e Cuidados de Saúde Não Remunerados no Sibley Memorial Hospital, as disposições do Apêndice A serão aplicadas.

Johns Hopkins All Children's Hospital está localizado na Flórida. O Apêndice C desta política estabelece disposições adicionais relativas ao Estatuto da Flórida 395.301, F.S., relacionado à política de assistência financeira para pacientes ou pacientes em potencial e descreve a metodologia para determinar o valor geralmente cobrado (AGB) e os descontos associados aplicados com base na aprovação do pedido. Se houver uma contradição entre o Apêndice C e esta política relativa à assistência financeira e Cuidados de Saúde Não Remunerados no Sistema de Saúde do Johns Hopkins All Children's, as disposições do Apêndice C serão aplicadas. Consequentemente, esta política escrita:

- Inclui critérios de elegibilidade para assistência financeira – assistência gratuita e com desconto (assistência parcial)
- Descreve a base para calcular os valores cobrados de pacientes elegíveis para assistência financeira sob esta política
- Descreve o método pelo qual os pacientes podem solicitar assistência financeira
- Descreve como o hospital divulgará amplamente a política dentro da comunidade atendida pelo hospital
- Limita os valores que o hospital cobrará por Atendimento de Emergência ou outros Cuidados Medicamente Necessários prestados a indivíduos qualificados para assistência financeira ao valor geralmente cobrado (recebido pelo) hospital para pacientes com seguro comercial ou Medicare. Em Maryland, as tarifas hospitalares são reguladas pela Comissão de Revisão de Custos de Serviços de Saúde (Health Services Cost Review Commission, HSCRC). Para todos os hospitais Johns Hopkins, exceto Sibley Memorial Hospital e Johns Hopkins All Children's Hospital, o valor geralmente cobrado (AGB) é o estabelecido pela HSCRC e equivale ao método Medicare prospectivo sob os regulamentos fiscais federais.

ASSISTÊNCIA FINANCEIRA PARA MÉDICOS QUE OFERECEM NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO

Publicada no site de cada hospital está uma lista completa de médicos que prestam Atendimento de Emergência e Cuidados Medicamente Necessários, conforme definido nesta política nos estabelecimentos JHH, JHBMC, HCGH, SH, SMH, JHACH. A lista de prestadores indica se um médico ou Consultório está coberto por esta política. Se o médico não for coberto por esta política, os pacientes devem entrar em contato com o consultório do médico para determinar se o médico oferece assistência financeira e, em caso afirmativo, qual é a política de assistência financeira do médico em questão. Os médicos empregados por Johns Hopkins School of Medicine e Johns Hopkins Community Physicians seguem os processos descritos nesta política.

Sujeito às leis de cobrança de dívidas médicas, incluindo, entre outros, o parágrafo 19-214.1 do Código de Regulamentos de Maryland (Saúde – Geral). Johns Hopkins pode entrar com uma ação contra o espólio do falecido e tal ação estará sujeita à administração do espólio e às leis Estatais e Fiduciárias aplicáveis.

Johns Hopkins não entra com ações judiciais, realiza penhoras salariais ou direito de retenção contra pacientes. As ações que Johns Hopkins pode tomar em caso de não pagamento são descritas em uma política separada de faturamento e cobrança (PFS046). Para obter uma cópia gratuita desta política, entre em contato com o Atendimento ao Cliente em 1-855-662-3017 (ligação gratuita) ou envie um e-mail para: pfscs@jhmi.edu ou peça para falar com um conselheiro financeiro em qualquer estabelecimento de Johns Hopkins.

Pedidos de Assistência Financeira e Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas podem ser oferecidos a pacientes cujas contas estejam em uma agência de cobrança serão aplicados apenas àquelas contas sobre as quais uma sentença não tenha sido concedida, desde que outros requisitos sejam atendidos. A revisão de Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas deverá incluir uma análise das despesas e obrigações médicas existentes do paciente (incluindo quaisquer contas inadimplentes) e quaisquer despesas médicas projetadas.

III. PROCEDIMENTOS

A. Serviços Elegíveis sob esta Política

	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	Número da Política	PFS035
		Data Efetiva	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	Página	3 de 10
		Substitui	01/10/2021

1. A Assistência Financeira aplica-se somente a Atendimentos Medicamente Necessários, conforme definido nesta política. A Assistência Financeira não se aplica a itens de conveniência, acomodações em quartos privados ou cirurgias estéticas não essenciais. No caso de surgir dúvidas sobre se uma admissão é uma “Admissão Eletiva” ou uma “Admissão Medicamente Necessária”, o médico responsável pela admissão do paciente será consultado e o assunto também será encaminhado ao consultor médico indicado pelo hospital.
- B. Elegibilidade para Assistência Financeira**
1. A Elegibilidade para Assistência Financeira será considerada para aqueles indivíduos que não possuem seguro, possuem seguro insuficiente, não se qualificam para qualquer programa de benefícios de assistência médica do governo e não podem pagar por seu atendimento, com base na determinação de necessidade financeira de acordo com esta Política. A concessão de assistência terá como base uma determinação individualizada de necessidade financeira e não deverá considerar raça, cor, ascendência ou nacionalidade, sexo, idade, estado civil, status social, status de cidadania, orientação sexual, identidade de gênero, informações genéticas, afiliação religiosa ou com base em deficiência. A necessidade financeira será determinada de acordo com procedimentos que envolvem uma avaliação individual da necessidade financeira, podendo:
 - a. Incluir um processo de inscrição, no qual o paciente ou o fiador do paciente sejam obrigados a cooperar e fornecer informações pessoais, financeiras e outras informações e documentação relevantes para determinar a necessidade financeira
 - b. Incluir o uso de fontes de dados externas publicamente disponíveis que forneçam informações sobre a capacidade de pagamento de um paciente ou de um fiador do paciente (como pontuação de crédito)
 - c. Incluir esforços razoáveis por parte de JHM para explorar fontes alternativas apropriadas de pagamento e cobertura de programas de pagamento públicos e privados e para ajudar os pacientes a se inscreverem nesses programas
 - d. Levar em consideração os ativos disponíveis do paciente e todos os outros recursos financeiros disponíveis para o paciente e incluir uma análise das contas pendentes do paciente para serviços anteriores prestados e o histórico de pagamentos do paciente.
- C. Método pelo qual os Pacientes podem solicitar Assistência Financeira**
1. É preferível, mas não obrigatório, que um pedido de Assistência Financeira e uma determinação de necessidade financeira ocorram antes da prestação dos Cuidados Medicamente Necessários. Uma cópia do pedido está disponível online em [https:// www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services](https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services). Uma cópia impressa será enviada por correio mediante solicitação feita ligando gratuitamente para 1-855-662-3017 ou 443-997-3370. No entanto, a determinação poderá ser feita em qualquer ponto do ciclo de cobrança. A necessidade de assistência financeira deverá ser reavaliada a cada período subsequente de serviço se a última avaliação financeira tiver sido concluída há mais de um ano, ou a qualquer momento que informações adicionais relevantes para e elegibilidade do paciente para assistência venham a se tornar conhecidas.
- D. Determinação da Elegibilidade para Assistência Financeira**
- O seguinte processo de duas etapas deverá ser seguido quando um paciente ou seu representante solicitar ou pedir Assistência Financeira, Assistência Médica, ou ambas:
1. Primeira Etapa: Determinação da Elegibilidade Provável
 - a. Dentro de dois dias úteis após a solicitação inicial de Assistência Médica, pedido de Assistência Médica, ou ambos, Johns Hopkins irá: (1) determinar a elegibilidade provável e (2) comunicar a determinação ao paciente e/ou ao representante do paciente. Para determinar a elegibilidade provável, o paciente ou seu representante deverá fornecer informações sobre o tamanho da família, seguro e renda. A determinação da elegibilidade provável será feita exclusivamente com base nessas informações. Nenhum formulário de inscrição, verificação ou documentação de elegibilidade será solicitado ou exigido para a determinação da provável elegibilidade.
 2. Segunda Etapa: Determinação Final de Elegibilidade
 - a. Após uma determinação de elegibilidade provável, Johns Hopkins fará uma determinação final de elegibilidade para Assistência Financeira com base na renda, tamanho da família e recursos disponíveis. Todos os benefícios do seguro devem ser esgotados. Todos os recursos financeiros disponíveis devem ser avaliados na determinação final de elegibilidade. Isso inclui recursos de outras pessoas e entidades que tenham responsabilidade legal pelo paciente. Essas partes

 <p>FINANCE</p> <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p>	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	<i>Página</i>	4 de 10
		<i>Substitui</i>	01/10/2021

devem ser referidas como fiadores para os fins desta política. Pacientes com visto de viagem ativo podem ser solicitados a apresentar informações adicionais sobre residência e recursos financeiros disponíveis para determinar a elegibilidade.

- b. Salvo disposição em contrário nesta política, o paciente é obrigado a preencher o Formulário de Assistência Financeira de Johns Hopkins Medicine. O paciente deverá também apresentar uma Notificação de Determinação de Assistência Médica (se aplicável), prova razoável de outras despesas declaradas, documentação comprobatória e, se estiver desempregado, prova razoável de desemprego, como declaração do Escritório de Seguro Desemprego ou declaração da fonte atual de suporte financeiro.
- c. O paciente/fiador deverá identificar todas as fontes de renda mensal e anualmente (levando em consideração o emprego sazonal e aumentos temporários e/ou diminuições de renda) para o paciente/fiador. Além disso, informações atuais referentes a receitas e despesas comerciais devem ser enviadas. Se as receitas e despesas atuais não estiverem disponíveis, a declaração de imposto 1040 e o Anexo C do ano anterior devem ser enviados. Exemplos de fonte de receita:
 - i. Renda de salários
 - ii. Benefícios de Aposentadoria/Pensão
 - iii. Rendimentos ou benefícios provenientes de trabalho autônomo
 - iv. Pensão alimentícia (alimony)
 - v. Pensão alimentícia (child support)
 - vi. Loteamentos familiares militares
 - vii. Assistência pública
 - viii. Pensão
 - ix. Previdência Social
 - x. Benefícios de greve
 - xi. Seguro desemprego
 - xii. Remuneração em caso de afastamento
 - xiii. Benefícios para veteranos
 - xiv. Outras fontes, como rendimentos e dividendos, juros ou rendimentos de arrendamentos.
- d. Um candidato que possa se qualificar para cobertura de seguro por meio de um Plano de Saúde Qualificado ou se qualificar para Assistência Médica será obrigado a solicitar um Plano de Saúde Qualificado ou Assistência Médica e cooperar totalmente, a menos que o representante financeiro possa determinar prontamente que o paciente não cumpriria os requisitos de elegibilidade. Enquanto a solicitação de Assistência Médica de um paciente estiver pendente, o paciente será provisoriamente considerado coberto pela Assistência Médica e não será necessário preencher a solicitação de Assistência Financeira Uniforme de Maryland. Se a solicitação do paciente para Assistência Médica for negada, o paciente deverá preencher o Formulário de Assistência Financeira Uniforme de Maryland.
- e. JHM usará uma determinação de elegibilidade com base na renda familiar e nas Diretrizes Federais de Pobreza mais recentes para determinar se o paciente é elegível para receber assistência financeira.
 - i. Os pacientes serão elegíveis para Assistência Financeira se o nível máximo de renda familiar (marido e mulher, casais do mesmo sexo) (conforme definido pelos regulamentos do Medicaid) não exceder o padrão de renda por nível (relacionado às diretrizes federais de pobreza) e eles não possuírem ativos líquidos superiores a \$10.000, que estariam disponíveis para pagar suas contas perante JHM.
 - ii. As Diretrizes Federais de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPL) são atualizadas anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.
 - iii. Se a renda familiar do paciente for igual ou inferior ao valor listado abaixo, a assistência financeira será concedida na forma de atendimento gratuito (reajuste de 100%) ou reajuste de custo reduzido (35%-75%) em suas contas JHM (encargos iniciais ou saldos remanescentes). Os ajustes serão feitos da seguinte forma:
 - Renda familiar até 200% do FPL – Reajuste de 100%
 - Renda familiar entre 201% e 250% do FPL – Reajuste de 75%
 - Renda familiar entre 251% e 300% do FPL – Reajuste de 50%

	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	Número da Política	PFS035
		Data Efetiva	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	Página	5 de 10
		Substitui	01/10/2021

- Renda familiar entre 301% e 400% do FPL – Reajuste de 35%

- f. Os pacientes que já se qualificaram para Assistência Financeira em um dos prestadores sob esta política não precisam se inscrever novamente e são considerados elegíveis.
 - g. O paciente/fiador deverá ser informado por escrito da determinação final de elegibilidade para Assistência Financeira junto com uma breve explicação e o paciente/fiador deverá ser informado do direito de recorrer de qualquer decisão final de elegibilidade em relação à assistência financeira. A Unidade de Educação e Defesa em Saúde (Health Education and Advocacy Unit) do Gabinete do Procurador-Geral em Maryland está disponível para ajudar o paciente/fiador ou o representante autorizado do paciente a arquivar e mediar um recurso. A carta de determinação por escrito deverá conter o endereço, número de telefone, número de fac-símile, endereço de e-mail, endereço de correspondência e site da Unidade de Educação e Defesa em Saúde.
 - i. Health Education and Advocacy Unit
200 St. Paul Street
Baltimore, MD 21202
Phone No.: (410) 528-1840, Toll free: 1-877-261-8807
Fax No.: (410) 576-6571
<https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>
 - h. Todas as informações obtidas de pacientes e familiares serão tratadas como confidenciais. Garantias sobre a confidencialidade das informações do paciente serão transmitidas aos pacientes em comunicações escritas e verbais.
 - i. Assim que um paciente for aprovado, a cobertura da Assistência Financeira será válida para o mês da determinação e os 6 (seis) meses seguintes.
 - j. Uma vez que o paciente seja aprovado, se houver algum saldo restante após a aplicação do subsídio de assistência financeira, será oferecido ao paciente um plano de pagamento. Qualquer cronograma de pagamento desenvolvido por meio desta política geralmente não durará mais de dois anos. Em circunstâncias extraordinárias e com a aprovação do gestor designado, um cronograma de pagamento pode ser estendido.
 - k. Um departamento que opera programas sob uma concessão ou uma autoridade governamental externa (p. ex., Psiquiatria) pode continuar a usar um processo de inscrição patrocinado pelo governo e uma escala de renda associada para determinar a elegibilidade para serviços específicos.
 - l. Os pacientes que indicarem estar desempregados e não têm cobertura de seguro deverão enviar um Pedido de Assistência Financeira, a menos que atendam aos critérios de Elegibilidade para Assistência Financeira Presumida. Se o paciente se qualificar para cobertura COBRA, a capacidade financeira do paciente para pagar os prêmios do seguro COBRA deverá ser revisada pelo Conselheiro Financeiro e recomendações devem ser feitas ao Comitê de Avaliação de Assistência Financeira. Os indivíduos com capacidade financeira para adquirir um seguro de saúde devem ser incentivados a fazê-lo, como forma de assegurar o acesso aos serviços de saúde e para a sua saúde pessoal em geral.
 - m. Os pacientes que receberem cobertura de um Plano de Saúde Qualificado e solicitarem ajuda com despesas diretas (copagamentos e franquias) para despesas médicas decorrentes de Cuidados Medicamente Necessários deverão enviar um Pedido de Assistência Financeira.
 - n. Se uma conta de paciente tiver sido atribuída a uma agência de cobrança e o paciente ou fiador solicitar assistência financeira ou parecer qualificar-se para assistência financeira, a agência de cobrança notificará o Gerenciamento do Ciclo de Receita e encaminhará ao paciente/fiador um pedido de assistência financeira com instruções para devolver o pedido preenchido ao Gerenciamento do Ciclo de Receita para revisão e determinação e colocará a conta em espera por 45 dias aguardando novas instruções.
 - o. Serviços prestados a pacientes registrados como Autopagamento Voluntário (Voluntary Self Pay, ou seja, que optam por não receber cobertura de seguro ou cobrança de seguro) não se qualificam para Assistência Financeira.
 - p. O Vice-Presidente do Gerenciamento do Ciclo de Receita ou seu representante pode fazer exceções de acordo com as circunstâncias individuais.
- E. Elegibilidade para Assistência Financeira Presumida

 <p>FINANCE</p>	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	Número da Política	PFS035
		Data Efetiva	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	Página	6 de 10
		Substitui	01/10/2021

1. Presume-se que alguns pacientes sejam elegíveis para descontos de assistência financeira com base nas circunstâncias da vida individual. Pacientes que são beneficiários/destinatários dos seguintes programas de serviços sociais com verificação de recursos são considerados elegíveis para atendimento gratuito após a conclusão de um pedido de assistência financeira e comprovante de inscrição dentro de 30 dias (30 dias adicionais permitidos, se solicitado):
 - a. Domicílios com crianças no programa de alimentação gratuita ou reduzida
 - b. Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP)
 - c. Programa de assistência energética para famílias de baixa renda
 - d. Mulheres, Bebês e Crianças (Women, Infants and Children, WIC)
 - e. Outros programas de serviços sociais testados em condições de recursos considerados elegíveis para políticas de atendimento gratuito pelo Departamento de Saúde e Higiene Mental (Department of Health and Mental Hygiene, DHMH) e pela Comissão de Revisão de Custos de Serviço de Saúde (Health Service Costs Review Commission, HSCRC), de acordo com o regulamento COMAR 10.37.10.26 da HSCRC
 2. A elegibilidade presumida para assistência financeira será concedida nas seguintes circunstâncias sem a conclusão de um pedido de assistência financeira, mas com prova ou verificação da situação descrita:
 - a. Um paciente com cobertura Farmácia de Assistência Médica Ativa (Active Medical Assistance Pharmacy)
 - b. Cobertura QMB/Cobertura SLMB
 - c. Pacientes de Petição de Emergência do Sistema de Saúde Pública de Maryland
 - d. Um paciente falecido sem herança em arquivo
 - e. Um paciente considerado sem-teto
 - f. Um paciente que apresenta uma tabela de taxas móvel ou aprovação de assistência financeira de um Centro de Saúde Federal Qualificado ou Departamento de Saúde Municipal ou de Condado
 - g. Pacientes de Assistência Médica e Serviços Médicos Administrados por Medicaid para serviços prestados no pronto-socorro além da cobertura desses programas
 - h. Mães de Pacientes do Departamento de Saúde – para consultas ambulatoriais não emergenciais não cobertas pela Assistência Médica
 - i. Inscritos ativos no Chase Brexton Health Center
 - j. Inscritos ativos no Healthy Howard Program
 - k. Um paciente com encaminhamento para SH de um programa local (Catholic Charities, Mobile Med Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Montgomery Cares, Primary Care Coalition, Project Access e Proyecto Salud) que faz parceria com SH para oferecer acesso a atendimento hospitalar e ambulatorial para pacientes de baixa renda sem plano de saúde.
 3. A elegibilidade presumida para Assistência Financeira é concedida apenas para serviços atuais e contas passadas – não se estende a serviços futuros.
 4. JHM usará uma determinação de elegibilidade com base na renda familiar e nas Diretrizes Federais de Pobreza mais recentes para determinar se o paciente é elegível para receber assistência financeira.
 - a. As Diretrizes Federais de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPL) são atualizadas anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.
 - b. Se a renda familiar do paciente for igual ou inferior ao valor listado abaixo, a assistência financeira será concedida na forma de atendimento gratuito (reajuste de 100%) ou reajuste de custo reduzido (35%-75%) em suas contas JHM. Os ajustes serão feitos da seguinte forma:
 - i. Renda familiar até 200% do FPL – Reajuste de 100%
 - ii. Renda familiar entre 201% e 250% do FPL – Reajuste de 75%
 - iii. Renda familiar entre 251% e 300% do FPL – Reajuste de 50%
 - iv. Renda familiar entre 301% e 400% do FPL – Reajuste de 35%
- F. Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas
1. A consideração da Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas pode estar disponível para pacientes que são elegíveis para Assistência Financeira, mas foram considerados como tendo sofrido uma Dificuldades Financeiras Médicas. JHM oferecerá Cuidados Medicamente Necessários a custos reduzidos para pacientes com renda familiar acima de 400% do FPL, mas abaixo de 500% do Nível Federal de Pobreza.

 <p>FINANCE</p>	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	Número da Política	PFS035
		Data Efetiva	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	Página	7 de 10
		Substitui	01/10/2021

2. Dificuldades Financeiras Médicas significa Dívida Médica por Cuidados Medicamente Necessários incorridos por uma família durante um período de 12 meses que excedam 25% da renda familiar. Dívida Médica é definida como despesas desembolsadas com custos médicos para atendimento médico necessário cobrado por um Hospital Johns Hopkins, bem como aquelas cobradas por prestadores de Johns Hopkins, sendo que as despesas correntes mencionadas acima não incluem copagamentos, cosseguro e franquias, a menos que o paciente esteja abaixo de 200% das Diretrizes Federais de Pobreza. Pacientes com renda familiar de até 500% do FPL e com dificuldades financeiras receberão um reajuste de 25%.
 3. Fatores considerados na concessão de Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas:
 - a. Dívida Médica incorrida nos 12 (doze) meses que antecedem a data do Pedido de Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas na instituição de tratamento Hopkins onde o pedido foi feito
 - b. Ativos Líquidos (deixando residual de \$10.000)
 - c. Renda familiar dos 12 (doze) meses que antecedem a data da Documentação Comprobatória do Pedido de Assistência para Dificuldades Financeiras
 - d. Documentação Comprobatória.
 4. Assim que um paciente for aprovado para Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas, a cobertura da Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas entrará em vigor a partir do mês do primeiro serviço qualificado e nos 12 (doze) meses seguintes. A cobertura abrangerá os familiares imediatos do paciente que residam no mesmo domicílio. O paciente e Familiares Imediatos permanecerão elegíveis para Cuidados Medicamente Necessários de custo reduzido ao procurar atendimento subsequente em Johns Hopkins sob esta política por 12 (doze) meses civis a partir da data em que os Cuidados Medicamente Necessários de custo reduzido foram inicialmente recebidos. A cobertura não se aplica a Internações Eletivas ou procedimentos eletivos ou estéticos. No entanto, o paciente ou Familiar Imediato do paciente que resida no mesmo domicílio deverá notificar o hospital de sua elegibilidade para o custo reduzido de Cuidados Medicamente Necessários no momento do registro ou admissão.
 5. Se o paciente for aprovado para um subsídio percentual devido a Dificuldades Financeiras Médicas, recomenda-se que o paciente faça um pagamento de boa-fé no início do período de Assistência por Dificuldades Financeiras Médicas. Mediante solicitação de um paciente que não tem seguro e cujo nível de renda se enquadra nas diretrizes de Renda de Dificuldades Financeiras Médicas, JHHS disponibilizará um plano de pagamento ao paciente.
 6. Qualquer plano de pagamento desenvolvido por meio desta política geralmente não durará mais de dois anos. Em circunstâncias extraordinárias e com a aprovação do gestor designado, um cronograma de pagamento pode ser estendido.
 7. Para pacientes elegíveis para cuidados de custo reduzido de acordo com os critérios de Assistência Financeira e também qualificados de acordo com as Diretrizes de Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas, JHM aplicará a redução de custos que for mais favorável ao paciente.
- G. Notificação da Política de Assistência Financeira, Instrução do Paciente, Comunicação e Divulgação
1. A notificação individual sobre a política de assistência financeira do hospital deverá ser dada no momento da pré-admissão ou admissão de cada pessoa que procura serviços no hospital. JHM deverá tratar junto ao paciente ou a família do paciente quaisquer preocupações financeiras que possam vir a ter.
 2. Johns Hopkins divulgará informações sobre sua política de Assistência Financeira anualmente, publicando uma notificação sobre a política em um jornal de circulação geral nas jurisdições que atende, sendo que esta notificação deverá estar em um formato compreensível para as populações da área de atendimento.
 3. A Notificação aos Pacientes sobre a Disponibilidade de Assistência Financeira deverá ser afixada nos locais de registro de pacientes, admissões/escritórios comerciais, escritórios de cobrança e no departamento de emergência de cada estabelecimento. A notificação será publicada no site de cada hospital, será mencionada durante as comunicações orais e será enviada aos pacientes nas contas dos pacientes. Uma cópia da política de Assistência Financeira será publicada no site de cada estabelecimento e será disponibilizada a qualquer pessoa mediante solicitação.
 4. Notificação individual sobre a disponibilidade de assistência financeira sob esta política também será disponibilizada a pacientes obstétricas que procuram serviços nos hospitais sob esta política, no momento de esforços comunitários, serviços pré-natais, pré-admissão ou admissão.

	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	Número da Política	PFS035
		Data Efetiva	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	Página	8 de 10
		Substitui	01/10/2021

5. Uma Ficha de Informações de Faturamento e Assistência Financeira do Paciente será disponibilizada aos pacientes antes que o paciente receba serviços médicos agendados em um hospital, antes da alta, junto à conta do hospital, e estará disponível para todos os pacientes mediante solicitação.
6. Um Resumo em Linguagem Simples desta política encontra-se publicado no site de JHM e estará disponível para todos os pacientes.

H. Descoberta Tardia de Elegibilidade

1. Se Johns Hopkins descobrir que um paciente era elegível para atendimento gratuito em uma data específica de serviço (usando os padrões de elegibilidade aplicáveis nessa data de serviço) e essa data específica estiver dentro de um período de 2 (dois) anos a partir da descoberta, o paciente será reembolsado pelos valores recebidos do paciente/fiador que excedam \$25 (vinte e cinco dólares).
2. Caso a documentação hospitalar demonstre a falta de colaboração do paciente ou fiador na disponibilização de informações para determinar a elegibilidade para o atendimento gratuito, o prazo de 2 (dois) anos aqui estabelecido poderá ser reduzido para 30 (trinta) dias a partir da data do pedido inicial de informações.
3. Se o paciente estiver inscrito em um plano de saúde do governo com condição de recursos que exija que o paciente pague diretamente pelos serviços hospitalares, o paciente ou fiador não receberá nenhum reembolso que resultaria na perda da elegibilidade financeira do paciente para a cobertura de saúde.

IV. DEFINIÇÕES

Para o propósito desta política, os termos abaixo são definidos da seguinte forma:

Dívida Médica	Dívida Médica é definida como despesas desembolsadas para custos médicos resultantes de Cuidados Medicamente Necessários cobrados por um hospital Johns Hopkins ou prestador Johns Hopkins contemplado por esta política. Despesas diretas não incluem copagamentos, cosseguros e franquias. Dívida Médica não inclui as contas hospitalares ou médicas para as quais o paciente optou por ser registrado como Autopagamento Voluntário (Voluntary Self Pay, ou seja, optando por não receber cobertura de seguro ou cobrança de seguro) e não solicitou assistência financeira.
Ativos Líquidos	Dinheiro, valores mobiliários, notas promissórias, ações, títulos, títulos de poupança dos EUA, contas correntes, contas de poupança, fundos mútuos, certificados de depósito, apólices de seguro de vida com valores de resgate em dinheiro, contas a receber, benefícios de pensão ou outros bens imediatamente conversíveis em dinheiro. Um porto seguro de \$150.000 em patrimônio na residência principal do paciente <u>não será</u> considerado um ativo conversível em dinheiro. Um veículo motorizado utilizado para as necessidades de transporte do paciente ou de qualquer familiar do paciente não será considerado um bem conversível em dinheiro. A equidade em qualquer outro bem imóvel estará sujeita a liquidação. Ativos Líquidos não incluem ativos de aposentadoria aos quais a Receita Federal (Internal Revenue Service, IRS) concedeu tratamento fiscal preferencial como uma conta de aposentadoria, incluindo, mas não limitado a planos de compensação diferidos qualificados pelo Código da Receita Federal (Internal Revenue Code) ou planos de compensação diferidos não qualificados. Quaisquer recursos excluídos na determinação da elegibilidade financeira do Programa de Assistência Médica da Lei da Seguridade Social não serão considerados como bens conversíveis em dinheiro. Fundos de educação superior pré-pagos no Programa Maryland 529 não devem ser considerados um ativo conversível em dinheiro. Os ativos monetários excluídos da determinação do Ativo Líquido serão atualizados anualmente pela inflação de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor.
Admissão Eletiva	Uma admissão hospitalar para o tratamento de uma condição médica que não é considerada uma condição médica de emergência.
Família Imediata	Se o paciente for menor de idade, considera-se familiar imediato a mãe, o pai, os irmãos menores solteiros, naturais ou adotivos, residentes no mesmo domicílio. Se o paciente for um adulto, familiar imediato é definido como cônjuge ou filhos menores solteiros naturais ou adotivos que residam no mesmo domicílio.

	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	<i>Página</i>	9 de 10
		<i>Substitui</i>	01/10/2021

Condição Médica de Emergência	<p>dor intensa ou outros sintomas agudos, de modo que a ausência de atenção médica imediata possa resultar em qualquer uma das seguintes condições:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risco grave à saúde do paciente; 2. Deficiência grave de qualquer função corporal; 3. Disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo. 4. Com relação a gestante: <ol style="list-style-type: none"> a. Que não há tempo suficiente para efetuar a transferência Segura para outro hospital antes do parto. b. Que uma transferência pode representar uma ameaça à saúde e segurança do paciente ou feto. c. Que há evidência do início e persistência de contrações uterinas ou ruptura das membranas.
Serviços e Cuidados de Emergência	Triagem médica, exame e avaliação por um médico ou, na medida permitida pela lei aplicável, por outro pessoal apropriado sob a supervisão de um médico, para determinar se existe uma condição médica de emergência e, se houver, os cuidados, tratamento, ou cirurgia por um médico que seja necessária para aliviar ou eliminar a condição médica de emergência, dentro da capacidade de atendimento do hospital.
Cuidados Medicamente Necessários	Tratamento médico necessário para tratar uma Condição Médica de Emergência. Os cuidados medicamente necessários para os fins desta política não incluem procedimentos eletivos ou cosméticos.
Admissão Medicamente Necessária	Uma admissão hospitalar que é para o tratamento de uma condição médica de emergência.
Renda Familiar	Salários, vencimentos, proventos, gorjetas, juros, dividendos, distribuições corporativas, rendas de aluguel, renda de aposentadoria/pensão, benefícios da Previdência Social e outras receitas definidas pela Receita Federal do paciente e/ou responsável, para todos os membros do Agregado Familiar. O Tamanho do Agregado Familiar deverá ser usado na determinação da Renda Familiar do paciente.
Tamanho do Agregado Familiar	<p>Tamanho da família que consiste no paciente e, no mínimo, nos seguintes indivíduos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. um cônjuge, independentemente de o paciente e o cônjuge pretenderem apresentar uma declaração de imposto federal ou estadual conjunta; 2. Filhos biológicos, adotivos ou enteados; e 3. Qualquer pessoa para quem o paciente reivindica uma isenção pessoal em uma declaração de imposto federal ou estadual. <p>Quando o paciente for uma criança, o tamanho do agregado familiar deverá consistir nos seguintes indivíduos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pais biológicos, pais adotivos, padrastos/madrastas ou tutores; 2. Irmãos biológicos, irmãos adotivos ou meio-irmãos; e 3. Qualquer pessoa para quem os pais ou tutores do paciente reivindicam uma isenção pessoal em uma declaração de imposto federal ou estadual.
Documentação Comprobatória	Contra-cheques; W-2s; 1099s; remuneração dos trabalhadores; Seguridade Social ou cartas de concessão de invalidez; extratos bancários ou de corretagem; declarações fiscais; apólices de seguro de vida; avaliações imobiliárias e relatórios de agências de crédito; Explicação de Benefícios para dar suporte à Dívida Médica.
Plano de Saúde Qualificado	De acordo com a Lei de Cuidados Acessíveis (Affordable Care Act), a partir de 2014, um plano de seguro certificado pelo Health Insurance Marketplace fornece benefícios de saúde essenciais, segue limites estabelecidos de compartilhamento de custos (como franquias, copagamentos e valores máximos desembolsados) e atende a outros requisitos. Um plano de saúde qualificado terá uma certificação por cada Marketplace em que for comercializado.

	Johns Hopkins Medicine Manual de Políticas de Assistência Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	08/08/2022
	<i>Assunto</i> Assistência Financeira	<i>Página</i>	10 de 10
		<i>Substitui</i>	01/10/2021

V. REFERÊNCIA

Manual de Políticas e Procedimentos Financeiros JHHS

- Política no PFS120 – Autoridade de Assinatura: Serviços Financeiros aos Pacientes (Patient Financial Services)
- Política no PFS034 – Pagamento em Prestações
- Política no PFS046 – Cobranças de Autopagamento

Cuidados Caritativos e Dívidas Insolúveis, Guia de Auditoria de Cuidados de Saúde AICPA

Código de Regulamentos de Maryland COMAR 10.37.10.26, et seq

Código de Saúde Geral de Maryland 19-214, et seq

Diretrizes Federais de Pobreza (atualizadas anualmente) no Registro Federal

VI. PATROCINADOR

- VP Gerenciamento de Ciclo de Receita (JHHS)
- Diretor, Operações PFS (JHHS)

VII. CICLO DE REVISÃO

2 (dois) anos

VIII. APROVAÇÃO

Histórico de Revisão:

- 19/03/21 – Adicionadas informações de contato da Unidade de Defesa da Saúde (Health Advocacy Unit),
- 15/05/23 – Atualizado o título e link para a Unidade de Educação e Defesa em Saúde (Health Education and Advocacy Unit). Removida a linguagem da ‘Administração de Seguros de Maryland’ (Maryland Insurance Administration).

Assinatura(s) Eletrônica(s)	Data
-----------------------------	------

Apêndice A: DISPOSIÇÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNICAMENTE) ESPECÍFICAS PARA OS REGULAMENTOS DO DISTRITO DE COLUMBIA (D.C.)

APÊNDICE

DISPOSIÇÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNICAMENTE) ESPECÍFICAS PARA OS REGULAMENTOS DO DISTRITO DE COLUMBIA (D.C.)

DISPOSIÇÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA ESPECÍFICAS PARA OS REGULAMENTOS DO DISTRITO DE COLUMBIA (D.C.)

OBJETIVO:

O objetivo deste APÊNDICE é estabelecer as disposições adicionais que são aplicáveis ao Sibley Memorial Hospital para conformidade com os requisitos de cuidados de saúde não remunerados do Distrito de Columbia, conforme descrito no Título 22, Capítulo 44 dos Regulamentos Municipais do Distrito de Columbia (D.C.). Para os pacientes que não atendem aos critérios de elegibilidade para Cuidados de Saúde Não Remunerados, Sibley Memorial Hospital (SMH) prestará assistência financeira por meio da aplicação de ajustes de escala móvel para despesas totais de acordo com a Política PFS035.

POLÍTICA:

SMH fará um esforço de boa-fé para prestar serviços não remunerados no nível de conformidade anual exigido pela seção 4404 do Capítulo 44 dos Regulamentos Municipais do Distrito de Columbia, Título 22 “Prestação de Cuidados de Saúde Não Remunerados”.

SMH, em nenhum caso, poderá negar serviços de emergência a qualquer pessoa com base na sua incapacidade financeira de arcar com os serviços. SMH poderá dar alta a uma pessoa que recebeu serviços de emergência ou pode transferi-la para outra instalação quando, no julgamento razoável do pessoal médico apropriado, tal ação for clinicamente apropriada e no melhor interesse do paciente e do hospital.

SMH prestará Cuidados de Saúde Não Remunerados de acordo com a Seção 4400.2 do Capítulo 44 dos Regulamentos Municipais do Distrito de Columbia, Título 22, “Prestação de Cuidados de Saúde Não Remunerados” para pessoas elegíveis. Os cuidados de saúde não remunerados a serem prestados devem ter como base estas regras ou obrigações contratuais entre Sibley e o governo do Distrito de Columbia, qualquer que seja o padrão que ofereça o maior valor em dólares

Os Cuidados de Saúde Não Remunerados são definidos na lei que rege o certificado de necessidades (na seção de definições do Código DC 44-401). A lei define os Cuidados de Saúde Não Remunerados como o custo dos serviços de saúde prestados a pacientes pelos quais o estabelecimento de saúde não recebe pagamento. O termo “Cuidados de Saúde Não Remunerados” inclui dívidas insolúveis e cuidados caritativos, mas não inclui subsídios contratuais.

Dívida insolúvel significa uma conta a receber com base em serviços médicos e hospitalares a qualquer paciente para o qual o pagamento é esperado, mas é considerado incobrável, após esforços razoáveis de cobrança; e não a obrigação de qualquer unidade governamental federal, estadual ou local. O termo dívida insolúvel não inclui cuidados caritativos.

Cuidados Caritativos significa os serviços médicos e hospitalares prestados a pessoas que não podem pagar pelo custo dos serviços, especialmente pessoas de baixa renda, que não possuem seguro e que possuem seguro insuficiente, mas excluindo os serviços determinados a serem causados por, ou categorizados como, dívida insolúvel.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CUIDADOS DE SAÚDE NÃO REMUNERADOS

Uma pessoa é considerada elegível para cuidados de saúde não remunerados se não puder pagar pelos serviços de saúde e satisfazer os seguintes requisitos:

1. Não estar coberta ou receber serviços que não estejam cobertos por uma seguradora terceirizada ou programa governamental;

2. Possuir renda anual individual ou familiar não superior a 200% do Nível Federal de Pobreza (FPL); e
3. Solicitar serviços.

A elegibilidade financeira para Cuidados de Saúde Não Remunerados deverá ser calculada por um dos seguintes métodos:

1. Multiplicar por 4 (quatro) a renda individual ou familiar da pessoa, conforme o caso, dos 3 (três) meses que antecedem o Pedido de Cuidados de Saúde Não Remunerados; ou
2. Usando a renda real da pessoa ou da família, conforme aplicável, nos 12 (doze) meses que antecedem o Pedido de Cuidados de Saúde Não Remunerados.

VALORES GERALMENTE COBRADOS

Os valores geralmente cobrados de indivíduos com seguro “AGB” serão calculados usando o “método de retrospectiva”, que é definido como todas as solicitações de emergência e outros cuidados médicos necessários que foram pagos integralmente ao hospital pelo Medicare e todas as seguradoras de saúde privada juntas como os principais pagadores dessas reivindicações, em cada caso, levando em consideração os valores pagos ao hospital na forma de cosseguro ou franquias. SMH calculará a(s) porcentagem(s) de AGB pelo menos anualmente, revisando todas as reivindicações pagas integralmente durante um período de 12 meses anterior. Uma vez determinado, o(s) percentual(s) AGB será(ão) implementado(s) no máximo 45 dias após o término de um período de 12 meses.

Não se espera que os indivíduos elegíveis para assistência financeira paguem mais por emergência ou outros cuidados medicamente necessários do que os valores geralmente cobrados de indivíduos que possuem seguro que cubra o atendimento em questão.

REQUISITO ANUAL DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO REMUNERADOS

Para os fins desta política e do ANEXO, os Cuidados de Saúde Não Remunerados a serem prestados no SMH serão calculados da seguinte forma: Nível de conformidade anual:

1. Um valor não inferior a 3% (três por cento) da despesa operacional anual do SMH, menos o valor dos reembolsos que receba dos Títulos XVIII e XIX da Lei de Seguridade Social (Medicaid e Medicare), sem levar em consideração os subsídios contratuais. Além disso, SMH deverá cumprir todas as obrigações de cuidados de saúde não remunerados exigidas de acordo com a Lei em um CON anterior.
2. Se em qualquer exercício fiscal deixar de cumprir sua obrigação anual de cuidados de saúde não remunerados, SMH deverá se esforçar para prestar cuidados de saúde não remunerados em valor suficiente para compensar o déficit no ano ou anos subsequentes, de acordo com um plano de conformidade aprovado pela Agência Estadual para o Desenvolvimento de Saúde e Planejamento (State Health and Planning Development Agency, doravante SHPDA), mas não depois de 3 (três) anos após o ano em que ocorreu o déficit.
3. Se SMH prestar cuidados de saúde não remunerados durante um ano fiscal em um valor que exceda seu nível de conformidade anual, SMH poderá solicitar que o Diretor aplique o valor excedente como um crédito para um déficit existente ou seu nível de conformidade anual para qualquer ano fiscal subsequente. Para ser elegível para um crédito, o valor em dólares excedente acima do nível de conformidade anual deverá ter sido previsto de acordo com os requisitos deste capítulo.

DETERMINAÇÃO POR ESCRITO DE ELEGIBILIDADE PARA CUIDADOS DE SAÚDE NÃO REMUNERADOS

1. SMH notificará por escrito sua determinação de elegibilidade para Cuidados de Saúde Não Remunerados em resposta a cada solicitação de Cuidados de Saúde Não Remunerados à pessoa que solicita atendimento. A notificação deverá ser dada pessoalmente no momento de solicitação dos Cuidados de Saúde Não Remunerados ou por correio normal para o endereço informado pela pessoa que solicita atendimento. Se a pessoa não estiver disponível para receber a notificação pessoalmente e não tiver informado um endereço, SMH poderá afixar em suas instalações, em local bem visível, uma notificação de que o status de elegibilidade da pessoa se encontra disponível no escritório administrativo do Sibley.
 1. A implementação desta política é de responsabilidade do VP Sênior/Diretor Financeiro. Ele/ela deverá elaborar um plano de alocação que atenda aos requisitos do regulamento e monitorar sua implementação. O VP Sênior/Diretor Financeiro ficará encarregado de elaborar um relatório para o SHPDA dentro de 120 dias após o encerramento de cada ano fiscal. Os documentos que comprovam a determinação do Sibley serão disponibilizados ao público e submetidos ao SHPDA. Esses documentos devem ser mantidos pelo VP Sênior/Diretor Financeiro por um período

- de 5 (cinco) anos a partir da data da última entrada para um exercício fiscal específico. O Presidente e o Tesoureiro do Conselho devem ser mantidos informados periodicamente sobre a conformidade do Sibley com a política.
2. Se um pedido for enviado antes da prestação do serviço, SMH fará uma determinação de elegibilidade para Cuidados de Saúde Não Remunerados dentro de 5 (cinco) dias úteis após a solicitação completa de um serviço ambulatorial ou antes da alta para um serviço de internação. Se o pedido for enviado após a prestação de serviços ambulatoriais pelo SMH ou após a alta de um paciente internado, SMH determinará a elegibilidade antes da conclusão do próximo ciclo de cobrança. Normalmente, a notificação de determinação será feita dentro de 5 dias da próxima reunião agendada do Comitê de Assistência Comunitária. SMH poderá emitir uma determinação de elegibilidade condicional. Essa determinação deverá estabelecer as condições que o solicitante dos cuidados de saúde não remunerados deverá satisfazer para que seja elegível.
 3. Cada determinação por escrito de elegibilidade para Cuidados de Saúde Não Remunerados deverá ser feita imediatamente ao solicitante. Cada determinação de elegibilidade para Cuidados de Saúde Não Remunerados deverá incluir as seguintes declarações:
 1. Que SMH prestará, prestará com condições, ou não prestará os Cuidados de Saúde Não Remunerados;
 2. Que não haverá cobrança pelos Cuidados de Saúde Não Remunerados;
 3. A data em que a pessoa solicitou atendimento;
 4. A data em que a determinação foi feita;
 5. A renda anual individual ou familiar, conforme aplicável, e o tamanho da família da pessoa que solicitou os Cuidados de Saúde Não Remunerados;
 6. A data em que os serviços foram ou serão prestados;
 7. O motivo da recusa, se aplicável.

PUBLICAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO REMUNERADOS:

Antes do início do seu ano fiscal, SMH publicará uma notificação de disponibilidade de sua obrigação de prestar cuidados de saúde não remunerados em um jornal de circulação geral no Distrito de Columbia. Sibley também enviará uma cópia desta notificação à SHPDA. A publicação e envio desta notificação é de responsabilidade do VP Sênior/Diretor Financeiro. A notificação deverá incluir:

1. O valor em dólares dos cuidados de saúde não remunerados que SMH pretende disponibilizar durante o ano fiscal ou uma declaração de que SMH prestará cuidados de saúde não remunerados a todas as pessoas incapazes de pagar pelo tratamento que solicitam cuidados de saúde não remunerados;
2. Uma explicação da diferença entre a quantidade de cuidados de saúde não remunerados que SMH se propõe a disponibilizar e o nível de conformidade anual para Sibley, se houver; e
3. Uma declaração indicando se houve cumprimento por parte do SMH de todas as obrigações pendentes de cuidados de saúde não remunerados de períodos de referência anteriores ou uma declaração indicando que, durante um período específico, irá satisfazer qualquer obrigação pendente.

PUBLICAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO REMUNERADOS:

Uma notificação anunciando a disponibilidade de cuidados de saúde não remunerados também deverá ser colocada à vista em locais de registro de pacientes, Departamento de Admissões, Escritório Comercial e Departamento de Emergência. SMH deverá publicar a seguinte notificação:

1. “De acordo com a lei do Distrito de Columbia, este prestador de serviços de saúde deverá disponibilizar seus serviços a todas as pessoas da comunidade. Este prestador de serviços de saúde não tem permissão para discriminar uma pessoa por causa da raça, cor, religião, nacionalidade, sexo, idade, estado civil, aparência pessoal, orientação sexual, responsabilidades familiares, matrícula, afiliação política, deficiência física, fonte de renda, ou local de residência ou empresa, ou porque uma pessoa é coberta por um programa como Medicare ou Medicaid”.
2. “Este prestador de serviços de saúde também é obrigado a prestar um volume razoável de serviços gratuitamente ou a um custo reduzido para pessoas incapazes de arcar com os custos dos mesmos. Consulte a equipe para saber se você é elegível para receber serviços sem custo ou a custo reduzido. Se você acredita que lhe foram negados serviços ou

consideração para tratamento sem custo ou a custo reduzido sem que haja um bom motivo, entre em contato com o Departamento de Admissões ou Departamento de Negócios deste prestador de serviços de saúde e ligue para a Agência Estadual de Planejamento e Desenvolvimento de Saúde (State Health Planning and Development Agency) por meio do Citywide Call Center em 202-727-1000”.

3. “Caso deseje registrar uma reclamação, os formulários encontram-se disponíveis na Agência Estadual de Planejamento e Desenvolvimento de Saúde”.

Esta notificação também deverá incluir um resumo dos critérios de elegibilidade do Sibley para os cuidados de saúde não remunerados. Esta notificação será publicada em inglês e espanhol e em qualquer outro idioma que seja o idioma usual das famílias de 10% (dez por cento) ou mais da população do Distrito de Columbia, de acordo com os números mais recentes publicados pelo Escritório do Censo (Bureau of Census). Sibley deverá comunicar o conteúdo da notificação publicada a qualquer pessoa que Sibley tenha motivos para acreditar que não poderá ler a notificação.

NOTIFICAÇÃO POR ESCRITO DE DISPONIBILIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO REMUNERADOS:

Em qualquer período durante um ano fiscal em que os cuidados de saúde não remunerados estejam disponíveis no SMH, SMH deverá notificar por escrito sobre a disponibilidade dos serviços a cada pessoa que procurar serviços do hospital em seu nome ou em nome de outra pessoa. SMH apresentará esta notificação por escrito antes da prestação de serviços, exceto quando a natureza emergencial dos serviços impossibilitar a realização de notificação prévia. Em situações de emergência, SMH apresentará a notificação por escrito ao paciente assim que possível, ou ao parente mais próximo. Esta notificação deverá ser dada o mais tardar no momento da apresentação da primeira fatura de serviços. Esta notificação individual por escrito deverá conter as seguintes informações:

1. “De acordo com a lei do Distrito de Columbia, este prestador de serviços de saúde deverá disponibilizar seus serviços a todas as pessoas da comunidade. Este prestador de serviços de saúde não tem permissão para discriminar uma pessoa por causa de raça, cor, religião, nacionalidade, sexo, idade, estado civil, aparência pessoal, orientação sexual, responsabilidades familiares, matrícula, afiliação política, deficiência física, fonte de renda ou local de residência ou empresa, ou porque uma pessoa está coberta por um programa como Medicare ou Medicaid.”
2. “Este prestador de serviços de saúde também é obrigado a prestar um volume razoável de serviços gratuitamente ou a um custo reduzido para pessoas incapazes de arcar com os custos dos mesmos. Consulte a equipe para saber se você é elegível para receber serviços sem custo ou a custo reduzido. Se você acredita que lhe foram negados serviços ou consideração para tratamento sem custo ou a custo reduzido sem que haja um bom motivo, entre em contato com o Departamento de Admissões ou Departamento de Negócios deste prestador de serviços de saúde, e ligue para a Agência Estadual de Planejamento e Desenvolvimento de Saúde (State Health Planning and Development Agency) por meio do Citywide Call Center em 202-727-1000”.
3. “Caso deseje registrar uma reclamação, os formulários encontram-se disponíveis na Agência Estadual de Planejamento e Desenvolvimento de Saúde”.

Esta notificação também deverá incluir um resumo dos critérios de elegibilidade do Sibley para cuidados de saúde não remunerados, a localização do escritório onde qualquer pessoa que procura cuidados de saúde não remunerados pode solicitar cuidados de saúde não remunerados e declarar que Sibley fará uma determinação por escrito sobre se a pessoa receberá ou não cuidados de saúde não remunerados e a data ou período dentro do qual a determinação será feita.

DEFINIÇÃO DE COMUNIDADE DO SMH:

SMH presta seus serviços, incluindo serviços exigidos pelos requisitos estatutários de cuidados de saúde não remunerados do Distrito de Columbia “a todas as pessoas da comunidade”. Esta comunidade estende-se às pessoas que vivem ou trabalham na área de atendimento do hospital ou necessitem serviços de emergência enquanto estiverem visitando a área de atendimento. Excluem-se especificamente do Programa de Assistência à Comunidade as pessoas que solicitam serviços eletivos e que residem claramente fora da área de atendimento do hospital. A área de atendimento do hospital abrange o Distrito de Columbia e a maior parte de Maryland e Virginia, com serviços limitados prestados aos residentes de West Virginia, Delaware e Pennsylvania. O hospital poderá solicitar que o solicitante apresente documentação que demonstre conformidade com a definição de comunidade do hospital.

REFERÊNCIA:

Regulamentos Municipais do Distrito de Columbia, Título 22, Seções 4404, 4405 e 4406

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Pedido de Assistência
Financeira de Johns Hopkins
Medicine**

Preencha os formulários anexos e devolva-os juntamente com a documentação, conforme indicado abaixo.

Formulários a serem incluídos:

Pedido de Assistência Financeira (em anexo)

Documentação a ser incluída:

1. Cópia das declarações fiscais do ano anterior. (Se casado e declarado separadamente, apresentar cópias de ambas as declarações).
2. Cópia dos seus últimos 3 (três) holerites, carta do empregador ou comprovante de situação de desemprego.
1. Cópia da carta de concessão da previdência social (se aplicável)
2. Cópia da carta de determinação da Assistência Médica ou da Previdência Social.
3. Comprovante de despesas mensais registradas em seu pedido, como cópias de contas telefônicas, contas BG&E ou pagamentos de aluguel/hipoteca.
4. Cópias de despesas médicas não pagas.
5. Cópia de todos os cartões de seguro médico.
6. Comprovante de residência, como carteira de identidade, carteira de motorista, certidão de nascimento ou residência permanente legal (green card).

**ENVIE AS INFORMAÇÕES PARA:
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211**

	Valor Mensal
Emprego	_____
Benefícios de Aposentadoria/Pensão	_____
Benefícios da Previdência Social	_____
Benefícios de Assistência Pública	_____
Benefícios para Pessoas com Deficiência	_____
Subsídios de Desemprego	_____
Benefícios para Veteranos	_____
Pensão alimentícia (alimony)	_____
Receita de Aluguel	_____
Benefícios de Greve	_____
Benefícios Militares	_____
Profissional Rural ou Profissional Autônomo	_____
Outras Fontes de Renda	_____
Total	_____

II. Ativos Líquidos

	Saldo Atual
Conta Corrente	_____
Conta Poupança	_____
Ações, Títulos, CD ou Mercado Monetário	_____
Outras Contas	_____
Total	_____

III. Outros Ativos

Se possui algum dos itens a seguir, liste o tipo e o valor aproximado.

Casa	Saldo de Empréstimo _____	Valor Aproximado _____
Automóvel	Fabricante _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Veículo Adicional	Fabricante _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Veículo Adicional	Fabricante _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Outra Propriedade		Valor Aproximado _____
		Total _____

IV. Despesas Mensais

	Valor
Aluguel ou Hipoteca	_____
Serviços de Utilidade Pública	_____
Pagamento(s) de Veículo(s)	_____
Cartão(s) de Crédito	_____
Seguro de Automóvel	_____
Seguro de Saúde	_____
Outras Despesas Médicas	_____
Outras Despesas	_____
Possui outras contas médicas não pagas?	SIM NÃO
Por qual serviço?	_____
Organizou um plano de pagamento? Quais são os pagamentos mensais?	_____

Para Elegibilidade para Assistência para Dificuldades Financeiras Médicas:

Renda familiar por 12 (doze) meses civis anteriores à data deste pedido: _____

Dívida Médica incorrida em Johns Hopkins (não incluindo cosseguro, copagamentos ou franquias) nos 12 (doze) meses anteriores à data deste pedido:

Data de Serviço	Valor Devido
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para Elegibilidade para Assistência Financeira Presumida:

- | | |
|--|------------|
| 1. Qual a idade do paciente? | |
| 2. A paciente está grávida? | Sim ou Não |
| 3. O paciente tem filhos menores de 21 anos morando em casa? | Sim ou Não |
| 4. O paciente é cego ou potencialmente incapacitado por 12 meses ou mais de emprego remunerado? | Sim ou Não |
| 5. O paciente atualmente recebe benefícios de SSI ou SSDI? | Sim ou Não |
| 6. O paciente (e, se casado, cônjuge) tem contas bancárias totais ou ativos conversíveis em dinheiro que não excedam os seguintes valores? | Sim ou Não |

Tamanho da Família:

Individual: \$2.500,00

Duas Pessoas: \$3.000,00

Para cada membro adicional da família, adicione \$100,00

(Exemplo: Para uma família de quatro pessoas, se você tiver ativos líquidos totais inferiores a \$3.200,00, responda SIM).

- | | |
|---|--------------------------|
| 7. O paciente é residente do estado de Maryland?
Se não for um residente de Maryland, em que estado o paciente reside? | Sim ou Não |
| 8. O paciente é sem-teto? | Sim ou Não |
| 9. O paciente participa do WIC? | Sim ou Não |
| 10. O agregado familiar tem crianças no programa de merenda gratuita ou a valor reduzido? | Sim ou Não |
| 11. O agregado familiar participa do programa de assistência de energia de baixa renda? | Sim ou Não |
| 12. O paciente recebe SNAP/Food Stamps? | Sim ou Não |
| 13. O paciente está matriculado em Healthy Howard, Chase Brexton? | Sim ou Não |
| 14. O paciente foi encaminhado ao SH por Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access ou Proyecto Salud? | Sim ou Não |
| 15. O paciente tem atualmente:
Assistência Médica Apenas Farmácia
QMB/SMLB | Sim ou Não
Sim ou Não |
| 16. O paciente está empregado?
Se não, a data em que ficou desempregado.
Elegível para cobertura de seguro de saúde COBRA? | Sim ou Não
Sim ou Não |

Toda a documentação apresentada passa a fazer parte deste requerimento.

Se você solicitar assistência financeira adicional, JHM poderá solicitar informações adicionais para fazer uma determinação suplementar. Ao assinar este formulário, você atesta que as informações apresentadas são verdadeiras e concorda em notificar JHM de qualquer alteração nas informações apresentadas no prazo de dez dias após a alteração. Todas as informações enviadas no pedido são verdadeiras e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento, informação e crença.

Assinatura do Solicitante

Data

Relação com o Paciente

Apêndice C: DISPOSIÇÕES DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL

I. OBJETIVO

O objetivo deste APÊNDICE é estabelecer as disposições adicionais que são aplicáveis a Johns Hopkins All Children's Hospital Pediatric Physician Services, Inc., e West Coast Neonatology, Inc.

II. ESCOPO

Esta política também se aplica a todos os locais que operam sob a licença das organizações participantes descritas no Apêndice B. Todas as entidades são também referidas como “Sistema de Saúde do Prestador” e incluem todas as instalações hospitalares e centros ambulatoriais regionais. Uma lista de todos os prestadores, além do próprio Hospital, prestando cuidados de emergência ou outros cuidados medicamente necessários no Hospital, especificando quais prestadores são cobertos por esta política e quais não são cobertos, é atualizada trimestralmente em nosso site <https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance/Financial-Assistance-Provider-Listing>

III. DECLARAÇÃO DE POLÍTICA

1. a. Compromisso de Oferecer Assistência Financeira: O Sistema de Saúde do Prestador empenha-se em oferecer assistência financeira a pessoas que precisam de cuidados de saúde e não possuem seguro, possuem seguro insuficiente, não são elegíveis para um programa do governo ou não podem pagar por cuidados medicamente necessários com base em sua situação financeira individual. Um Conselheiro Financeiro do Sistema de Saúde do Prestador, representante designado do escritório de negócios ou comitê com autoridade para oferecer assistência financeira analisará cada caso individual e determinará a assistência financeira que pode ser oferecida de acordo com esta política.
- b. Compromisso de Prestar Cuidados Médicos de Emergência: O Sistema de Saúde do Prestador oferece, sem discriminação, atendimento para condições médicas de emergência a indivíduos, independentemente de serem elegíveis para assistência sob esta política. O Sistema de Saúde do Prestador não se envolverá em ações que desencorajem os indivíduos a procurar atendimento médico de emergência, como exigir que os pacientes do pronto-socorro paguem antes de receber tratamento para condições médicas de emergência ou permitindo atividades de cobrança de dívidas que interfiram na prestação, sem discriminação, de atendimento médico de emergência. Serviços médicos de emergência, incluindo transferências de emergência, de acordo com a EMTALA, são oferecidos a todos os pacientes do Sistema de Saúde do Provedor de maneira não discriminatória, de acordo com a política EMTALA do Sistema de Saúde do Provedor.

IV. PROCEDIMENTO

1. A. **Elegibilidade para Assistência Financeira:**

1. Os seguintes serviços de saúde no Johns Hopkins All Children's Hospital não são elegíveis para assistência financeira:
 - a. Serviços não essenciais, não clinicamente necessários ou eletivos, como cirurgia estética, odontologia estética, quartos privados e itens de conveniência;
 - a. O médico responsável pela admissão e/ou o consultor médico nomeado pelo Sistema de Saúde do Prestador será consultado quando surgirem dúvidas sobre se um serviço é “eletivo” ou “medicamente necessário”.
 - b. Serviços prestados a pacientes cadastrados como pacientes Eletivos ou de Autopagamento;

- c. Certos serviços eletivos, designados para cada departamento clínico, para os quais nenhuma Assistência Financeira será concedida.
 - d. Serviços não emergenciais que podem ser cobertos pelo Medicare, Medicaid ou outros pagadores terceirizados quando esses serviços podem ser prestados por um estabelecimento ou prestador da rede, conforme exigido pelo seguro do paciente.
- B. Assistência Financeira Disponível no Johns Hopkins All Children's Hospital**
1. Os serviços qualificados sob esta Política serão disponibilizados ao paciente de acordo com a necessidade financeira conforme determinado em referência aos Níveis Federais de Pobreza (FPL) em vigor no momento da determinação. Pacientes cujo agregado familiar não possua ativos líquidos superiores a \$10.000 e esteja em:
 - a. 200% ou menos do FPL são elegíveis para receber cuidados com desconto de 100% das cobranças brutas.
 - b. 201% e 300% do FPL são elegíveis para receber cuidados com desconto de 85% das cobranças brutas.
 - c. 301% e 400% do FPL são elegíveis para receber cuidados com desconto de 70% das cobranças brutas.
- C. Valores Geralmente Cobrados no Johns Hopkins All Children's Hospital**
1. Uma vez que um paciente tenha sido determinado pelo Sistema de Saúde do Prestador como elegível para assistência financeira, esse paciente não deverá ser cobrado mais do que os Valores Geralmente Cobrados (AGB) para emergência ou outros cuidados médicos necessários prestados a indivíduos com seguro que cobre esse atendimento, conforme exigido por lei federal.
 2. O AGB é determinado usando o "método de retrospectiva" no Sistema de Saúde do Prestador.
 3. O AGB é calculado da seguinte forma:
 - a. O AGB é calculado analisando todas as reivindicações anteriores pagas integralmente ao Sistema de Saúde do Prestador para cuidados de emergência e medicamento necessários pela taxa por serviço do Medicare e todas as seguradoras privadas de saúde, incluindo cosseguro, copagamentos e franquias, durante um período de doze meses especificado período.
 - b. O AGB para cuidados de emergência e medicamento necessários prestados a um indivíduo elegível para assistência financeira é determinado multiplicando-se os encargos brutos para esse atendimento por uma ou mais porcentagens de AGB.
 - c. As porcentagens de AGB são calculadas anualmente para cada entidade do Sistema de Saúde do Prestador, dividindo-se a soma de certos sinistros pagos pela taxa por serviço do Medicare e seguradoras privadas pelos encargos brutos associados a esses sinistros.
 4. As porcentagens de AGB são aplicadas até o 120º dia após o final do período de 12 meses do ano civil que a instalação hospitalar usou para calcular as porcentagens de AGB.
 5. O Sistema de Saúde do Prestador não cobra nem espera o pagamento de cobranças brutas de indivíduos que se qualificam para assistência financeira de acordo com esta política.
- D. Recurso de Negação de Assistência Financeira:**
1. Se o pedido de assistência financeira for negado, o paciente tem o direito de solicitar que o pedido seja reconsiderado. O Conselheiro Financeiro ou seu representante encaminhará qualquer solicitação de reconsideração ao Comitê de Avaliação de Assistência Financeira para avaliação e decisão final.
- E. Comunicação do Plano de Assistência Financeira aos Pacientes da Comunidade do Johns Hopkins All Children's Hospital:**
1. A notificação sobre assistência financeira disponível do Sistema de Saúde do Prestador, que deverá incluir um número de contato e endereço do site, deverá ser divulgada pelo Sistema de Saúde do Prestador por vários meios, que podem incluir, mas não estão limitados a publicação de avisos nas contas dos pacientes e afixação de avisos em salas de emergência, no formulário de Condições de Admissão, em centros de atendimento, departamentos de admissão e registro, escritórios de negócios hospitalares, conforme o Sistema de Saúde do Prestador escolher. Um resumo da Política de Assistência Financeira do Sistema de Saúde do Prestador será fornecido aos pacientes na admissão ou alta e estará disponível a todos os pacientes mediante solicitação. O Sistema de Saúde do Prestador também deverá publicar e divulgar amplamente um resumo desta política de cuidados de assistência financeira nos sites das instalações, em brochuras disponíveis nos locais de acesso do paciente e em outros locais dentro da comunidade atendidos pelo hospital/prestadores conforme o Sistema de Saúde do Prestador escolher. Estas notificações e informações resumidas devem ser fornecidas nos idiomas primários falados pela população atendida pelo Sistema de Saúde do Prestador.
 2. A notificação de todos os prestadores do Sistema de Saúde do Prestador de cuidados de emergência e medicamento necessários, que deverá incluir uma determinação sobre se a política de assistência financeira se aplica ou não aos serviços prestados elegíveis, deverá ser divulgada pelo Sistema de Saúde do Prestador por

vários meios, que devem incluir, mas não estão limitados a sua publicação nos sites das instalações e incluídos nesta política.

F. Relação com as Políticas de Cobrança:

1. As informações sobre as ações que o Sistema de Saúde do Prestador pode tomar em caso de falta de pagamento estão dispostas em uma Política de Cobrança de Pagamento Próprio (PFS046) separada. Os membros do público podem obter uma cópia gratuita desta política separada do Sistema de Saúde do Prestador
2. A Política de Cobrança de Autopagamento (PFS046) estabelece políticas e procedimentos para práticas de cobrança interna e externa (incluindo ações que o hospital pode tomar em caso de falta de pagamento, incluindo ação de cobrança). A política considera até que ponto o paciente se qualifica para assistência financeira, o esforço de boa-fé de um paciente para se inscrever em um programa governamental ou para assistência financeira do Sistema de Saúde do Prestador e o esforço de boa-fé de um paciente para cumprir seus acordos de pagamento com o Sistema de Saúde do Prestador. Para pacientes que se qualificam para assistência financeira e que estão cooperando de boa-fé para resolver suas contas médicas, o Sistema de Saúde do Prestador poderá oferecer planos de pagamento estendidos que podem ser gerenciados e monitorados por agências de cobrança externas.

V. INFORMAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE DO PRESTADOR

Sítio:

www.hopkinsallchildrens.org/

<https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance>

VI. INFORMAÇÕES DE APOIO

Documentos Relacionados:

- Política N° RC008 - Solicitação de Taxas de Serviços Hospitalares
- Política N° RC007 - Reembolso para Assistência ao Paciente
- Política N° FIN008 - Atendimento Médico de Emergência
- Política No. PTCRE014 – Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) e Tratamento de Avaliação do Paciente ou Transferência para Outros Hospitais
- Política N° SUPSR014 - Sinalização, Folhetos, Banners e Obras de Arte (SUPSR014) Propriedade:
- Finanças em Johns Hopkins All Children's Hospital
Título/cargo do especialista no assunto (se aplicável):
- Diretor Financeiro, JHACH
- Diretor Sênior, Ciclo de Receita, JHACH