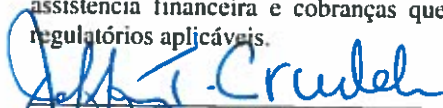




Nome da política: Política de Assistência Financeira/Cobrança
A partir de 1º de janeiro de 2018
Área Política: Ciclo de receitas
Última revisão: 1º de janeiro de 2018

Condição: Aprovado
Data de revisão: 1º de janeiro de 2019
Data de expiração: N/A

Declaração de Política: O Programa de Assistência Financeira deve ser emitido de forma consistente e adequada em toda a Allegheny Health Network (AHN). Foram estabelecidos processos para assegurar uma administração eficaz e eficiente de assistência financeira e cobranças que se alinham com o ambiente de controle interno desenvolvido da AHN, e requisitos regulatórios aplicáveis.


Assinatura/Data
Diretor financeiro


Assinatura/Data
Diretor do Ciclo de Receitas

I. Objeto

O objetivo dessa política é definir os critérios de elegibilidade de renda, o tipo de assistência financeira e os serviços incluídos e excluídos de acordo com essa política. A política estabelece o procedimento pelo qual um paciente deve solicitar assistência financeira, por vezes referida como atendimento beneficente.

A caridade não é considerada um substituto da responsabilidade pessoal. Os pacientes devem cooperar com os procedimentos da Allegheny Health Network para obter benefícios ou outras formas de pagamento ou assistência financeira, e para contribuir com o custo de seus cuidados com base em sua capacidade individual de pagamento. Indivíduos com capacidade financeira para adquirir seguro de saúde devem ser encorajados a fazê-lo, como forma de assegurar o acesso aos serviços de saúde, para sua saúde pessoal geral e para a proteção de seus bens ativos individuais.

II. Política

Os hospitais e médicos da Allegheny Health Network estão empenhados em melhorar a saúde dos nossos pacientes e dos cidadãos do oeste da Pensilvânia. Requisitos adicionais e separados para a área de serviço de Westfield, NY são estabelecidos no Anexo E. É política da Allegheny Health Network oferecer assistência médica a todos os pacientes, incluindo aqueles que podem ter dificuldade em pagar pelos serviços devido à renda limitada. Em consonância com sua missão de fornecer serviços de saúde compassivos, de alta qualidade e acessíveis, e defender aqueles que são pobres e desprivilegiados, a Allegheny Health Network se esforça para garantir que a capacidade financeira das pessoas que precisam de serviços de saúde não os impeça de buscar ou receber cuidados. A Allegheny Health Network fornecerá, sem discriminação, cuidados com condições médicas de emergência para indivíduos, independentemente de sua elegibilidade para assistência financeira ou para assistência do governo. Os hospitais incluem o Allegheny General Hospital, o Allegheny Valley Hospital, o Canonsburg Hospital, o Forbes Hospital, o Jefferson Hospital, o Saint Vincent Hospital, o West Penn Hospital e o Westfield Memorial Hospital. Esta política de assistência financeira aplica-se a todos os cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários fornecidos pelos hospitais, incluindo os cuidados prestados nos hospitais por qualquer entidade substancialmente relacionada (conforme definido pelo IRS).

Diretriz

A política de assistência financeira e cobrança da Allegheny Health Network foi desenvolvida para cumprir os requisitos de inadimplência do Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare Bad Debt Requirements (42 CFR SS13.89) e o Medicare Provider Reimbursement Manual [Manual de reembolso do provedor] (Parte 1, Capítulo

3). Esta política também aborda a Seção 501© do Internal Revenue Code Section [código da receita federal], conforme exigido pela Seção 9007(1) da Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Pub. L No. 111-148), com a Norma Final emitida pela Receita Federal e o Ministério da Fazenda dos EUA em 29 de dezembro de 2014 (e publicada no Federal Register de 31 de dezembro de 2014).

III. Definições

ACA ou Affordable Care Act — A ACA destina-se a indivíduos que não vão ou não podem adquirir seguro de saúde. Destina-se também àqueles referidos como os com seguro insuficiente, pessoas que têm cobertura de cuidados de saúde que não protege adequadamente de despesas médicas elevadas.

Atendimento beneficente [Charity Care] — Ajuste total ou parcial das cobranças pelos serviços prestados aos pacientes (pelo hospital da AHN e pelos médicos empregados) determinado pela elegibilidade para o programa, que é baseada nos critérios de qualificação da AHN.

Ações de Cobrança — Conforme aprovado pelo Conselho de Administração, o uso de agências de cobrança de terceiros, bem como outras atividades legais identificadas como esforços de cobrança razoáveis nesta política, podem ser utilizados pela Allegheny Health Network ao buscar pagamento por serviços médicos fornecidos aos pacientes.

Condição Médica de Emergência — Definida de acordo com o significado da seção 1867 do Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd). Uma condição médica de emergência é definida como uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor grave, distúrbios psiquiátricos e/ou sintomas de abuso de substâncias) de tal forma que a ausência de atenção médica imediata poderia resultar em (i) colocar a saúde do indivíduo (ou em relação a uma mulher grávida, a saúde da mulher ou seu feto) em sério risco, (ii) prejuízo grave às funções corporais, ou (iii) disfunção séria de qualquer órgão ou parte do corpo.

Ações Extraordinárias de Cobrança — Ações extraordinárias de cobrança, conforme exigido pela Seção 501(r) do Internal Revenue Code, são ações definidas da seguinte forma:

- Vender dívida a outra parte, exceto sob certas exceções;
- Relatar informações adversas a agências de relatórios de crédito ao consumidor ou agências de crédito;
- Tomar ações que exijam um processo legal ou judicial, incluindo mas não limitado ao seguinte:
 - Colocar uma garantia real sobre um imóvel (com a exceção indicada abaixo)
 - Execução hipotecária de imóveis
 - Arrestar ou apreender uma conta bancária ou qualquer outros bens móveis
 - Ajuizar uma ação civil
 - Causar a prisão de um indivíduo
 - Expor um indivíduo a um mandado de prisão civil
 - Penhora salarial

Família — Usando a definição do Departamento de Censo, um grupo de duas ou mais pessoas que residem juntas e que são relacionadas por nascimento, casamento ou adoção. De acordo com as regras do Internal Revenue Service, se o paciente reivindica alguém como dependente em sua declaração de imposto de renda, eles podem ser considerados dependentes para fins de prestação de assistência financeira.

Renda familiar — A renda familiar incluirá salários, seguro desemprego, auxílio a menor de idade, quaisquer obrigações de assistência médica, pensão alimentícia, renda de Social Security, pagamento de invalidez, renda de pensão ou aposentadoria, aluguéis, royalties, renda de patrimônio, e fundos fiduciários, decisões judiciais, dividendos e ganhos de juros. Os seguintes serão excluídos da renda familiar; patrimônio líquido em uma residência principal, contas de plano de aposentadoria, e fundos irrevogáveis para fins de enterro, e planos de poupança da faculdade administrados pelo governo federal ou estadual. Para os pacientes com menos de 18 anos de idade, a renda familiar inclui a dos pais e/ou pais adotivos, parceiros solteiros ou domésticos, que podem ou não morar com o menor de idade.

Federal Poverty Guidelines — As diretrizes federais de pobreza são atualizadas anualmente no Registro Federal pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos sob a autoridade da subseção (2) da Seção 9902 do Título 42 do Código dos Estados Unidos.

Fiador — Um indivíduo que não seja o paciente que é responsável pelo pagamento da fatura ou dívida do paciente, se o paciente falhar ou não puder pagar a conta ou a dívida.

Encargos brutos — Taxas e encargos totais totalmente estabelecidos pela Allegheny Health Network para a prestação de serviços de assistência ao paciente, antes de concessões contratuais, outras deduções da receita ou descontos negociados são aplicados.

Medicamento necessário — Os serviços medicamente necessários são aqueles normalmente definidos pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid como serviços ou itens razoáveis e necessários para o diagnóstico ou tratamento de doenças ou lesões.

Pacientes não responsivos — AHN reconhece que alguns pacientes podem ser não responsivos ao processo de inscrição da AHN. Nestas circunstâncias, a AHN pode utilizar outras fontes de informação para fazer uma avaliação individual das necessidades financeiras.

Paciente não segurado — Um indivíduo sem cobertura de terceiros por uma seguradora comercial terceirizada, um plano ERISA, um Programa Federal de Saúde (incluindo sem limitação Medicare, Medicaid, SCHIP e CHAMPUS), indenização por acidente de trabalho ou outra assistência de terceiros para auxiliar com o cumprimento das obrigações do paciente.

Paciente com seguro insuficiente — Um indivíduo, com cobertura de seguro privado ou público, para quem seria uma dificuldade pagar as despesas médicas do próprio bolso para serviços médicos prestados pela Allegheny Health Network.

IV. Procedimento

Publicação da Política

A política estará disponível nas seguintes medidas:

- ✓ **Cópias em papel:** Cópias em papel desta política, o formulário de inscrição e o resumo em linguagem simples da política estarão disponíveis mediante solicitação e sem custos, tanto em locais públicos na instalação hospitalar quanto por correio.
- ✓ **Informar/notificar visitantes:** Essa política estará disponível colocando conspicuamente sinais, formulários e folhetos padrão que forneçam informações básicas sobre a política em locais públicos nos hospitais.
- ✓ **Informar/notificar os membros da comunidade servida pela instalação:** Será disponibilizada a distribuição de fichas informativas que sintetizem essa política a órgãos públicos locais e organizações sem fins lucrativos que atendam às necessidades de saúde das populações de baixa renda da comunidade.
- ✓ **Publicação no site:** A política de Assistência Financeira, o formulário de inscrição e um resumo de linguagem simples estarão disponíveis no site da AHN.

Declaração de diretrizes

É intenção da AHN fornecer os serviços necessários aos pacientes que demonstrarem **incapacidade** de pagar e **não se recusarem** a pagar.

De acordo com as diretrizes do IRC §501(r), a AHN limita os valores cobrados pelos cuidados de emergência ou outros cuidados medicamente necessários fornecidos aos indivíduos elegíveis do Atendimento Beneficente. Esses indivíduos não devem ser cobrados mais do que os montantes geralmente cobrados (AGB) para indivíduos cobertos pelo seguro, e as diretrizes proíbem o uso de encargos brutos. Por favor, consulte o Anexo D para os descontos de auto-pagamento para cada instalação da AHN.

Os Hospitais da AHN usam o método "Look-Back" (relembrar) para determinar o AGB para cuidados de emergência ou outros cuidados médicos necessários, de acordo com o Federal Register, Vol. 79, No. 250 de 31 de dezembro de 2014, 26CFR Partes 1, 53 e 602. Os valores a serem coletados de pacientes não segurados considerados elegíveis para assistência financeira não devem exceder as taxas pagas por uma média de seguradoras privadas, Medicare e Medicaid. Os pacientes que são elegíveis para assistência financeira não deverão pagar taxas brutas. O público pode prontamente obter essas informações por escrito e de forma gratuita, enviando uma solicitação, por escrito, para o seguinte endereço:

Director Customer Care Center
Allegheny Health Network
4th Floor, 4 Allegheny Center
Pittsburgh, PA 15212

Crítérios para qualificação

Os pacientes que atenderem aos critérios estabelecidos por esta política serão elegíveis para assistência financeira, incluindo atendimento gratuito ou com desconto:

- 1. Um paciente deve ser um cidadão dos Estados Unidos da América ou um residente permanente legal dos Estados Unidos da América e um residente da Pensilvânia (ou um residente do estado de Nova Iorque para o Westfield Memorial Hospital).**
- 2. A partir da data de apresentação do requerimento:**

O Atendimento Beneficente é reservado para os residentes da Pensilvânia (ou moradores de NY para a área de serviço do Westfield Memorial Hospital) porque os residentes da Pensilvânia estão pagando impostos estaduais e locais da Pensilvânia que apóiam muitos serviços de saúde para os cidadãos do estado. Da mesma forma, para os cidadãos dos Estados Unidos da América que pagam impostos federais. A AHN esperaria que pacientes fora do estado que se qualificassem para a AHN Charity Care [atendimento beneficente] com base em suas circunstâncias financeiras deveriam receber cuidados médicos e privilégios de atendimento beneficente em seu estado de residência. Os pacientes internacionais ou imigrantes não autorizados podem qualificar-se para o Atendimento Beneficente se forem elegíveis para o Medicaid. Há circunstâncias especiais para pacientes fora do estado e internacionais (por exemplo, acidente de carro, doença emergente) sob os quais eles se qualificariam para o Atendimento Beneficente.
- 3. O paciente/fiador, deve ser capaz de demonstrar um esforço de boa fé para ter solicitado e cumprido as alternativas disponíveis de benefícios de saúde disponíveis (por exemplo, elegibilidade ao Medicaid e outros programas de benefícios de assistência médica subsidiados pela ACA) ou fornecer evidência de que a cobertura para Medicaid ou outros programas não seriam concedidos antes de se tornar elegível para o Atendimento Beneficente.** O paciente deve apresentar um requerimento completo para o Atendimento Beneficente durante o período de inscrição. AHN fará esforços razoáveis para determinar se um indivíduo é elegível para assistência externa antes de se envolver em ações extraordinárias de cobrança (ECAs) contra o indivíduo. Esforços razoáveis: Para fins de atender a esses requisitos, há um "período de notificação" e um "período de inscrição". O período de notificação é o período durante o qual a AHN deve notificar um individual sobre esta política. Esse período começa na data em que o atendimento é fornecido ao indivíduo e termina no 120º dia após a AHN fornecer ao indivíduo a primeira declaração de faturamento para o atendimento. Se o indivíduo não tiver apresentado um requerimento até ao final do período de notificação, a AHN poderá se envolver em Ações Extraordinárias de Cobrança (ECAs) contra o indivíduo. No entanto, a AHN aceitará e processará os requerimentos apresentados por um indivíduo durante o "período de inscrição" mais longo que termine no 240º dia após a AHN fornecer ao indivíduo a primeira declaração de faturamento para o atendimento. Os pacientes que não apresentarem um requerimento completo ou não devolverem o requerimento, incluindo a documentação de apoio após 240 dias, poderão ser recusados devido ao não cumprimento.

4. Cobertura por Atendimento Beneficente está limitada a cuidados médicos básicos.
5. O Atendimento Beneficente só se aplica a serviços de emergência e outros serviços medicamente necessários. O Atendimento Beneficente não estará disponível para um paciente que recuse a alta e incorra em encargos adicionais considerados medicamente desnecessários. Descontos para Atendimento Beneficente somente se aplicam a medicamentos administrados durante uma internação ou atendimento ambulatorial. Estes descontos não se aplicam a quaisquer outras drogas ou prescrições de pedidos por correspondência. O Atendimento Beneficente não se aplica a serviços cobertos por uma seguradora que tenha negado serviços devido a litígios, falta de cooperação do paciente ou informações errôneas do paciente.

O Atendimento Beneficente também não se aplica aos pacientes/fiadores que se recusarem a usar as opções de seguro disponíveis para eles. O Atendimento Beneficente também não se aplica a pacientes/fiadores que não tenham esgotado todas as fontes de pagamento do seguro (Ex: Dias de reserva vitalícia do Medicare).

6. Um requerimento aprovado abrangerá os serviços aplicáveis prestados ao paciente a partir de 180 dias anteriores a 180 dias após a data de aprovação da solicitação:
Os pacientes/fiadores devem reaplicar para o Atendimento Beneficente contínuo a cada 180 dias. Este processo de fazer o requerimento novamente pode consistir em uma verificação dos dados do Atendimento Beneficente Presumível ou pode requerer o envio de um requerimento de Atendimento Beneficente atualizado e completo.
7. Os descontos para o Atendimento Beneficente se aplicam apenas aos valores de responsabilidade do paciente; por exemplo, nenhum valor de seguro será considerado. Montantes aprovados podem ser resultado de:
 - ✓ O paciente não tem Assistência Médica ou cobertura de seguro adequada
 - ✓ O paciente, esgotou os seus benefícios de seguro (por exemplo, excedeu o número máximo de dias/montantes cobertos, excedeu os dias de reserva vitalícia do Medicare)
 - ✓ O paciente tem uma seguradora primária que pagou, mas existe um passivo secundário para o qual ele não tem cobertura
 - ✓ O paciente é considerado indigente devido ao valor da dívida médica incorrida em comparação com as circunstâncias financeiras do paciente
 - ✓ O espólio do paciente falecido será esgotado antes do pagamento do saldo total do paciente
 - ✓ O paciente forneceu um julgamento de falência formal que afeta a data em que os serviços foram prestados. Com a consideração do julgamento e informações atualizadas de renda/ativos, o paciente se qualificaria para o Atendimento Beneficente
 - ✓ O paciente é "sem-teto" ou provou ser residente em um abrigo para desabrigados
 - ✓ O paciente forneceu uma documentação juramentada formal sobre informações de renda/ativos e/ou situação de desabrigado que qualifica o paciente para Atendimento Beneficente

Procedimento para Requerimento

1. Requerimento de Atendimento Beneficente

O uso de requerimento de Atendimento Beneficente é necessário para qualificar um paciente/fiador para o Atendimento Beneficente.

Se a renda do paciente e/ou fiador for de menos de 200% das Diretrizes Federais de Pobreza, todos os saldos de responsabilidade do paciente serão perdoados em 100%. Os Pacientes documentados como desabrigados, também são considerados na taxa de 100%. A renda familiar bruta do paciente para o ano atual e anterior não pode exceder

duas (2) vezes as Diretrizes de Renda da Pobreza publicadas anualmente no Federal Register pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (os dados do ano mais atual será considerada principalmente). Veja o anexo B para as diretrizes atuais e a tabela FPL [nível federal de pobreza] aplicável.

Todos os ativos líquidos (dinheiro, conta corrente, poupança e contas do mercado monetário, certificados de depósito vencidos, fundos mútuos e títulos que podem ser descontados sem penalidade e outros investimentos facilmente conversíveis) mantidos pelo paciente ou fiador acima de US\$10,000.00 devem ser aplicados ao endividamento devido à Allegheny Health Network antes da consideração de um ajuste de assistência financeira. Os fundos de aposentadoria não serão incluídos. A residência principal e veículo primário não serão incluídos como parte do teste de ativos. Qualquer residência ou veículo secundário será considerado e avaliado caso a caso.

Documentação de dificuldades pode ser necessária (ou seja, casos com medicação excessiva, doença terminal ou múltiplas hospitalizações). Para pacientes que excedam 200% das Diretrizes Federais de Pobreza e em que seu saldo exceda 25% de sua renda familiar anual, a AHN pode reivindicar o saldo excedente como "dificuldade", desde que o paciente forneça documentação de renda ou a renda pode ser derivada de fontes externas de banco de dados.

AHN não utiliza quaisquer determinações de elegibilidade de assistência financeira anteriores para aprovar presumivelmente um paciente para assistência financeira. Quando a assistência financeira do paciente é encerrada, o paciente deve solicitar assistência financeira novamente.

2. Documentação de suporte

Formas de informações de renda e ativos solicitadas para o processo de requerimento.

- ✓ Declaração de Imposto de Renda Federal 1040 ou outra(s) forma(s) federal(ais) usadas para relatar os impostos do ano anterior (com explicação de mudanças drásticas de renda)
- ✓ Cópias de holerites (dos últimos 30 dias)
- ✓ Verificação por escrito de qualquer outra renda recebida (por exemplo, pensão alimentícia, auxílio a menor de idade, indenização por invalidez, pensão, renda de aluguel, verificação de renda por conta própria (declaração de lucros e perdas do último mês), Social Security [previdência social], subsídio de desemprego, benefícios VA [veteranos], indenização por acidente ou doença de trabalho) pode ser solicitada como parte do processo de requerimento
- ✓ Extratos bancários, conforme necessário (mês mais recente antes da data de requerimento da Assistência Financeira)
- ✓ Notificações de falência que afetam as datas dos serviços a ser considerados, além da informação de renda/ativo que qualificaria o paciente/fiador para o Atendimento Beneficente. Declaração formal que apóia informações de renda/ativos do paciente/fiador que o qualificariam para o Atendimento Beneficente
- ✓ Prova de falta de moradia ou residência em um abrigo para sem-teto

3. Informações do requerimento

Todos os candidatos devem preencher o formulário de pedido de Assistência Financeira da AHN e fornecer os documentos solicitados quando solicitarem assistência financeira. Para ser considerado para assistência financeira, os requerimentos preenchidos devem ser recebidos dentro de 240 dias depois de receber serviços médicos da Allegheny Health Network.

O formulário de pedido de assistência financeira da Allegheny Health Network deve ser preenchido e a documentação deve ser fornecida para que uma solicitação seja considerada. Quaisquer requerimentos devolvidos que exijam informação adicional, serão mantidos durante 30 dias a partir da data em que a carta foi enviada ao requerente solicitando esta informação. Um telefonema também será feito ao requerente para notificá-lo das informações adicionais necessárias. Se as informações não forem recebidas dentro de 30 dias, o requerimento será negado.

Os requerimentos de assistência financeira devem ser apresentados ao escritório a seguir, que é o escritório responsável por fazer esforços razoáveis para determinar se um indivíduo é elegível para assistência financeira.

Allegheny Health Network Revenue Cycle Operations
Customer Care Center
10th Floor, 4 Allegheny Center
Pittsburgh, PA 15212

Os pacientes que precisarem de assistência para o preenchimento da solicitação de assistência financeira podem entrar em contato com o Departamento de Atendimento ao Cliente da AHN, pelo telefone 1-800-547-0540 ou pelo Centro de Atendimento ao Cliente, no número 1-844-801-8400.

Solicitações de assistência financeira devem ser processadas prontamente e a Allegheny Health Network notificará o paciente ou requerente por escrito dentro de 14 dias do recebimento de um requerimento preenchido. Se a elegibilidade for aprovada, a assistência financeira será concedida por um período de seis meses. A assistência financeira também será aplicada a todas as contas elegíveis incorridas pelos serviços recebidos até seis meses antes da data de requerimento.

Se for negada a assistência financeira, o paciente ou o fiador do paciente pode fazer o requerimento novamente a qualquer momento em que tenha ocorrido uma mudança material de renda ou condição ou seis meses após a data da decisão de recusa.

4. Determinação da necessidade financeira de pacientes e fiadores não responsivos

A AHN entende que certos pacientes podem ser incapazes de preencher um requerimento de assistência financeira, cumprir solicitações de documentação ou de outra forma ser não responsivos ao processo de inscrição. Como resultado, pode haver circunstâncias sob as quais a qualificação de um paciente para assistência financeira é estabelecida sem preencher o formulário formal de solicitação de assistência. Nestas circunstâncias, os hospitais da AHN podem utilizar outras fontes de informação para fazer uma avaliação individual das necessidades financeiras. Essas informações permitirão que a AHN tome uma decisão informada sobre a necessidade financeira de pacientes não responsivos, utilizando as melhores estimativas disponíveis na ausência de informações fornecidas diretamente pelo paciente.

AHN pode utilizar um terceiro para realizar uma revisão eletrônica de informações do paciente para avaliar a necessidade financeira. Esta revisão utiliza um modelo reconhecido pela indústria de assistência médica, baseado em bancos de dados de registros públicos. Esse modelo preditivo incorpora dados de registros públicos para calcular uma pontuação de capacidade socioeconômica e financeira que inclui estimativas de receita, ativos e liquidez. A tecnologia eletrônica é projetada para avaliar cada paciente com os mesmos padrões e é calibrada contra as aprovações históricas para assistência financeira da AHN sob o processo de requerimento tradicional.

A tecnologia eletrônica será implantada antes da atribuição de dívidas incobráveis após todas as outras fontes de elegibilidade e pagamento terem sido esgotadas. Isso permite que a AHN faça triagem de todos os pacientes sem seguro para obter assistência financeira antes de realizar quaisquer ações extraordinárias de cobrança. Os dados retornados dessa revisão eletrônica de elegibilidade constituirão documentação adequada de necessidade financeira sob esta política.

Quando a inscrição eletrônica é usada como base para a elegibilidade presumível, o maior desconto de assistência totalmente gratuita será concedido para serviços elegíveis somente para datas de serviço retrospectivas. Se um paciente não se qualifica sob o processo de inscrição eletrônica, o paciente ainda pode ser considerado no processo tradicional de solicitação de assistência financeira. Para pacientes que não se qualificam através deste processo, a AHN fornecerá a eles uma notificação por escrito informando que a assistência financeira está disponível. Incluirá

um resumo em linguagem simples da política de assistência financeira e ações a serem tomadas se um requerimento não for submetido ou o saldo devedor não for pago.

As contas de pacientes que receberem elegibilidade presumível serão reclassificadas de acordo com a política de assistência financeira. Elas não serão enviados para a cobrança, não estarão sujeitos a novas ações de cobrança e não serão incluídas na despesa de dívidas incobráveis do hospital.

5. Considerações e administração de beneficência

Solicitação de desconto de Atendimento Beneficente de quantias aprovadas deve ser apresentada aos níveis da gerência apropriados para aprovação de baixa. O paciente/fiador será notificado por escrito, se ele foi aprovado ou negado a cobertura sob o Programa de Atendimento Beneficente.

Para atuar no melhor interesse da AHN, bem como garantir a máxima conformidade em relação a conflito de interesses, os funcionários e a gerência assumem a responsabilidade de comunicar proativamente aos seus supervisores imediatos (próximo nível de gerência) quando os candidatos são funcionários, parentes e/ou amigos dos indivíduos responsáveis pela revisão e aprovação do requerimento. Espera-se que, em tais situações, os requerimentos sejam aprovados por outros gerentes, incluindo indivíduos de nível vice presidente, conforme necessário.

Códigos de transação separados serão usados para rastrear os montantes de desconto do Atendimento Beneficente.

Os requerimentos de Assistência Financeira incompletos serão acompanhados pelo Supervisor ou seu representante por telefone ou solicitação de carta para agilizar a consideração do requerimento. Uma carta será enviada após revisão e aprovação.

Responsabilidades

Os requerimentos de cobertura ao abrigo do Programa de Assistência Financeira da Política de Atendimento Beneficente, com a respectiva documentação completa, serão submetidos e revistos/aprovados pela Gerência do Centro de Atendimento ao Cliente, ou seu representante. Casos em que o ajuste excede os seguintes montantes ou aqueles que necessitam de exceção devido a dificuldades devem ser revisadas e aprovadas como se segue:

Aprovação da gerência do atendimento beneficente

Rep. auto-pagamento	\$0 - \$20,000
Gerente auto-Diretor	\$20,001 - \$50,000
Vice-Presidente,	\$50,001 - \$75,000
Vice-presidente sênior, diretor de receita	\$75,001 - \$150,000
	> \$150,001

6. Relatórios da gerência de atendimento beneficente

Relatórios e documentação do atendimento beneficente da AHN ocorrerão regularmente.

- ✓ Os processos de atendimento beneficente serão revisados anualmente para garantir que políticas e procedimentos sejam aplicados de forma consistente. A revisão anual também permitirá sugestões para atualizações e alterações de políticas e procedimentos.
- ✓ A Gerência do Centro de Atendimento ao Cliente será obrigada a coletar, documentar e divulgar informações sobre assistência beneficente, incluindo:
 - Número total de pessoas atendidas
 - Total de encargos perdoados
 - Custo total do atendimento beneficente

- Total do financiamento recebido para suportar o custo de prestação de atendimento beneficente

Política de Faturamento e Cobrança

As políticas de faturamento e cobrança da Allegheny Health Network devem estar em conformidade com os regulamentos e leis federais e estaduais que regem o faturamento e as cobranças de serviços de saúde.

Nenhuma ação extraordinária de cobrança (ECA) será realizada contra qualquer paciente dentro de 120 dias após a emissão da fatura inicial e sem primeiro fazer esforços razoáveis para determinar se esse paciente é elegível para assistência financeira. Esforços razoáveis incluirão, mas não se limitarão a:

- ✓ Validar que o paciente deve as contas não pagas e que todas as fontes de pagamentos de terceiros foram identificadas e faturadas pela Allegheny Health Network;
- ✓ Instituir uma proibição de ações de cobrança contra um paciente não segurado (ou alguém provável de ter seguro insuficiente) até que o paciente tenha conhecimento da política de assistência financeira da Allegheny Health Network e tenha tido a oportunidade de fazer requerimento para a mesma;
- ✓ Notificar o paciente por escrito sobre qualquer informação ou documentação adicional que deve ser submetida para a determinação da assistência financeira;
- ✓ Confirmar se o paciente enviou um requerimento para cobertura de saúde sob o Medicaid ou outros programas de assistência médica patrocinados publicamente e obter documentação de tal envio. A Allegheny Health Network não realizará ações de cobrança enquanto este requerimento de cobertura de assistência médica estiver pendente, mas uma vez que a cobertura seja determinada, ações de cobrança normais serão realizadas.
- ✓ Enviar ao paciente uma notificação por escrito dos esforços extraordinários de cobrança que a Allegheny Health Network pode iniciar ou retomar se o paciente não concluir o requerimento de assistência financeira ou efetuar o pagamento do valor devido até 30 dias após esta notificação por escrito ou 30 dias a partir da data fornecida para o paciente para completar o requerimento de assistência financeira, o que for mais tarde.
- ✓ Além disso, embora a AHN possa realizar ECA após um período de notificação de 120 dias a partir da data da primeira fatura emitida, a qualquer momento durante os 120 dias subsequentes, a AHN aceitará e processará uma solicitação de FAP [programa de assistência financeira] de um paciente, e os esforços da ECA cessarão durante esse período, até que seja determinado que o paciente é elegível para FAP. Assim, o período total durante o qual a AHN aceitará e processará os requerimentos para FAP é de 240 dias a partir da data da primeira fatura.

A política da Allegheny Health Network relativa ao atendimento de condições médicas de emergência proíbe a cobrança de pagamento antes de receber serviços ou permitir atividades de coleta que possam interferir na prestação de atendimento médico de emergência. Consulte a Política de Atendimento Médico de Emergência e Lei do Trabalho da Allegheny Health Network (stat de política ID 2538428).

A Allegheny Health Network pode buscar ações normais de cobrança contra pacientes considerados inelegíveis para assistência financeira, ou pacientes que não estão mais cooperando de boa fé para pagar o saldo remanescente.

Nenhuma agência de cobrança, escritório de advocacia ou indivíduo pode iniciar uma ação legal contra um paciente por não pagamento de uma conta da Allegheny Health Network sem a aprovação por escrito de um funcionário autorizado da Allegheny Health Network.

Informação de Cobrança

Allegheny Health Network se esforça para maximizar o reembolso de terceiros em todos os momentos para reduzir o encargo financeiro do paciente. Quando a cobertura de terceiros não cobre os serviços prestados, ou nenhuma

cobertura de terceiros está em vigor, a Allegheny Health Network espera pagamento pelo paciente pelos serviços prestados, a menos que o paciente receba assistência financeira por meio do processo de requerimento ou seja elegível presumivelmente.

Quando a rotina de cobrança progredir e o saldo de auto-pagamento continuar sem pagamento, o escritório do Ciclo de Receita atribuirá ou recomendará a atribuição à condição de dívida incobrável de acordo com a política e o procedimento estabelecidos.

Planos de pagamento

Planos de pagamento estão disponíveis, mediante aprovação, para os serviços da Allegheny Health Network. Planos de pagamento são razoáveis para os padrões da indústria.

Falência

No caso de falência do paciente, assim que a Allegheny Health Network receber a Prova de Reivindicação, as ações de cobrança serão imediatamente canceladas pelos saldos em aberto incorridos para todos os serviços prestados antes e até a data do pedido de falência.

Requisitos Regulamentares

A Allegheny Health Network deve estar em conformidade com todas as leis, regras e regulamentos federais, estaduais e locais e requisitos de relatório que possam se aplicar às atividades realizadas de acordo com esta política. Essa política exige que a Allegheny Health Network rastreie toda a cobrança e assistência financeira fornecida para garantir relatórios precisos.

Manutenção de Registros

A Allegheny Health Network deve documentar todas as ações de cobrança e assistência financeira, a fim de manter controles adequados e atender a todos os requisitos de conformidade internos e externos.

Aprovação de Política

A Política de Assistência Financeira e Cobrança da Allegheny Health Network está sujeita a revisão periódica e pode ser revisada a qualquer momento, conforme as necessidades do negócio exigirem. O Conselho de Administração da Allegheny Health Network e os conselhos hospitalares aplicáveis da AHN devem aprovar quaisquer alterações à política.

ANEXO A: Serviços Selecionados não cobertos pela Política de Assistência Financeira

Definição	Eligibilidade para o Programa		Definições dos Serviços & Exemplos
	Desconto de Auto-pagamento	Atendimento Beneficente	
Contas de deferimento	Não	Não	<ul style="list-style-type: none"> • Addison Gibson • Ryan White • Outros serviços cobertos por deferimentos/fundações
Certos serviços, tratamentos de alto custo; tratamentos com outras opções alternativas de tratamento de menor custo	Sim	Não	<ul style="list-style-type: none"> • Implantes cocleares • Cirurgia bariátrica • LDLaférese • Estimulação cerebral profunda • Vasectomia/reversão de vasectomia • Transplantes • Dispositivo de assistência ventricular esquerda (compare transplante) • Aparelhos Auditivos Pedláticos • Qualquer outro procedimento que não atenda a necessidade médica.
Não medicamente necessário	Não	Não	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia cosmética • Fertilização in vitro • Ultra-som obstétrico não medicamente necessário, colonoscopia virtual e MRI/PET do corpo todo