

INSTALAÇÃO: Tower Health at Home		
MANUAL: Tower Health at Home		PASTA: Geral
TÍTULO: Assistência Financeira ao Paciente		PROPRIETÁRIO DO DOCUMENTO: VP, Enfermagem e Operações
ADMINISTRADOR DO DOCUMENTO: VP Sênior, Diretor de Enfermagem		PALAVRAS-CHAVE:
DATA ORIGINAL: Agosto 2019	DATA DA REVISÃO: 7/2026	DATA(S) DE REVISÃO: 10/2020, 10/2021, 1/2024, 4/2026, 7/2026

ÂMBITO:

Aplica-se a Tower Health at Home.

OBJETIVO:

Garantir que sejam estabelecidos e aplicados procedimentos padrão em toda a Tower Health at Home, com vista a identificar os pacientes que necessitem de assistência financeira e a apoiá-los de forma consistente. A Tower Health at Home é designada como uma organização de beneficência ao abrigo da Secção 501(c)(3) do Código Fiscal dos Estados Unidos (Internal Revenue Code, IRC). Em conformidade com a Secção 501(r) do IRC, é necessário estabelecer e divulgar amplamente a política de assistência financeira da organização. O objetivo desta política é identificar e apoiar os pacientes com dificuldades financeiras, bem como aumentar a sensibilização para a disponibilidade de assistência financeira em todo o Sistema de Saúde e na comunidade.

POLÍTICA:

Como parte da missão da Tower Health at Home de prestar à comunidade cuidados de saúde humanizados, acessíveis, de elevada qualidade e com uma boa relação custo-benefício, reconhece-se que nem todos os pacientes têm a mesma capacidade para pagar os serviços médicos. A Tower Health at Home divulgará amplamente a disponibilidade de assistência financeira à comunidade através do website da agência, folhetos e interação com grupos de defesa da comunidade. A equipa da agência irá orientar os pacientes e as suas famílias sobre os recursos disponíveis e prestará assistência no processo de solicitação e aprovação de ajuda financeira, garantindo que todos os pacientes continuam a ter a oportunidade de aceder aos cuidados de que necessitam.

DEFINIÇÕES:

- A. Valores geralmente faturados (Amounts Generally Billed, AGB): A Secção 501(r)(5)(A) determina que a organização limite os montantes cobrados pelos cuidados de saúde clinicamente necessários prestados a indivíduos elegíveis para beneficiar de assistência ao abrigo da FAP (indivíduos elegíveis ao abrigo da FAP), de modo a que não excedam os montantes geralmente cobrados a indivíduos cujo seguro cubra esses cuidados. O AGB é calculado através do método prospectivo com base nas taxas de serviço do Medicare.
- B. Diretrizes Federais de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPL): Estas orientações são publicadas anualmente no Diário Oficial do Governo Federal dos Estados

Unidos e são utilizadas para determinar um valor de referência para o limiar da pobreza. O Departamento de Saúde e Serviços Sociais (Department of Health and Human Services) publica estas informações estatísticas.

- C. Assistência Financeira: Assistência médica prestada a pacientes sem a expectativa de pagamento dos serviços, total ou parcial, conforme determinado pela incapacidade financeira do paciente.
- D. Fiador: A pessoa que é legal e financeiramente responsável pelo pagamento da conta do paciente.
- E. Serviços de Elevado Custo: Para efeitos desta política, os serviços de elevado custo são definidos, mas não se limitam a, serviços gerados por departamentos de elevado custo, como os serviços de cuidados paliativos e de terapia.
- F. Composição Familiar: Determinado pelo tamanho da família para efeitos de imposto sobre o rendimento. O agregado familiar inclui o paciente e o respetivo cônjuge, bem como todos os filhos biológicos ou adotivos menores de 18 anos.
- G. Rendimento familiar: O rendimento das pessoas que integram o agregado familiar inclui, entre outros, salários, juros, dividendos, prestações da segurança social, benefícios para veteranos, pensões e rendimentos do cônjuge. Para efeitos de elegibilidade para assistência financeira, são excluídos do cálculo do rendimento, entre outros, os apoios atribuídos no âmbito do Programa de Apoio Temporário a Famílias Carenciadas (temporary assistance for needy families, TANF), do Programa de Apoio Alimentar Suplementar (supplemental nutrition assistance program, SNAP) e do Programa de Apoio Energético à Habitação para Agregados Familiares de Baixos Rendimentos (low-income home energy assistance program, LIHEAP), bem como os apoios à melhoria da eficiência energética das habitações.
- H. Medicaid: Um programa conjunto do Governo federal e dos estados que ajuda a suportar os custos dos cuidados de saúde de determinadas pessoas com rendimentos e recursos financeiros limitados.
- I. Serviços Clinicamente Necessários: Serviços ou materiais de saúde necessários para diagnosticar ou tratar uma doença, lesão ou outro problema de saúde, ou os respetivos sintomas, e que cumpram as normas reconhecidas da prática médica.
- J. Pacientes presumivelmente elegíveis: Pacientes que se presume reunirem as condições necessárias para beneficiar de assistência financeira, com base em circunstâncias pessoais como a situação de sem-abrigo, a ausência de rendimentos ou a elegibilidade anterior para programas de assistência financeira.
- K. Pacientes com cobertura de seguro insuficiente: Pacientes que têm cobertura de seguro, o que resulta numa elevada responsabilidade financeira do paciente em relação ao pagamento das suas contas médicas.
- L. Pacientes sem seguro: Pacientes que não têm cobertura de seguro disponível para as suas necessidades médicas.

PROCEDIMENTO:

Criar consciência sobre a opção Assistência Financeira ao Paciente.

- A.1. A atual Política de assistência financeira (Financial Assistance Policy, FAP), o(s) formulário(s) de pedido de assistência financeira e o Resumo em

linguagem simples (Plain Language summary, PLS) estão disponíveis em inglês e na língua principal de cada grupo populacional com proficiência limitada em inglês (limited proficiency in English, LEP) que represente pelo menos 1.000 pessoas ou 5% da comunidade abrangida pela área principal de prestação de serviços da THAH, consoante o valor que for inferior.

- O FAP, os Formulários de Candidatura e o PLS estão disponíveis online em <https://towerhealth.org/locations/home-health-and-hospice/tower-health-home-financial-assistance>

- A.2. As informações sobre as taxas, incluindo o resumo em linguagem simples da política de Assistência Financeira, estão incluídas no folheto de admissão do paciente fornecido a cada paciente. Este resumo de fácil leitura do programa de assistência financeira inclui informações de contacto dos colaboradores da Tower Health at Home que irão auxiliar os pacientes no processo de candidatura.
- A.3. Os extratos de faturação relativos aos serviços da Tower Health at Home enviados aos pacientes incluem informações e orientações sobre a disponibilidade do programa de assistência financeira.
- A.4. A Tower Health at Home trabalhará em estreita colaboração com programas de apoio na comunidade. A disponibilidade da política de assistência financeira da Tower Health at Home é partilhada com estas agências.
- B. Identificar os pacientes que necessitam de assistência financeira para serviços médicos necessários.
- B.1. O processo de verificação da cobertura realizado pelos serviços financeiros de apoio ao paciente da Tower Health at Home permitirá identificar os pacientes sem seguro e os pacientes com cobertura de seguro insuficiente. Os recursos de aconselhamento financeiro da Tower Health at Home irão auxiliar estes pacientes no processo de solicitação do Medicaid.
- B.2. Os pacientes aos quais tenha sido recusada a cobertura do Medicaid, ou que, após avaliação, sejam considerados como não reunindo os critérios de cobertura do Medicaid, serão considerados para efeitos de acesso ao Programa de Assistência Financeira ao Paciente (Patient Financial Assistance program).
- B.3. Os serviços financeiros de apoio ao paciente da Tower Health at Home utilizarão os recursos disponíveis para verificar a elegibilidade e determinar a cobertura do seguro e as prestações a que cada paciente tem direito. Para os pacientes com marcação prévia, a verificação da cobertura será realizada antes do internamento do paciente para todos os serviços de elevado custo.
- B.4. A política de cobranças internas/externas da Tower Health at Home descreve o processo através do qual a Tower Health at Home cobrará e faturará aos pacientes sem seguro e procede à cobrança dos saldos em dívida. A taxa para não segurados corresponde a 70% do AGB e é aplicada no momento em que é efetuado o pagamento inicial. A política de Cobranças Internas/Externas

está disponível online no site da THAH e é possível obter gratuitamente uma cópia impressa enviando um e-mail para THAHBilling@towerhealth.org ou ligando para 610-378-0481.

C. Determinação da elegibilidade para assistência financeira

- C.1. Os pacientes que procurem ou tenham recebido serviços clinicamente necessários e que demonstrem incapacidade para pagar os serviços serão considerados para a política de assistência financeira.
- C.2. A assistência financeira apenas pode ser utilizada para serviços de prestação direta de cuidados ao paciente, salvo no caso de material médico para cuidados paliativos, DME e medicamentos abrangidos, quando não exista outra fonte de reembolso disponível.
- C.3. O número máximo de visitas aprovadas por paciente por mês não deve exceder as 12 visitas. Os serviços estão limitados a um total de 20 visitas. Qualquer pedido que exceda os limites mensais ou totais de visitas deverá ser aprovado pelo Vice-Presidente de Enfermagem e Operações.
- No início da prestação de cuidados, a autorização para a realização de visitas incluirá todas as áreas de atuação e ficará registrada no EMR para referência da equipa. As visitas serão monitorizadas manualmente para garantir que os limites de visitas não são excedidos.
- C.4. Os pacientes que se desloquem aos Estados Unidos com o objetivo de receber cuidados de saúde não urgentes não são, regra geral, elegíveis para assistência financeira.
- C.5. No âmbito do processo de pedido de assistência financeira, será solicitado aos pacientes que apresentem comprovativos dos rendimentos do agregado familiar, bem como os nomes das pessoas que o integram. Esta informação é utilizada para determinar em que nível do limiar de risco de pobreza (Federal Poverty Level Guidelines, FPL) se enquadra o agregado familiar. Como prova de rendimentos, devem ser apresentados (quando aplicável) os seguintes documentos relativamente a cada membro do agregado familiar:
- Comprovativos de pagamento atuais ou declaração escrita do empregador.
 - Formulários W-2 e/ou 1099
 - Formulário para aprovação ou recusa de subsídio de desemprego ou indemnização por acidente de trabalho.
 - Comprovativo escrito do rendimento do indivíduo, emitido por organismos de assistência social ou qualquer agência governamental.
 - Os trabalhadores independentes devem fornecer os formulários fiscais completos da declaração mais recente, incluindo o Anexo C.
 - Extratos bancários mais recentes de todas as contas em aberto (apenas para verificação de ativos).

- C.6. A cada categoria do FPL é atribuído um montante de assistência financeira, calculado mediante a aplicação da percentagem correspondente à tarifa de pagamento por serviço do Medicare. Para os pacientes com rendimentos superiores a 400% do FPL, aplica-se a tarifa para os pacientes sem seguro.

Categoria FPL	Redução	Pagamento máximo ao paciente por consulta/visita
= < 200% FPL	Subsídio de assistência financeira de 100%	\$0
entre 201% e 250% do FPL	Redução de 90% sobre a taxa MCR FFS	\$300
entre 251% e 300% do FPL	Redução de 80% sobre a taxa MCR FFS	\$500
entre 301% e 350% do FPL	Redução de 70% sobre a taxa MCR FFS	\$1.000
entre 351% e 400% do FPL	Redução de 50% sobre a taxa MCR FFS	\$2.000

- C.7. Embora seja ideal iniciar o processo o mais cedo possível, os pacientes podem solicitar a consideração de assistência financeira no prazo de 240 dias a contar da data do primeiro extrato do paciente.
- C.8. Os pacientes considerados elegíveis para assistência financeira pagarão menos do que os custos brutos por quaisquer cuidados não medicamente necessários prestados pela Tower Health at Home.
- C.9. As decisões relativas à elegibilidade para assistência financeira serão tomadas no prazo de 14 dias após a receção de um pedido de assistência financeira completo. Os pedidos incompletos serão analisados e serão feitas tentativas de contacto com o paciente/fiador para obter informações adicionais. Será enviada uma carta de confirmação ao paciente, descrevendo o resultado da decisão. As faturas revistas terão em conta quaisquer pagamentos em excesso efetuados pelo paciente para determinar o valor devido.
- C.10. Quando a assistência financeira for aprovada, a carta de confirmação servirá também como meio de especificar o período abrangido pela determinação da assistência financeira. Os pedidos de assistência financeira aprovados são válidos por um (1) ano a partir da data inicial do serviço.
- C.11. Se a assistência financeira não for aprovada, serão enviadas cartas descrevendo os motivos da decisão, bem como informações sobre quem deve ser contactado para outras opções de pagamento e como recorrer da decisão.
- C.12. Os pacientes ou responsáveis financeiros que discordem do resultado da decisão de elegibilidade para assistência financeira terão a oportunidade de recorrer da decisão. A análise do pedido de recurso será da responsabilidade do VP de Enfermagem e Operações e do Diretor Financeiro.

D. Elegibilidade presumida

D.1. Mesmo sem apresentarem um formulário de pedido de assistência financeira devidamente preenchido, os pacientes poderão reunir as condições necessárias para beneficiar da redução integral do saldo em dívida, caso se verifique uma das seguintes situações:

- Encontra-se em situação de sem-abrigo ou reside numa habitação subsidiada destinada a pessoas com baixos rendimentos.
- Atualmente é elegível para o Medicaid (como seguro principal), mas não o era à data do atendimento OU
- Os benefícios do Medicaid esgotaram-se ou as cobranças são por serviços que não são cobertos pelo Medicaid.
- Beneficia atualmente de apoio à aquisição de medicamentos sujeitos a receita médica, do SNAP/vales de alimentação ou do WIC.
- Tem direito a receber benefícios de uma agência governamental por ser vítima de crime violento ou agressão sexual e o tratamento está relacionado com crime violento ou agressão sexual.
- Incapacidade comprovada de pagar os serviços com base em todos os recursos disponíveis.

E. Responsabilidades e Expectativas Financeiras

E.1. Caso um paciente não reúna as condições necessárias para beneficiar de assistência financeira, aplicam-se as seguintes responsabilidades financeiras:

- A THAH comunicará claramente as expectativas financeiras aos pacientes o mais cedo possível no ciclo de faturação para evitar confusão ou dificuldades.
- É da responsabilidade dos pacientes compreender a sua cobertura de seguro e enviar toda a documentação necessária.
- Os pacientes são responsáveis por quaisquer saldos pagos do seu próprio bolso, incluindo montantes não cobertos pelo seguro ou por terceiros pagadores.
- Os pacientes com dívidas pendentes podem ser obrigados a liquidar os valores em atraso antes de receberem cuidados adicionais.
- A Tower Health at Home poderá adiar a prestação de serviços adicionais de cuidados de saúde domiciliários ou de cuidados paliativos a pacientes que se recusem reiteradamente a fazer esforços razoáveis para pagar os cuidados que lhes são prestados.

ORIENTAÇÃO:

PROTOCOLO DO FORNECEDOR:

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO:

A equipa do Ciclo de Receitas será responsável pela formação anual sobre as expectativas abrangidas por esta política. Os novos colaboradores do setor do Ciclo de Receita receberão a formação adequada durante a sua integração inicial.

REFERÊNCIAS:

APROVAÇÕES DO COMITÉ/CONSELHO:

CANCELAMENTO:

O conteúdo deste documento substitui todas as políticas/procedimentos/protocolos/orientações, memorandos e/ou outras comunicações anteriores referentes a este documento.

A versão impressa não foi verificada e pode não corresponder à versão atual.