	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	04-01-16
	Assunto	Página	1 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13

## **POLÍTICA**

**Esta política se aplica ao Johns Hopkins Health System Corporation (JHHS), as seguintes entidades: Hospital Geral do Condado de Howard (Howard County General Hospital) (HCGH) e Hospital Suburban (Suburban Hospital) (SH).**

### Propósito

A JHHS está comprometida em promover assistência financeira aos pacientes que possuem necessidades de cuidados de saúde e não possuem seguro saúde, ou nenhum tipo de seguro, não são elegíveis para um programa do governo ou não têm condições financeiras de pagar por cuidados médicos necessários.

A política das Instituições Médicas Johns Hopkins (Johns Hopkins Medical Institutions) é fornecer Assistência Financeira com base na indigência ou débito médico excessivo para pacientes que preenchem os critérios financeiros específicos e solicitem tal assistência. O propósito da seguinte política é descrever como os pedidos de Assistência Financeira podem ser feitos, o critério para a elegibilidade e os passos para cada processo de inscrição.

Os hospitais JHHS publicarão a disponibilidade de Assistência Financeira em base anual nos jornais locais e postarão notícias de disponibilidades nos seus sites de registros de pacientes, Admissões/Escritórios, Escritórios de Cobrança e no departamento de emergência dentro de cada instalação. As informações sobre a disponibilidade serão postadas no website de cada hospital, serão mencionadas durante comunicações orais e também serão enviadas para os pacientes na fatura de pagamento. Uma Fatura do Paciente para pagamento e uma folha com informações sobre a Assistência Financeira serão fornecidas aos pacientes internados, antes da alta médica, e estará disponível para todos os pacientes que solicitarem.

A Assistência Financeira pode ser estendida quando uma revisão das circunstâncias financeiras individuais do paciente for conduzida e documentada. A revisão para a Assistência Médica por Dificuldades Financeiras deve incluir uma revisão das despesas existentes, e obrigações do paciente (incluindo todas as contas em débito), e todas as despesas médicas projetadas. Os Pedidos de Assistência Financeira e Assistência Médica por Dificuldades Financeiras podem ser ofertadas aos pacientes cujas contas estejam com uma agência de cobrança e só será aplicável a essas contas em que não foi concedido um julgamento até o momento, bem como se outras exigências forem atendidas.


### **LISTA DE MÉDICOS QUE PARTICIPAM DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA:**

No ANEXO D consta uma lista dos médicos que fornecem cuidados de emergência e necessidades médicas, conforme definido nesta política no HCGH e SH. A lista indica se o médico está coberto por esta política. Se o médico não estiver coberto por esta política, os pacientes deverão entrar em contato com o escritório do médico para determinar se o médico oferece assistência financeira e, então, o que a política de assistência financeira do médico fornece.

### Definições

#### Débito Médico

O Débito Médico é definido como despesas de custos médicos fora do orçamento, resultando na cobrança de procedimentos para cuidados médicos necessários pelo hospital JHHS para o qual o pedido é feito. Despesas fora do orçamento não incluem co-pagamentos, cosseguro e franquias, ao menos que o paciente tenha contratado um seguro através de um Plano de Saúde Qualificado e que atende as exigências de elegibilidade. O Débito Médico não inclui as cobranças hospitalares para o qual o paciente escolheu ser registrado como pagante (onde o próprio paciente se oferece para pagar os seus débitos) (optando assim, por cobertura fora do seguro ou faturamento pelo seguro)

	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	04-01-16
	Assunto	Página	2 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13


Ativos Líquidos	Dinheiro, valores imobiliários, notas promissórias, estoques, títulos, títulos de poupança dos E.U.A., conta corrente, poupança, fundos mútuos, Certificados de Depósitos, apólices de seguro de vida com valores retidos em dinheiro, contas a receber, benefício de pensão ou propriedade imediatamente convertível em dinheiro. Um valor caução de USD 150.000 em capital próprio de residência principal do paciente não deve ser considerado um ativo convertível em dinheiro. Nenhum capital de imóvel deve ser objeto de liquidação. Os Ativos Líquidos não incluem os ativos de aposentadoria que foi concedido pela Receita Federal para tratamento fiscal preferencial como uma conta de aposentadoria, incluindo mas não limitado a isso, planos de compensação diferidas qualificadas segundo o Código da Receita Federal ou planos de compensação diferida não qualificados.
Família Imediata	Se o paciente for um menor, um membro da família imediata que seja definido como mãe, pai, irmãos menores solteiros, naturais ou adotados, residente na mesma residência. Se o paciente for um adulto, um membro da família imediata que seja definido como cônjuge ou irmãos menores solteiros, naturais ou adotados, residente na mesma residência.
Cuidados Médicos Necessários	O tratamento médico que seja absolutamente necessário para proteger a saúde de um paciente e poderia adversamente afetar a condição do paciente se omitida, de acordo com os padrões aceitos na prática médica e não meramente por conveniência do paciente. Cuidados médicos necessários para os propósitos desta política não incluem procedimentos eletivos ou estéticos.
Renda Familiar	Paciente e/ou salário das partes envolvidas, salários, proventos, gorjetas, lucros, dividendos, distribuições corporativas, renda, aposentadoria/pensão, benefícios de INSS e outros rendimentos, tal como definido pela Receita Federal, para todos os membros da Família Imediata residentes na mesma casa
Documentação de Apoio	Folha de Pagamento; W-2s; 1099s; compensação do trabalhador, INSS ou carta de renda por invalidez; declarações bancárias ou corretoras; declarações fiscais; apólices de seguro de vida; avaliações imobiliárias e relatórios de crédito, Explicação dos Benefícios para apoiar débito médico.
Plano de Saúde Qualificado	Sob o Ato Disponível do Cuidado Médico, a partir de 2014, um plano de saúde que seja certificado pelo mercado de Seguro Saúde fornece benefícios essenciais para a saúde, segue os limites estabelecidos na partilha de custos (como as franquias, co-pagamentos, os valores máximos de pagamento excedente ao orçamento), e satisfaça outras exigências. Um plano de saúde qualificado terá uma certificação em cada mercado no qual é vendido.

## **PROCEDIMENTOS**


1. Uma avaliação para Assistência Financeira pode começar de diversas formas:

Por exemplo:


- Um paciente que é pagante notifica ao cobrador ou agência de cobrança que ele(a) não terá condições de pagar a fatura e solicita a assistência.
- Um paciente se apresenta na área clínica sem seguro e informa que ele(a) não tem condições de pagar as despesas médicas associadas com os serviços médicos atuais ou

	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	04-01-16
	Assunto	Página	3 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13


- anteriores.
- Um médico ou outro membro do corpo clínico encaminha um paciente para a avaliação de Assistência Financeira para serviços de internação ou de ambulatório.
2. Cada Clínica ou Unidade de Negócios designará uma pessoa ou pessoas que serão responsáveis por coletar os pedidos de Assistência Financeira. Esta equipe pode ser composta de Conselheiros Financeiros, Especialistas em Cobrança, equipe Administrativa, Serviço ao Cliente, etc.
  3. A equipe designada deve atender os pacientes que solicitam Assistência Financeira e determinar se eles satisfazem, ao menos preliminarmente, os critérios para o benefício.
    - a. Todos os pedidos de hospitais serão processados em um prazo de 2 (dois) dias úteis e, uma determinação será feita conforme a provável elegibilidade. Para facilitar esse processo, cada solicitante deve fornecer informações sobre o tamanho da família e a renda familiar, assim como definido na regulamentação do Medicaid. Para ajudar os solicitantes a completar o processo, uma declaração de aprovação condicional será fornecida e irá listar a documentação necessária para uma determinação de elegibilidade final.
    - b. Os pedidos recebidos serão enviados ao Serviço Financeiro para o Paciente da JHHS para revisão; uma determinação por escrito da provável elegibilidade será entregue ao paciente.
    - c. Na HCGH, os pedidos completos com todas as documentações de apoio enviada ao hospital serão aprovadas via processo de assinatura de autoridade apropriado. Uma vez aprovado e assinado, os pedidos aprovados serão enviados ao Departamento de Serviços Financeiros para Paciente do JHHS para enviar para o paciente uma determinação escrita da elegibilidade.
  4. Para determinar a elegibilidade final, os seguintes critérios devem ser satisfeitos:
    - a. O paciente deve fazer o pedido para Assistência Médica ou cobertura do seguro por um Plano de Saúde Qualificado e cooperar completamente com a equipe de Assistência Médica, ou agente designado, a menos que o representante possa prontamente determinar que o paciente não se encaixa nos termos de elegibilidades exigidos. O Questionário de Perfil do Paciente (Anexo B) é utilizado para determinar se o paciente deve fazer o pedido de Assistência Médica. Nos casos onde o paciente já tenha sido beneficiado com a Assistência Médica para cobertura de medicamentos ou para cobertura QMB (Beneficiário Qualificado para Medicare), não será necessário solicitar novamente a Assistência Médica, a menos que o representante financeiro tenha algum motivo para acreditar que o paciente deve ser beneficiado com todos os benefícios da Assistência Médica.
    - b. Todos os benefícios de seguro devem ser esgotados.
  5. Para estender o possível, não haverá processo de pedido para todos os hospitais de Maryland de JHHS. É necessário que o paciente forneça os seguintes:
    - a. O Pedido de Assistência Financeira (Anexo A) e Questionário de Perfil do Paciente (Anexo B) completos.
    - b. Uma cópia recente do comprovante de Imposto de Renda (se for casado e declarado separadamente, então, também uma cópia do comprovante de imposto de renda do cônjuge, e uma cópia do comprovante de imposto de renda de qualquer outra pessoa no qual a renda seja considerada como parte da renda familiar, conforme definido nas regulamentações do Medicaid).

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b></p>	<p>Número da Política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Assunto</i></p>	<p>Data Efetivação</p>	<p>04-01-16</p>
	<p>ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</p>	<p>Página</p>	<p>4 de 20</p>
		<p>Substitui</p>	<p>23-10-13</p>

- c. Uma cópia das 3 (três) últimas folhas de pagamento (se estiver empregado) ou outra comprovação de renda de qualquer pessoa no qual a renda faça parte da renda familiar, conforme definido nas regulamentações do Medicaid.
  - d. Uma Notificação da Determinação da Assistência Médica (se aplicável).
  - e. Comprovante de renda por invalidez (se aplicável).
  - f. Prova razoável de outras despesas declaradas.
  - g. Os cidadãos não Americanos devem completar o Pedido de Assistência Financeira (Anexo A). Além disso, o Conselheiro Financeiro deve contatar o Consulado Americano no país de residência do paciente. O Consulado Americano deverá estar em posição de fornecer as informações sobre o patrimônio líquido do paciente. Contudo, o nível de detalhes de apoio do poder aquisitivo do paciente irá variar de país para país. Após obter as informações do Consulado Americano, o Conselheiro Financeiro deve se encontrar com o Diretor, Diretor de Seguros e/ou CFO para determinar se é necessário alguma informação adicional.
  - h. Se desempregado, fornecer prova razoável de desemprego, tal como o comunicado do Seguro Desemprego, uma confirmação da atual fonte de renda, etc....
6. Um paciente pode se qualificar para a Assistência Financeira ou por falta ou insuficiência de seguro ou Despesa Médica Excessiva. Despesas fora do orçamento não incluem co-pagamentos, cosseguro e franquias, a menos que o paciente tenha contratado um seguro através de um Plano de Saúde Qualificado e que atende as exigências de elegibilidade. Uma vez que o paciente tenha enviado todas as informações necessárias, o Conselheiro Financeiro revisará e analisará o pedido e encaminhará para o Departamento de Serviços Financeiros para Paciente para determinar a elegibilidade final com base nas orientações JHMI. Na HCGH, o Conselheiro Financeiro enviará ao Diretor de Seguros para revisar e finalizar a elegibilidade conforme as orientações JHMI.
- a. Se o pedido for negado, o paciente tem o direito de solicitar a reconsideração do pedido. O Conselheiro Financeiro enviará o pedido e os anexos ao CFO (HCGH) ou Diretor PFS e CFO (SH) para serem reconsiderados e para a avaliação final e decisão.
  - b. Se o pedido do paciente para Assistência Financeira for com base no Débito Médico excessivo ou se houver circunstâncias atenuantes como identificado pelo Conselheiro Financeiro ou uma pessoa designada, o Conselheiro Financeiro enviará o pedido e os anexos para o Diretor de Seguros e CFO (HCGH) ou Diretor PFS e CFO (SH). Este comitê terá a autoridade de tomar a decisão para aprovar ou rejeitar os pedidos. Espera-se que um pedido para Assistência Financeira revisado pelo Diretor de Seguros e CFO (HCGH) ou Diretor PFS e CFO (SH) tenha uma determinação final em não mais de 30 dias após a completa reconsideração do pedido. O Diretor de Seguros e CFO (HCGH) ou Diretor PFS e CFO (SH) baseará sua determinação de necessidades financeiras sobre as orientações JHHS.
7. Cada departamento clínico tem a opção de designar um certo procedimento eletivo para o qual nenhuma opção de Assistência Financeira será dada.
8. Os serviços fornecidos aos pacientes registrados como Pagadores Voluntários não se qualificam para Assistência Financeira.
9. Um departamento operando os programas sob uma concessão ou outra autoridade governamental externa (ex.: Programa de Psiquiatria) pode continuar a usar um processo de inscrição patrocinada pelo governo e escala de renda associada.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b></p>	<p>Número da Política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Assunto</i></p>	<p>Data Efetivação</p>	<p>04-01-16</p>
	<p>ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</p>	<p>Página</p>	<p>5 de 20</p>
		<p>Substitui</p>	<p>23-10-13</p>

10. Uma vez que um paciente seja aprovado para a Assistência Médica por Dificuldades Financeiras, a cobertura dessa assistência será efetivada a partir do mês do primeiro serviço qualificado e pelos 6 (seis) meses seguintes. Se um paciente for aprovado para um percentual de desconto devido à dificuldade financeira, é recomendado que o paciente faça um pagamento de boa-fé no início do período da Assistência Financeira. Uma vez que a solicitação de um paciente que não esteja assegurado e no qual o nível de rendimento esteja de acordo com a Tabela de Renda da Assistência Médica por Dificuldade Financeira estabelecido Apêndice B, o JHHS deve fornecer um plano de pagamento ao paciente. Qualquer plano de pagamento desenvolvido através desta política não terá duração maior do que 2 (dois) anos. Em circunstâncias extraordinárias e com a aprovação de um gerente designado, um plano de pagamento pode ser estendido.
11. Elegibilidade Presumível para Assistência Financeira. Existem casos onde um paciente pode parecer elegível para a assistência financeira, mas, não existe formulário de assistência financeira no arquivo. Muitas vezes, existem informações adequadas fornecidas pelo paciente ou por outras fontes, o que poderia fornecer provas suficientes para o consentimento da assistência financeira. Em casos onde não há evidências para apoiar a elegibilidade do paciente para assistência financeira, a JHHS reserva o direito de usar agências externas para determinar o valor estimado da renda para a base de determinação da elegibilidade da assistência financeira e a redução das taxas de cuidado em potencial. Uma vez determinada, devido à natureza inerente de circunstâncias presumíveis, a única ajuda financeira que pode ser concedida é um abatimento de 100% do saldo devedor. A Elegibilidade Presumível para Assistência Financeira somente poderá cobrir a data específica do serviço do paciente e não será efetivo por um período de 6 (seis) meses. Elegibilidade presumível pode ser determinada com base nas circunstâncias individuais, que podem incluir: Salvo as disposições contrárias de elegibilidade para o Medicaid ou CHIP, os pacientes que são beneficiários/destinatários sujeitos a recursos dos programas de serviço social listado pela Comissão de Revisão de Custo de Serviços de Saúde (Health Services Cost Review Commission) no COMAR 10.37.10.26 A-2, são consideradas presumivelmente elegível para atendimento gratuito desde que o paciente apresente o comprovante de inscrição no prazo de 30 dias a contar da data do serviço. Esses 30 dias podem ser estendidos para 60, se o paciente ou representante do paciente solicitar um adicional de 30 dias. Apêndice A-1, fornece uma lista de circunstâncias de vida em adicional àquelas especificadas pelo regulamento listado abaixo, onde qualifica um paciente para a Elegibilidade Presumível.
12. As Solicitações de Assistência Financeira somente podem ser enviadas para/pelo paciente com contas hospitalares em aberto (não pagas).
13. Pacientes que indicarem que estão desempregados e não possuem qualquer cobertura de seguro deverão enviar uma Solicitação de Assistência Financeira (Anexo A), a menos que eles satisfaçam o critério de Elegibilidade Presumível para Assistência Financeira (ver Apêndice A-1). Se o paciente se qualificar para a cobertura do COBRA, a capacidade financeira do paciente em pagar os seguros premium COBRA deve ser revisada pelo Conselheiro Financeiro e as recomendações deverão ser feitas ao Diretor de Seguros e CFO (UCGH) ou ao Diretor de FPS e CFO (SH). Indivíduos com capacidade financeira de contratar um seguro saúde deverão ser encorajados a fazerem isso, como forma de assegurar o acesso aos serviços de cuidados à saúde e para a sua saúde pessoal em geral.
14. Pacientes que recebem a cobertura em um Plano de Saúde Qualificado e pedem auxílio para despesas fora do orçamento (co-pagamentos e franquias) para custos médicos resultantes de um cuidado médico necessário deverão enviar uma Solicitação de Assistência Financeira, se o paciente estiver na ou abaixo dos 200% da Guia Federal de Pobreza.
15. Se um paciente foi enviado para agência de cobrança, e o paciente ou fiador solicitar assistência financeira ou parece estar qualificado para a assistência financeira, a agência de cobrança deve notificar a PFS e encaminhar o paciente/fiador para uma solicitação de assistência financeira com a instrução de retornar com a solicitação completa ao PFS para revisar, determinar e colocar a conta em espera por 45

	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	<i>Número da Política</i>	FIN034H	
		<i>Data Efetivação</i>	04-01-16	
	<i>Assunto</i>	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	<i>Página</i>	6 de 20
			<i>Substitui</i>	23-10-13

dias, pendente de instruções adicionais do PFS.

16. A partir de 1º de outubro de 2010, se dentro de 2 (dois) anos após a data do serviço um paciente for considerado elegível para os cuidados médicos gratuitos na data do serviço (utilizando os padrões aplicáveis de elegibilidade na data do serviço), o paciente deve ser reembolsado dos valores recebidos, do paciente/fiador, excedentes a USD 25. Se a documentação hospitalar demonstrar falta de cooperação do paciente ou fiador em fornecer informações que determinam a elegibilidade para o cuidado médico gratuito, o período de 2 (dois) anos aqui pode ser reduzido para 30 dias a partir da data inicial do pedido de informações. Se o paciente estiver inscrito em um plano de cuidados médicos sujeito a recursos do governo que exija que o paciente pague os serviços hospitalares do seu bolso, então, o paciente ou fiador não deve ser reembolsado de qualquer valor, visto que essa ação resulta na perda da elegibilidade financeira para cobertura de saúde.
17. Essa política de Assistência Financeira não se aplica aos pacientes falecidos para o qual o atestador federado tem ou deve ser aberto devido aos ativos recebidos por um atestador federal. A Johns Hopkins arquivará a solicitação ao atestador federal e tais solicitações estarão sujeitas à administração e aplicável a Estado e Leis de Confiança.

## **REFERÊNCIA<sup>1</sup>**


### **Políticas Financeiras JHHS e Procedimentos Manuais**

Política nº FIN017 — Assinatura da Autoridade Emissora: Serviços Financeiros para Paciente  
Política nº FIN033 — Parcelamento

Cuidados de Caridade e Inadimplência (Charity Care and Bad Debts), Guia de Auditoria de Cuidados Médicos AICPA (AICPA Health Care Audit Guide)


Regulamentações do Código de Maryland (Code of Maryland Regulations) COMAR 10.37.10.26, et seq  
Código Geral de Saúde de Maryland (Maryland Code Health General) 19-214, et seq  
Guia Federal de Pobreza (Atualizado anualmente) no Registro Federal

<sup>1</sup> NOTA: Foram desenvolvidos alguns formulários padrão para solicitação de Assistência Financeira, Questionário de Perfil do Paciente e Assistência Médica por Dificuldade Financeira. Para informações sobre a ordem, por favor, entre em contato com o Departamento de Serviços Financeiros para Paciente. As cópias estão anexas a esta política conforme Anexos A, B e C.

	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	04-01-16
	<u>Assunto</u> ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Página	7 de 20
		Substitui	23-10-13

### RESPONSABILIDADES — HCGH, SH

Conselheiro Financeiro (Pré-Admissão/Admissão/Interno/Ambulatório/Coordenador de Admissão e Atendimento ao Cliente Qualquer representante Financeiro designado para aceitar as solicitações Assistência Financeira	Entender o critério atual para as qualificações de Assistência.
	Identificar o prospectivo paciente; iniciar o processo de solicitação quando exigido. Conforme necessário, auxiliar o paciente para completar a solicitação ou o formulário do programa específico.
Assim que receber a solicitação, enviar ao Departamento de Serviços Financeiros para Paciente para determinação da provável elegibilidade.	A revisão preliminar da solicitação (Anexo A), Questionário de Perfil do Paciente (Anexo B) e Solicitação de Assistência Médica por Dificuldade Financeira (Anexo C), se enviado, para possível determinação de elegibilidade. Dentro de dois dias úteis após o recebimento da solicitação, enviar por correio a determinação para o último endereço conhecido do paciente ou entregar ao paciente se o mesmo estiver internado. Fazer as observações na conta do paciente.
	Se a Solicitação para Assistência Financeira não for exigida, devido ao fato do paciente satisfazer os critérios, fazer as observações necessárias na conta do paciente e encaminhar ao Gerenciamento de Pessoal para revisão.
Revisar e garantir a finalização completa da solicitação.	Entregar a solicitação completa ao gerente apropriado.
Documentar todas as transações em todos os formulários de observação da conta do paciente.	Identificar os candidatos retroativos; iniciar o processo final da solicitação.
Gerenciamento de Pessoal (Supervisor/Gerente/Diretor)	Revisar a solicitação completa; monitorar essas contas para que nenhuma solicitação seja exigida; determinar a elegibilidade do paciente; comunicar por escrito a determinação final ao paciente no prazo de 30 dias úteis após o recebimento da solicitação. Se o paciente for elegível para a redução de custos de cuidados médicos, solicitar a redução das cobranças que forem mais favoráveis ao paciente.
	Orientar os pacientes não elegíveis sobre outras alternativas disponíveis, tais como: parcelamentos, empréstimos bancários ou a consideração do programa de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras se eles ainda não enviaram a solicitação suplementar, Anexo C. [Verificar o Apêndice B - Orientações sobre a Assistência Médica por Dificuldades Financeiras.]
	Nenhuma informação será enviada para o destinatário de Elegibilidade Presumível.

	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	<i>Número da Política</i>	FIN034H
		<i>Data Efetivação</i>	04-01-16
	<u>Assunto</u> <b>ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</b>	<i>Página</i>	8 de 20
		<i>Substitui</i>	23-10-13

Gerenciamento do Pessoal Financeiro (Diretor Sênior/Assistente do Tesouro ou afiliado equivalente)  
Diretor CP e Gerenciamento de Equipe

Revisar e aprovar as solicitações de Assistência Financeira e contas para o qual a solicitação não é exigida e no qual não seja eliminado automaticamente de acordo com a assinatura de autoridade emissora estabelecida na Política Financeira JHHS nº FIN017 - Assinatura de Autoridade Emissora: Serviços Financeiros para Paciente.

**PATROCINADOR**

CFO (HCGH, SH)  
Diretor de Seguros (HCGH)  
Diretor, PFS (SH)

**AVALIAÇÃO DO CICLO**


Dois (2) anos

**APROVAÇÃO**

\_\_\_\_\_  
Sr. VP de Finanças/do Tesouro & CFO para JHH e JHHS


\_\_\_\_\_  
Data



	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	04-01-16
	Assunto	Página	9 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13

**APÊNDICE A**  
**DIRETRIZES PARA ELEGIBILIDADE PARA O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**

1. Cada pedido do paciente ao programa de Assistência Financeira deve completar um JHM/Pedido de Assistência Financeira (também conhecido como Pedido de Assistência Financeira Padrão do Estado de Maryland (Maryland State Uniform Financial Assistance Application)), Anexo A, e o Questionário de Perfil do Paciente, Anexo B. Se o paciente desejar ser considerado para o pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras, Anexo C.
2. Um pedido preliminar estabelecendo o tamanho da família e a renda familiar (conforme definido pela regulamentação Medicaid) será aceito, e uma determinação de possível elegibilidade será feita dentro de dois dias úteis após o recebimento.
3. O paciente deve solicitar pela Assistência Médica e cooperar completamente com a equipe de Assistência Médica ou o agente designado, a menos que o representante financeiro possa prontamente determinar que o paciente não se encaixa nos termos de elegibilidades exigidos. O Questionário do Perfil do Paciente (ver Anexo B) foi desenvolvido para determinar se o paciente pode solicitar a Assistência Médica. Nos casos onde o paciente já tenha sido beneficiado com a Assistência Médica para cobertura de medicamentos ou para cobertura QMB (Beneficiário Qualificado para Medicare), não será necessário solicitar novamente a Assistência Médica, a menos que o representante financeiro tenha algum motivo para acreditar que o paciente deve ser beneficiado com todos os benefícios da Assistência Médica.
4. O comprovante de renda deve ser fornecido com o pedido final. Os comprovantes aceitáveis incluem:
  - (a) Comprovante do imposto de renda do ano anterior;
  - (b) Folha de pagamento atual;
  - (c) Uma carta fornecida pelo empregador ou se estiver desempregado, a documentação que comprove o status de desempregado; e
  - (d) Um relatório do departamento de crédito obtido pelos afiliados JHM e/ou no Departamento de Serviços Financeiros para Paciente.
  - (e) Para não cidadãos americanos, o Conselho Financeiro entrará em contato com o Consulado Americano no país de residência do paciente. O Consulado Americano deverá estar em posição de fornecer as informações sobre o patrimônio líquido do paciente. Contudo, o nível de detalhes de apoio do poder aquisitivo do paciente irá variar de país para país. Após obter a informação do Consulado Americano, o Conselheiro Financeiro deve se encontrar com o Diretor, Diretor de Seguros e/ou CFO para determinar se alguma informação adicional é necessária.
5. Os pacientes serão elegíveis para a Assistência Financeira se a sua renda familiar (marido e esposa, casais homoafetivos) máxima (conforme definido pelas regulamentações Medicaid) não excede os níveis padrões de cada afiliado (relatado no guia Federal de pobreza) e eles não ganhem um ativo líquido que exceda USD 10.000, que estaria disponível para satisfazer suas taxas de afiliação ao JHHS.
6. Todos os recursos financeiros devem ser usados antes que a Assistência Financeira possa ser aplicada. Isso inclui seguro, Assistência Médica e todos os outros programas de benefício para qual o paciente possa se qualificar. Se estiver claro que o não cidadão Americano não será elegível para a Assistência Médica, não será necessário nenhum Aviso da Determinação da Assistência Médica.
7. Os pacientes que se voluntariarem em pagar seus débitos não se qualificam para a Assistência Financeira para o montante devido sobre qualquer conta registrada como Pagamento Voluntário.

	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	04-01-16
	Assunto	Página	10 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13


8. A Assistência Financeira não é aplicável para serviços não essenciais, tais como: cirurgias estéticas, itens de conveniência e acomodação em quarto privado quando não solicitado pelo médico. Cobranças não hospitalares continuarão sob responsabilidade do paciente. Caso haja alguma dúvida se uma admissão é uma "admissão elegível" ou uma "admissão medicamente necessária", o médico do paciente admitido deverá ser consultado e o caso também deverá ser direcionado para o assessor médico designado pelo hospital.
9. Cada afiliado determinará a elegibilidade final para a Assistência Financeira em no máximo 30 (trinta) dias úteis a partir do dia em que o pedido estiver satisfatoriamente completo e enviado. O Conselho Financeiro emitirá a determinação da elegibilidade final.
10. A documentação da determinação da elegibilidade final será feita sobre todas as contas do paciente (saldos em aberto). Um aviso da determinação será enviado ao paciente.
11. A determinação de elegibilidade para Assistência Financeira com base no envio de um Pedido de Assistência Financeira (Anexo A) continuará válida por um período de 6 (seis) meses para todos os serviços fornecidos pelos afiliados JHM, com base na data da carta determinação. Não será exigido uma nova solicitação de Assistência Financeira por outro afiliado para os pacientes que já estejam recebendo Assistência Financeira de um dos afiliados JHM.
12. Todas as determinações de elegibilidade para Assistência Financeira será a única determinação do afiliado JHHS.

#### Exceções

O Vice-presidente, Financeiro/CFO podem fazer exceções de acordo com as circunstâncias individuais.

#### TABELA DE GRATUIDADE OU REDUÇÃO DE CUSTO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DE CUIDADOS MÉDICOS

<b>TABELA PARA DETERMINAÇÃO DO SUBSÍDIO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</b>  <b>Efetivo em 2/1/15</b>						
Nº de Pessoas na Família	Nível da Renda*	Limites Superiores à Variação da Renda para Provisão				
1	<b>USD 23.540</b>	USD 25.894	USD 28.248	USD 30,602	USD 32.956	USD 35.310
2	<b>USD 31.860</b>	USD 35.046	USD 38.232	USD 41,418	USD 44.604	USD 47.790
3	<b>USD 40.180</b>	USD 44.198	USD 48.216	USD 52,234	USD 56.252	USD 60.270
4	<b>USD 48.500</b>	USD 53.350	USD 58.200	USD 63,050	USD 67.900	USD 72.750
5	<b>USD 56.820</b>	USD 62.502	USD 68.184	USD 73,866	USD 79.548	USD 85.230
6	<b>USD 65.140</b>	USD 71.654	USD 78.168	USD 84,682	USD 91.196	USD 97.710
7	<b>USD 73.460</b>	USD 80.806	USD 88.152	USD 95,498	USD102.844	USD110.190
8*	<b>USD 81.780</b>	USD 89.958	USD 98.136	USD106,314	USD114.492	USD122.670
**qtd. por cada membro	USD 8.120	USD 8.932	USD 9.744	USD10.556	USD 11.368	USD 12.180
Auxílio a Dar:	100%	80%	60%	40%	30%	20%

	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	04-01-16
	Assunto	Página	11 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13

\*200% do Guia de Pobreza

\*\*Para unidades familiares com mais de oito (8) membros


EXEMPLO:	Renda Familiar Anual	USD 54.000
	Nº de Membros da Família	4
	Nível da Receita de Pobreza Aplicável	USD 47.700
	Limites Superiores da Receita para Variação da Provisão	USD 57.240 (60% variação)
	(USD 54.000 é menor do que o valor limite da receita, portanto, o paciente é elegível para a Assistência Financeira.)	

## Apêndice A-1

### Elegibilidade Presumível para Assistência Financeira


Existem casos onde um paciente pode parecer elegível para a assistência financeira, mas, não existe formulário de assistência financeira no arquivo. Muitas vezes existe informação adequada fornecida pelo paciente ou por outras fontes, o que poderia fornecer provas suficientes para o consentimento da assistência financeira. Em casos onde não há evidências para apoiar a elegibilidade do paciente para assistência financeira, a JHHS reserva o direito de usar agências externas para determinar o valor estimado da receita para a base de determinação da elegibilidade da assistência financeira e a redução das taxas de cuidado em potencial. Uma vez determinada, devido à natureza inerente de circunstâncias presumíveis, a única ajuda financeira que pode ser concedida é um abatimento de 100% do saldo devedor. A Elegibilidade Presumível para Assistência Financeira somente poderá cobrir a data específica do serviço do paciente e não será efetivo por um período de 6 (seis) meses. Elegibilidade presumível pode ser determinada com base nas circunstâncias individuais, que podem incluir:

- Cobertura de farmácia da Assistência Médica Ativa;
- Cobertura QMB/Cobertura SLMB;
- Sem-teto;
- Assistência Médica e pacientes de Cuidado Controlado Medicaid para serviços fornecidos na Emergência, além da cobertura desses programas;
- Pacientes com Petição para a Emergência do Sistema Público de Saúde de Maryland (Maryland Public Health System Emergency Petition patients)
- Inscritos ativos do Centro de Saúde Chase Brexton (Chase Brexton Health Center) (Ver Apêndice C) (aplicável para pacientes HCGH)
- Participações em Programas de Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança (WIC) \*
- Programa de Assistência Suplementar a Nutricional (SNAP) ou a elegibilidade para o cupom de alimentação (Food Stamps é um programa de auxílio para compra de comida, como se fosse o “bolsa família”) \*
- Famílias com crianças em programa de almoço livre ou reduzido \*
- Famílias de baixa renda com participação no programa de assistência à energia \*
- Elegibilidade para outro estado ou programas de assistência local no qual tem elegibilidade financeira em ou abaixo de 200% de FPL
- Pacientes encaminhados para o Hospital Suburban (Suburban Hospital) pelas organizações parceiras do Suburban (Veja o Apêndice E)
- Paciente que faleceu sem propriedade conhecida
- Departamento de Saúde MOMs (Health Medicaid Obstetrical and Maternal Services - Saúde Obstétrica Medicaid e Serviços Maternais) — Para as consultas não emergentes ambulatoriais, não cobertas pela assistência médica
- Pacientes que estão determinados a satisfazer os critérios de elegibilidade estabelecido sob o antigo Programa de Assistência Médica Somente do Estado

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b></p>	<p><i>Número da Política</i></p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Assunto</i></p>	<p><i>Data Efetivação</i></p>	<p>04-01-16</p>
	<p>ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</p>	<p><i>Página</i></p>	<p>12 de 20</p>
		<p><i>Substitui</i></p>	<p>23-10-13</p>

- Pacientes vindos do SRT que não cumpriram os critérios de deficiência, mas que preenchem os requisitos financeiros para Assistência Médica

\*Essas circunstâncias de vida estão estabelecidas no COMAR 10.37.10.26 A-2. O paciente precisa enviar o comprovante de inscrição nesses programas no prazo de 30 dias do tratamento, a menos que, o paciente solicite um adicional de 30 dias.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b></p>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	01-04-16
	Assunto	Página	13 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13

## APÊNDICE B ORIENTAÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA MÉDICA POR DIFICULDADES FINANCEIRAS

### Propósito

Essas orientações são fornecidas separadamente, determinação suplementar da Assistência Financeira. Esta determinação será oferecida a todos os pacientes que solicitam a Assistência Financeira.

Assistência Médica por Dificuldades Financeiras está disponível para os pacientes que não estão elegíveis para a Assistência Financeira, sob a seção primária desta política, mas para os quais:

- 1.) O Débito Médico incorrido período dos últimos 12 (doze) meses exceda 25% da Renda da Família, criando assim Dificuldades Financeiras para Assistência Médica; e
- 2.) que cumprem os padrões de renda para que esse nível de assistência seja atendido.

Para aqueles pacientes que são elegíveis para reduzir custo do cuidado médico sob os critérios da Assistência Financeira e também se qualifica sob as Orientações sobre a Assistência Médica por Dificuldades Financeiras, o JHHS aplicará o desconto nas cobranças que forem mais favoráveis ao paciente.

A Dificuldade Financeira para Assistência Médica é definida como Débito Médico para tratamento médico necessário incidido por uma família no período dos últimos 12 (doze) meses e que exceda 25% da renda familiar.


O débito médico é definido como despesas para custos médicos, Cuidados Médicos Necessários pagos pelo paciente e faturado pelo hospital Hopkins para o qual o pedido é feito, as despesas mencionadas acima não incluem co-pagamentos, cosseguros e franquias, a menos que o paciente esteja abaixo dos 200% dos Guias Federais de Pobreza.

O paciente/fiador pode solicitar que tal determinação seja feita pelo envio de um Pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras (Anexo C), quando enviado o JHM/Solicitação De Assistência Financeira, também conhecido como Pedido de Assistência Financeira Padrão do Estado de Maryland (Maryland State Uniform Financial Assistance Application) (Anexo A) e o Questionário de Perfil do Paciente (Anexo B). O fiador do paciente também deve enviar a documentação financeira da renda familiar dos últimos 12 (doze) meses anterior à data do pedido e documentação que evidencia o Débito Médico de no mínimo 25% da renda familiar.

Uma vez que um paciente é aprovado para a Assistência Médica por Dificuldades Financeiras, a cobertura dessa assistência será efetivada a partir do mês do primeiro serviço qualificado e os 12 (doze) meses seguintes. Deve cobrir todos os membros da Família Imediata do paciente e que residam na mesma casa. O paciente e os membros da Família Imediata permanecerão elegíveis para o custo reduzido dos Cuidados Médicos Necessários quando buscando cuidado subsequente no mesmo hospital por 12 (doze) meses, iniciando na data no qual a redução de custo para Cuidados Médicos Necessários seja recebida. A cobertura não será aplicada para Admissões Eletivas ou procedimentos estéticos. Contudo, o paciente ou os membros da família imediata que reside na mesma casa devem notificar o hospital de sua elegibilidade para a redução dos custos dos Cuidados Médicos Necessários no registro ou na admissão hospitalar.

### Condições Gerais para o Pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras:

1. A renda do paciente está abaixo de 500% do Nível Federal de Pobreza.
2. O paciente já esgotou todas as coberturas de seguro.
3. O saldo da conta do paciente que se registrar como pagante não será contado diante do Débito Médico para a Assistência Médica por Dificuldades Financeiras.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b></p>	Número da Política	FIN034H	
		Data Efetivação	01-04-16	
	<i>Assunto</i>		Página	14 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA		Substitui	23-10-13

4. Paciente/fiador não possui Ativos Líquidos que excedam USD 10.000 que estaria disponível para satisfazer as faturas dos seus afiliados JHHS.
5. O paciente não é elegível para qualquer dos seguintes:
  - Assistência Médica
  - Outras formas de assistência disponível nos afiliados JHM
6. O paciente não é elegível para o Programa JHM de Assistência Financeira ou é elegível, mas, o Programa de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras pode ser mais favorável para o paciente.
7. O afiliado tem o direito de exigir do paciente o arquivo atualizado da documentação de apoio.
8. O período máximo permitido para pagamento do valor não coberto pela Assistência Financeira é de 3 (três) anos.
9. Se um paciente federalmente qualificado Medicaid necessitar de um tratamento que não está aprovado pelo Medicaid, mas pode ser elegível para a cobertura do programa de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras, ainda precisará preencher e enviar o Pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras, contudo, não será necessário enviar a documentação de apoio novamente.

#### Fatores à Considerar

Os seguintes fatores serão considerados na avaliação de um Pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras:


- Débito Médico incorrido nos últimos 12 (doze) meses precedendo a data do Pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras no local de tratamento JHHS, onde o pedido foi feito.
- Ativos Líquidos (deixando um resíduo de USD 10.000)
- Renda Familiar por 12 (doze) meses precedendo a data do Pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras
- Documentação de Apoio

#### Exceções

O Vice-presidente, Financeiro/CFO ou alguém designado pode fazer exceções de acordo com as circunstâncias individuais.

#### Métodos de Avaliação e Processo

1. O Conselheiro Financeiro irá revisar o Pedido de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras e os documentos de apoio enviados pelo paciente/parte responsável.
2. O Conselheiro Financeiro, então, completará o Formulário de Assistência Médica por Dificuldades Financeiras (encontrado no final do pedido) para determinar a elegibilidade para consideração especial sob este programa. Para a notificação e aprovação do processo será utilizado o mesmo procedimento descrito nesta política, na seção Programa de Assistência Financeira.


 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b></p>	<p>Número da Política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Assunto</i></p>	<p>Data Efetivação</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</p>	<p>Página</p>	<p>15 de 20</p>
		<p>Substitui</p>	<p>23-10-13</p>

### TABELA MÉDICA DE DIFICULDADES FINANCEIRAS

Limites Superiores da Renda Familiar para Variação da Provisão

<p><b>TABELA PARA DETERMINAÇÃO DO SUBSÍDIO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA</b></p> <p>—————</p> <p><b>Efetivo em 2/1/15</b></p>			
Nº de Pessoas na Família	Nível da Renda**		
Nº de Pessoas na Família	300% de FPL	400% de FPL	500% de FPL
1	<b>USD 35.310</b>	USD 47.080	USD 58.850
2	<b>USD 47.790</b>	USD 63.720	USD 79.650
3	<b>USD 60.270</b>	USD 80.360	USD 100.450
4	<b>USD 72.750</b>	USD 97.000	USD 121.250
5	<b>USD 85.230</b>	USD 113.640	USD 142.050
6	<b>USD 97.710</b>	USD 130.280	USD 162.850
7	<b>USD 110.190</b>	USD 146.920	USD 183.650
8*	<b>USD 122.670</b>	USD 163.560	USD 204.450
Auxílio a dar:	50%	35%	20%

\*Para unidades familiares com mais de 8 membros, adicionar USD 12.480 para cada pessoa adicional em 300% em FPL, USD 16.640 em 400% em FPL; e USD 20.800 em 500% em FPL.

	<b>Johns Hopkins Health System Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	01-04-16
	Assunto	Página	16 de 20
	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Substitui	23-10-13

**APÊNDICE C (somente HCGH)  
ASSISTÊNCIA FINANCEIRA PARA PACIENTES DO CHASE BREXTON**

Propósito

Indústria de Serviços de Saúde Chase Brexton (Chase Brexton Health Services, Inc.) é uma empresa sem fins lucrativos, uma organização comunitária que fornece uma grande gama de serviços médicos, psicológicos e sociais em base imparcial na cidade de Baltimore, no Condado de Baltimore e no Condado de Howard. A Chase Brexton oferece serviços para todos, independente de suas habilidades de pagamento. A Chase Brexton cuida daqueles que não são assegurados ou segurados, aqueles com Medicare ou Medicaid e aqueles com seguros comerciais. A Chase Brexton tem seus Gerentes de Casos que trabalham com os pacientes para determinar a elegibilidade para cuidados em uma taxa mínima de cobrança e/ou programas apropriados e direitos disponíveis para as pessoas com recursos limitados.

Este procedimento é para registro nos locais do Hospital Geral do Condado de Howard (Howard County General Hospital), verificação e agendamento e para Serviços Financeiros para Paciente. Isso delinea o tratamento dos pacientes que estejam qualificados para os Serviços de Saúde de Chase Brexton (Chase Brexton Health Services). É a política do HCGH para aceitar pacientes previamente resguardados pelo Chase Brexton para assistência financeira. Os pacientes não terão que solicitar por assistência, mas precisarão notificar o HCGH sobre a sua participação neste programa.

Casos de Internação/Ambulatório


Todos os pacientes internados do Chase Brexton são resguardados pelo Conselheiro Financeiro do Hospital Geral do Condado de Howard (Howard County General Hospital) para possível assistência médica. As nomeações serão feitas por um assistente social de assistência médica interno do Hospital Geral do Condado de Howard (County General Hospital) para analisar o processo de candidatura. Se a assistência médica for recebida, o pedido é faturado à Assistência Médica para pagamento. Se o paciente não for elegível para a assistência financeira, o plano de seguro de FAR.PENDIN, FARB20, FARN40, FARN50, FARN70, FARN80 e FAR100 é assinado para o caso e o pedido será automaticamente excluído da assistência financeira/código de assistência de cuidado de caridade quando a fatura final for lançada. O código de seguro assinado é baseado no nível de cuidado de caridade que o paciente se qualifica.

<b>Seguro listado conforme:</b>	<b>Cuidado de Caridade</b>	<b>para o Paciente pagar:</b>
FAR.PENDIN	Pendente de Verificação	
FARB20	20% de cobranças	80% de cobranças
FARN40	40% de cobranças	60% cobranças
FARN50	50% de cobranças	50% de cobranças
FARN70	70% de cobranças	30% cobranças
FARN80	80% cobranças	20% cobranças
FAR100	100% cobranças	0% cobranças


**PROCEDIMENTO**

- Quando um paciente se apresentar para o serviço no HCGH e declarar que eles estão associados com o centro médico Chase Brexton, a equipe de registro irá inserir o código do seguro do FAR.PENDIN no Meditech, caso o paciente não tenha se consultado nos últimos 6 meses. Se o paciente estiver no sistema com uma data de serviço dentro dos últimos 6 meses e o paciente já é identificado como um paciente Chase Brexton e já recebe um certo nível de caridade, o registrador pode permitir o código de segurança de (FARB20, FARN40, etc.) para ser continuado.
- O Conselheiro Financeiro Sr. recebe um relatório diário com todos os pacientes registrados com o código FAR.



 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>Johns Hopkins Health System</b> <b>Política e Procedimento</b>	<i>Número da Política</i>	FIN034H	
		<i>Data Efetivação</i>	01-04-16	
	<i>Assunto</i>	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	<i>Página</i>	17 de 20
			<i>Substitui</i>	23-10-13

3. O Conselheiro Financeiro Sr. irá revisar todos os pacientes no relatório diário para validar que eles estão ativos no centro médico Chase Brexton e qual o nível de cuidados de caridade eles se qualificam.
4. O Conselheiro Financeiro Sr. é responsável pela atualização do código de seguro que reflete o nível de cuidados de caridade apropriado e coleta o balanço do paciente (se houver).
5. O Conselheiro Financeiro Sr. é responsável por inserir um formulário e inserir os dados no Meditech que o paciente está elegível para receber este nível de cuidados de caridade.
6. O Conselheiro Financeiro Sr. é responsável por identificar os erros de registro e informá-los ao Gerenciamento de Admissões para ações corretivas. Essas contas serão alteradas para auto pagamento ou outro seguro conforme apropriado.

	<b>Johns Hopkins Health System Política e Procedimento</b>	Número da Política	FIN034H
		Data Efetivação	01-04-16
	<u>Assunto</u> ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Página	18 de 20
		Substitui	23-10-13

**APÊNDICE D (Somente para o Hospital Suburban (Suburban Hospital))  
ASSISTÊNCIA FINANCEIRA PARA O CONDADO DE MONTGOMERY E PROGRAMAS LOCAIS PARA  
PACIENTES DE BAIXA RENDA E SEM SEGURO**

Propósito

O Hospital Suburban (Suburban Hospital) tem parceria com vários médicos do Condado de Montgomery e programas locais que oferecem serviços de cuidados primários e/ou conexão a especialidade local e cuidados de base hospitalar. Com base nos acordos com esses programas parceiros, o Hospital Suburban (Suburban Hospital) fornecesse acesso à internamento e assistência ambulatorial aos pacientes que, de outra forma, não teria acesso ou condições de pagar a assistência médica necessária.

Política

O Hospital Suburban (Suburban Hospital) pode aceitar referências de caridade para tratamento médico necessário dos seguintes provedores: Caridades Católicas (Catholic Charities), Mobile Med, Inc., Cruzada contra o Câncer do Condado de Montgomery (Montgomery County Cancer Crusade), Coalizão dos Primeiros Cuidados (Primary Care Coalition), Projeto Acesso (Project Access) e Projeto Saúde (Proyecto Salud). O cuidado é fornecido aos pacientes que satisfaçam as exigências de elegibilidade para um dos programas locais acima citados.

Os pacientes devem fornecer a referência gerada pelo programa para cuidado médico como comprovante de inscrição em um dos programas acima para qualificar-se para a aprovação presumível para o cuidado médico 100% gratuito. O Hospital Suburban (Suburban Hospital) deve basear a sua aceitação para tais referências sobre o registro do paciente em tal programa utilizando sua base de receita como exigência para a elegibilidade no qual esses programas designados estejam no ou abaixo do máximo de 250% do guia federal de pobreza.

Procedimento

1. Quando um paciente estiver agendado e/ou presente para o serviço no SH, o paciente deve fornecer uma referência de um dos programas acima como comprovação de inscrição.
2. Uma vez que a referência seja recebida, o Agendador ou Registrador solicitará a conta de um mnemônico de segurança designada para o programa parceiro referido.
3. Se o paciente não receber nenhum formulário de referência, a conta será registrada como auto pagamento. O paciente terá 30 dias para produzir uma referência ou comprovante de inscrição em um dos programas parceiros. Um adicional de 30 dias será concedido uma vez que o paciente solicitar.
4. Um Conselheiro Financeiro e/ou Registrador verificará o momento da elegibilidade ao Sistema EVS Maryland (Maryland EVS System) para verificar o registro no Maryland Medicaid. Se registrado, o Medicaid prevalecerá e a aprovação do cuidado médico presumível gratuito não será aplicado.
5. Cada conta de hospital com um seguro mnemônico designado para um dos programas parceiros estará sujeita à revisão final para a existência de um programa de referência prévio ao registro do programa dirigido à caridade. A aprovação presumível para cuidados médicos 100% gratuitos aplica-se a um tratamento de saúde único (conta).

Anexo A

Pedido de Assistência Financeira Padrão do Estado de Maryland

Informação sobre você:

Nome \_\_\_\_\_  
*Primeiro nome      Sobrenome*

Nº do Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Separado(a)

Cidadão Americano: Sim Não      Residente Permanente: Sim Não

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Cidade      Estado      CEP      País*

Nome do Empregador: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço de Trabalho: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Cidade      Estado      CEP*

Membros da mesma casa:

\_\_\_\_\_  
*Nome      Idade      Relação*

\_\_\_\_\_  
*Nome      Idade      Relação*

\_\_\_\_\_  
*Nome      Idade      Relação*

\_\_\_\_\_  
*Nome      Idade      Relação*

\_\_\_\_\_  
*Nome      Idade      Relação*

\_\_\_\_\_  
*Nome      Idade      Relação*

\_\_\_\_\_  
*Nome      Idade      Relação*

Já solicitou Assistência Médica: Sim Não

Se sim, qual a data do pedido? \_\_\_\_\_

Se sim, qual foi a determinação? \_\_\_\_\_

Você recebeu algum auxílio do Estado ou do País? Sim Não

## Anexo A

### I. Renda Familiar:

Liste o valor da sua renda familiar mensal de todos os recursos. Talvez você terá que apresentar comprovação dessas rendas, ativos e despesas. Se você não tiver renda, por favor, forneça uma carta da pessoa que apoia a sua casa e alimentação.

	Valor mensal
Emprego	_____
Aposentadoria/pensão	_____
Benefício do Seguro Social	_____
Benefícios de Assistência Pública	_____
Benefícios por doença (auxílio doença)	_____
Benefício por desemprego (seguro desemprego)	_____
Benefícios de veteranos	_____
Pensão alimentícia	_____
Renda por aluguel de propriedades	_____
Benefícios de greve	_____
Atribuição militar	_____
Fazenda ou renda de autônomo	_____
Outra fonte de renda	_____
<b>Total</b>	_____

### II. Ativos Líquidos

	Balanco Atual
Conta Corrente	_____
Conta Poupança	_____
Estoques, títulos, CD ou mercado moetário	_____
Outras contas	_____
<b>Total</b>	_____

### III. Outros Ativos

Casa	Balanco do empréstimo _____	Valor Aproximado _____
Carro	Fabricação _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Veículo Adicional	Fabricação _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Veículo Adicional	Fabricação _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
<b>Total</b>		_____

### IV. Despesas Mensais

	Valor mensal
Aluguel ou Hipoteca	_____
Utilidades	_____
Gasto(s) com o(s) carro(s)	_____
Cartão(ões) de crédito	_____
Seguro do carro	_____
Seguro Saúde	_____
Outras despesas médicas	_____
Outras despesas	_____
<b>Total</b>	_____

Você tem alguma despesa médica não paga? Sim Não

Por qual serviço? \_\_\_\_\_

Se você fez algum parcelamento, qual o valor da parcela? \_\_\_\_\_

Se você solicitar que o hospital estenda a assistência médica adicional, o hospital pode solicitar informações adicionais para a determinação suplementar. Assinando este formulário, você atesta que as informações fornecidas são reais e concorda em notificar o hospital de qualquer mudança com relação à informação fornecida dentro de dez após a mudança.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Parentesco com o Paciente

## Anexo B

### SERVIÇO FINANCEIRO PARA O PACIENTE QUESTIONÁRIO DE PERFIL DO PACIENTE

NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(Incluindo CEP)

REGISTRO MÉDICO Nº: \_\_\_\_\_

1. Qual é a idade do paciente? \_\_\_\_\_
2. O paciente é cidadão Americano ou residente permanente? Sim ou Não
3. A paciente está grávida? Sim ou Não
4. O paciente tem filhos menores de 21 anos morando em casa? Sim ou Não
5. O paciente é cego ou está no auxílio-doença, incapaz por 12 meses ou mais de um emprego remunerado? Sim ou Não
6. O paciente está recebendo o benefício SSI (auxílio de complementação de renda para quem tem filhos com deficiência) ou SSDI (equivalente ao auxílio-doença)? Sim ou Não
7. O paciente (e, se casado, o(a) cônjuge) tem um total nas contas bancárias ou de ativos convertíveis para dinheiro que não exceda o seguintes valores? Sim ou Não

#### **Tamanho da Família**

Individual: USD 2.500,00

Duas pessoas: USD 3.000,00

Para cada membro adicional da família, adicionar USD 100,00

(Exemplo: Para uma família de quatro pessoas, se você tem um total de renda líquida de menos de USD 3.200,00, sua resposta seria SIM.)

8. O paciente é um residente do Estado de Maryland?  
Se não for residente do Estado de Maryland, em qual Estado o paciente reside? \_\_\_\_\_ Sim ou Não
9. O é um paciente sem-teto? Sim ou Não
10. O paciente participa do WIC? Sim ou Não
11. O paciente recebe cupom de alimentação (Food Stamps é um programa de auxílio para compra de comida, como se fosse o "bolsa família)? Sim ou Não
12. Atualmente, o paciente tem:  
Somente Assistência Médica de Farmácia Sim ou Não  
Cobertura QMB/Cobertura SLMB Sim ou Não  
Cobertura PAC Sim ou Não
13. O paciente está empregado? Sim ou Não  
Se não, desde quando (qual a data). \_\_\_\_\_  
Elegível para a cobertura do seguro saúde COBRA? Sim ou Não

Anexo C

**PEDIDO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR DIFICULDADES  
FINANCEIRAS**

NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(Incluindo CEP)

REGISTRO MÉDICO #: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Renda Familiar por 12 (doze) meses anterior à data deste pedido: \_\_\_\_\_

Débitos Médicos incorridos no Hospital Johns Hopkins (Johns Hopkins Hospital) (não incluindo cosseguro, co-pagamento ou franquias) nos 12 (doze) meses anterior à data desta aplicação:

Data do serviço	Valor devido
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Toda a documentação enviada torna-se parte deste pedido

Todas as informações enviadas no pedido são verdadeiras e corretas ao melhor do meu conhecimento, informação e fé.

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

\_\_\_\_\_  
Relação com o Paciente

---

Para uso interno: Revisado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_ 25% da renda= \_\_\_\_\_

Débito Médico: \_\_\_\_\_ Percentual da Provisão: \_\_\_\_\_

Abatimento: \_\_\_\_\_

Saldo Devedor: \_\_\_\_\_

Valor do Pagto Mensal: \_\_\_\_\_ Qtdade. de Parcelas do Plano: \_\_\_\_\_ mês (meses)