	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035	
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020	
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A	
	<i>Assunto</i>	Apoio Financeiro	<i>Página</i>	1 de 9
			<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020

Este documento aplica-se às seguintes Organizações Participantes:

Hospital General do Condado de Howard	Centro Médico Johns Hopkins Bayview	Médicos Comunitários de Johns Hopkins	Faculdade de Medicina de Johns Hopkins
Séries de Centros de Cirurgia Johns Hopkins	Sibley Memorial Hospital	Hospital Suburbano	Hospital Johns Hopkins

Palavras chave: ajuda, fatura, dívida, financeiro, médico

Índice	Número de Página
I. OBJETIVO	1
II. POLÍTICA	1
III. PROCEDIMENTOS	2
IV. DEFINIÇÕES	7
V. REFERÊNCIAS	8
VI. PATROCINADOR	9
VII. CICLO DE REVISÃO	9
VIII. APROVAÇÃO	9
Apêndice A: PROVISÕES PARA APOIO FINANCEIRO DO SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (EXCLUSIVAMENTE) APLICÁVEIS A REGULAMENTOS DO DC	Clique Aqui
Apêndice B: Aplicação de Apoio Financeiro	Clique Aqui

I. OBJETIVO

O Johns Hopkins Medicina está empenhado na prestação de Apoio Financeiro a doentes com necessidades médicas e que não tenham um seguro de saúde, seguro insuficiente, inelegíveis para programas governamentais, ou de alguma forma incapazes de pagar pelos Cuidados Médicos Necessários com base nas suas realidades individuais financeiras.


II. POLÍTICA

Esta política compreende os critérios a usar aquando da determinação de elegibilidade do doente para Apoio Financeiro e resume o processo e orientações a empregar nessa determinação bem como a conclusão do pedido de Apoio Financeiro. Esta política rege a prestação de Apoio Financeiro a doentes sem seguro, seguro insuficiente, inelegíveis para programas governamentais, ou de alguma forma incapazes de pagar pelos Cuidados Médicos Necessários com base nas suas realidades individuais financeiras.

O Sibley Memorial Hospital situa-se no Distrito da Colúmbia. O Apêndice A desta política estabelece provisões adicionais relativas a Cuidados de Saúde Isentos previstas em regulamentos e leis do Distrito da Colúmbia e aplicáveis ao Sibley Memorial Hospital. O Apêndice A aplica-se exclusivamente ao Sibley Memorial Hospital. Aplicar-se-ão as provisões do Apêndice A em caso de eventuais incompatibilidades entre o mesmo e esta política relativas a apoio financeiro e Cuidados de Saúde Isentos do Sibley Memorial Hospital.

Por conseguinte, esta apólice escrita:

- Compreende os critérios de elegibilidade para apoio financeiro -- cuidados de saúde gratuitos e a custos reduzidos (apoio parcial)
- Descreve as bases de cálculo de valores cobrados a doentes elegíveis para apoio financeiro ao abrigo desta apólice
- Descreve o método pelo qual os doentes se podem candidatar a apoio financeiro
- Descreve a forma como o hospital divulgará esta apólice dentro da comunidade servida pelo mesmo

	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A
	<i>Assunto</i> Apoio Financeiro	<i>Página</i>	2 de 9
		<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020

- Limita os valores que o hospital irá cobrar pelos Cuidados Urgentes ou Clínicos Necessários fornecidos a indivíduos elegíveis para apoio financeiro aos habitualmente faturados (recebidos por) ao hospital no caso de doentes segurados comercialmente ou com planos Medicare

AVISO DE APOIO FINANCEIRO PARA MÉDICOS QUE FORNECEM CUIDADOS MÉDICOS

Encontra-se na página de internet de cada hospital, nomeadamente JHH, JHBMC, HCGH, SH e SMH, uma lista exaustiva dos médicos que fornecem Cuidados Urgentes ou Clínicos Necessários conforme definido nesta apólice. A lista indica se determinado médico ou Consultório Médico está coberto por esta apólice. Caso o médico não esteja coberto por esta política, os doentes deverão entrar em contacto com o consultório do mesmo para determinar se o médico dispõe de apoio financeiro e, em caso afirmativo, que tipo de apoios a apólice oferece. Médicos empregados da Faculdade de Medicina Johns Hopkins e Médicos Comunitários de Johns Hopkins seguem os processos delineados nesta apólice.

Esta apólice de Apoio Financeiro não se aplica a doentes falecidos cujos patrimónios foram ou deverão ser inventariados em virtude de bens detidos pelos mesmos. O Johns Hopkins apresentará um pedido contra o património do falecido que ficará sujeito a liquidação e às leis relativas a Heranças e Fideicomisso aplicáveis.

As medidas ao alcance dos hospitais Johns Hopkins em caso de incumprimento encontram-se descritas em documento de faturação e cobranças independente (PFS046). Para obter uma cópia gratuita desta apólice, contacte a linha de Atendimento ao Cliente 1-855-662-3017 (número gratuito) ou envie um email para: pfses@jhmi.edu ou visite um Conselheiro Financeiro de qualquer hospital Johns Hopkins.

Candidaturas para Apoio Financeiro e Apoio Médico para Insuficiência Económica poderá ser facultada a doentes com contas entregues a empresas de cobrança e aplicar-se-ão exclusivamente a contas que aguardam a concessão de uma decisão, desde que cumpridos os restantes requisitos. A análise de Apoio Médico para Insuficiência Económica compreenderá uma avaliação das despesas e obrigações médicas existentes do doente (incluindo dívidas consideradas incobráveis) e despesas médicas previstas.


III. PROCEDIMENTOS

A. Serviços Elegíveis ao Abrigo desta Apólice

1. Apoio Financeiro aplica-se exclusivamente aos Cuidados Clínicos Necessários, conforme descritos nesta apólice. Apoio Financeiro não abrange produtos de conveniência, alojamento em quarto privativo ou cirurgia cosmética não essencial. O médico assistente será consultado e o assunto encaminhado para o consultor médico designado pelo hospital na eventualidade de surgir uma questão relativa ao internamento ser considerado ou “Eletivo” ou “Clinicamente Necessário”.

B. Elegibilidade para Apoio Financeiro

1. A elegibilidade para Apoio Financeiro será considerada no caso de indivíduos sem seguro, com seguro insuficiente, inelegíveis para quaisquer programas de cuidados médicos governamentais, e que são incapazes de pagar pelos cuidados de saúde, de acordo com as necessidades financeiras apuradas ao abrigo desta apólice. O fornecimento de apoio basear-se-á no apuramento individual das necessidades financeiras e não terá em conta a raça, cor, ancestralidade ou origem nacional, sexo, idade, estado civil, condição social, estatuto de cidadania, orientação sexual, identidade de género, informações genéticas, afiliação religiosa ou com base na deficiência. A necessidade financeira será apurada de acordo com procedimentos que consistem na avaliação individual da insuficiência económica e poderão:
 - a. Incluir um processo de candidatura que exige a cooperação do doente ou do seu fiador ao fornecerem informação e outra documentação pessoal e financeira relevante para a determinação da insuficiência económica
 - b. Incluir o uso de fontes de informação públicas externas que forneçam informação acerca da capacidade de pagamento do doente ou seu fiador (tal como o perfil de crédito)
 - c. Incluir razoáveis esforços por parte do JHM na busca de fontes de pagamento alternativas apropriadas e cobertura por programas de pagamento públicos e privados, e apoio aos doentes na candidatura aos referidos programas

	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	Número da Política	PFS035
		Data Efetiva	10/01/2020
		Data de Aprovação	N/A
	<u>Assunto</u> Apoio Financeiro	Página	3 de 9
		Data de Substituição	02/01/2020

d. Considerar a disponibilidade de bens e restantes recursos financeiros do doente bem como a inclusão de uma análise das suas dívidas pendentes relativas a serviços prestados anteriormente e o seu histórico de pagamentos

C. Método pelo Qual os Doentes Se Podem Candidatar a Apoio Financeiro

1. É preferível, mas não obrigatório, que o fornecimento de Cuidados Clínicos Necessários sejam precedidos de um pedido de Apoio Financeiro e uma avaliação de insuficiência económica. Uma cópia do formulário de candidatura está disponível em [https:// www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services/](https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services/). Uma cópia física será enviada por correio mediante solicitação através do número gratuito 1-855-662-3017 ou 443-997-3370. A avaliação poderá, no entanto, ser realizada em qualquer fase do ciclo de cobrança. A necessidade de apoio financeiro será reavaliada a cada momento subsequente de serviço, caso a última avaliação financeira tenha ocorrido há mais de um ano, ou em qualquer momento em que informação adicional relevante para a elegibilidade para apoio financeiro do doente seja conhecida.

D. Verificação de Elegibilidade para Apoio Financeiro


O seguinte processo bifásico será observado sempre que um doente ou seu representante solicitar ou se candidatar a Apoio Financeiro, Apoio Clínico, ou ambos:

1. Primeira Fase: Verificação de Elegibilidade Provável


a. No prazo de dois dias úteis após o pedido inicial de Apoio Financeiro, candidatura a Apoio Clínico, ou ambos, os hospitais devem: (1) verificar a probabilidade de elegibilidade, e (2) comunicar o resultado da verificação ao doente e/ou seu representante. Para que se possa verificar a probabilidade de elegibilidade, o doente ou seu representante deverá fornecer informação relativa ao tamanho do agregado familiar, seguro e rendimentos. A verificação de elegibilidade provável será feita com base exclusiva nesta informação. Não será exigido nem necessário para a determinação da elegibilidade provável qualquer formulário de candidatura, verificação ou documentação de elegibilidade.

2. Segunda Fase: Decisão Final de Elegibilidade

- a. No seguimento da verificação de elegibilidade provável, os hospitais tomarão uma decisão final de elegibilidade para Apoio Financeiro com base nos rendimentos, tamanho do agregado familiar e recursos disponíveis. Todos os benefícios de seguros deverão ter sido esgotados. Todos os recursos financeiros serão considerados aquando da tomada de decisão final de elegibilidade. Tais recursos incluirão os pertencentes a terceiros e às entidades legalmente responsáveis pelo doente. As partes acima referidas serão designadas fiadores para efeitos desta apólice. Os doentes com um visto de viagem ativo poderão ser solicitados a fornecer informações adicionais relativas a residência e recursos financeiros disponíveis.
- b. Salvo disposição contrária desta apólice, o doente deverá preencher o seguinte: (a) o Formulário Uniformizado de Candidatura a Apoio Financeiro de Maryland, (b) JHHS Questionário de Perfil do Doente. O doente deverá fornecer ainda um Aviso de Verificação de Apoio Clínico (se aplicável), prova suficiente de outras despesas declaradas, documentação de suporte, e, caso esteja desempregado, prova razoável de desemprego, como uma declaração do Departamento de Seguro de Desemprego ou da atual fonte de apoio financeiro.
- c. O doente/fiador identificará todas as fontes de rendimento mensal e anualmente (tendo em conta o emprego sazonal e incrementos e/ou reduções temporários do rendimento). Informações correntes relativas a rendimentos e despesas profissionais deverão também ser fornecidas. A declaração de imposto sobre os rendimentos 1040 e Tabela C deverão ser entregues caso não existam rendimentos e despesas correntes. Exemplos de fontes de rendimento:
- Rendimentos de salários
 - Prestações de Reforma/Pensões
 - Rendimentos ou benefícios de trabalho independente
 - Pensão de alimentos do ex-cônjuge
 - Pensão de alimentos aos filhos
 - Abono familiar militar


	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A
	<i>Assunto</i> Apoio Financeiro	<i>Página</i>	4 de 9
		<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020

- vii. Apoio governamental
 - viii. Pensão
 - ix. Segurança social
 - x. Benefícios grevistas
 - xi. Seguro de desemprego
 - xii. Seguro de acidentes de trabalho
 - xiii. Benefícios para veteranos de guerra
 - xiv. Outras fontes, tais como rendimentos e dividendos, juros ou rendas recebidas.
- d. Espera-se que o candidato que seja elegível para cobertura de seguro através de um Plano de Saúde Qualificado ou para Apoio Clínico se candidate ao respectivo plano ou apoio e colabore na íntegra, exceto se o representante financeiro estabeleça prontamente que o doente seria incapaz de satisfazer os requisitos de elegibilidade. Enquanto a candidatura ao Apoio Clínico do doente está pendente, este será provisoriamente considerado coberto pela mesma e não lhe será exigido que preencha e entregue a Candidatura a Apoio Financeiro de Maryland. Se a candidatura a Apoio Clínico for indeferida, o doente terá então que preencher e entregar a Candidatura a Apoio Financeiro de Maryland.
- e. Para determinar a elegibilidade do doente para receber apoio financeiro, o JMH tomará como base de verificação um agregado familiar com rendimentos e as Diretrizes Federais da Pobreza mais recentes.
- i. Os doentes serão elegíveis para Apoio Financeiro se o nível máximo de rendimentos (de acordo com as regras da Medicaid) do agregado (marido e mulher, pessoas do mesmo sexo casadas) não exceder o nível de rendimento mínimo (relativo às diretrizes Federais de pobreza), e que não possuem Bens Líquidos, passíveis de liquidar a sua fatura com o JHM, em valor superior a USD 10,000.
 - ii. O Limiar Federal da Pobreza (FPL) são revistos anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviço Social dos EUA.
 - iii. Apoio financeiro será concedido na forma de cuidados de saúde gratuitos (um ajuste de 100% da sua conta com o JHM) ou a um custo reduzido (ajuste de 35%-75% da sua conta com o JHM) se os rendimentos do agregado familiar são iguais ou inferiores ao valor listado abaixo. Ajustes serão feitos como segue:
 - Rendimento do agregado familiar até 200% do FPL Ajuste 100%
 - Rendimento do agregado familiar entre 201% & 250% do FPL Ajuste 75%
 - Rendimento do agregado familiar entre 251% & 300% do FPL Ajuste 50%
 - Rendimento do agregado familiar entre 301% & 400% do FPL Ajuste 35%
- f. Doentes que já foram aprovados para Apoio Financeiro por um dos prestadores ao abrigo desta apólice não necessitam de se candidatar de novo e consideram-se elegíveis.
- g. O doente/fiador será informado por escrito em relação à decisão de elegibilidade para Apoio Financeiro, que incluirá uma explicação sucinta e o doente/fiador deve ser informado do direito de recorrer da decisão final de elegibilidade relativa a apoio financeiro. A Unidade de Educação da Saúde e Advocacia da Administração de Seguros de Maryland, está disponível para o apoio do doente/fiador ou do representante autorizado do doente no preenchimento e na mediação de um recurso. A carta-resposta deve conter por escrito o endereço, número de telefone, número de fax, endereço de e-mail, endereço postal e o site da Unidade de Educação da Saúde e Advocacia da Administração.
- h. Toda a informação recolhida de doentes e seus parentes será tratada confidencialmente. A garantia relativa à confidencialidade de informações do doente será fornecida tanto por escrito como ao nível verbal.
- i. Uma vez aprovado o doente, a cobertura de Apoio Financeiro entrará em vigor no mês da decisão e seis (6) seguintes meses de calendário.
- j. Após aprovação do doente, será proposto um plano de pagamento para liquidação do saldo remanescente após aplicação do auxílio de apoio financeiro. Qualquer plano de pagamento elaborado com base nesta apólice nunca poderá exceder um prazo de dois anos. O prazo de pagamento poderá ser alargado em circunstâncias extraordinárias e com a aprovação do gestor encarregado.
- k. Um departamento que opera programas no âmbito de subsídios ou outra autoridade externa (i.e. Psiquiatria) poderá continuar a decidir a elegibilidade para serviços específicos recorrendo ao processo de

	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A
	<u>Assunto</u> Apoio Financeiro	<i>Página</i>	5 de 9
		<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020


candidatura subsidiado pelo governo.

- l. Doentes que indicarem que estão desempregados e não possuem qualquer cobertura de seguro terão que entregar uma Candidatura de Apoio Financeiro, exceto se satisfizerem os critérios de Presumível Elegibilidade para Apoio Financeiro.
Se um doente está apto a beneficiar de cobertura COBRA, então a sua capacidade para pagar os prémios deste seguro será revista pelo Conselheiro Financeiro que fará recomendações ao Comité de Avaliação para Apoio Financeiro. Indivíduos com capacidade financeira para adquirir um seguro de saúde serão incentivados a fazê-lo por forma a garantir o acesso a serviços de cuidados médicos e em benefício da sua saúde geral.
 - m. Doentes cobertos por Planos de Saúde Qualificados que solicitem apoio para pagamento de despesas pessoais (co-pagamentos e franquias) relativas a despesas médicas resultantes de Cuidados Clínicos Necessários, terão que apresentar uma Candidatura para Apoio Financeiro.
 - n. Se a conta de um doente for entregue a uma empresa de cobrança, e o doente ou o fiador solicitar apoio financeiro ou aparentar ser elegível para apoio financeiro, a empresa de cobrança notificará a Direção de Faturação Operacional e encaminhará uma candidatura a apoio financeiro para o doente/fiador com instruções para devolver a candidatura preenchida à Direção de Faturação Operacional para análise e decisão, suspendendo a conta durante 45 dias até futuras orientações.
 - o. Os serviços fornecidos a doentes inscritos com Autofinanciamento Voluntário (prescindindo de coberturas de seguro ou faturação segura) não podem beneficiar de Apoio Financeiro.
 - p. O Vice-Presidente da Direção de Faturação Operacional ou seu representante poderá aceitar exceções de acordo com circunstâncias particulares.
- E. Presunção de Elegibilidade para Apoio Financeiro
1. Alguns doentes presumem-se elegíveis para deduções em apoios financeiros com base em circunstâncias de vida particulares. Doentes que são beneficiários/destinatários dos seguintes programas de serviços sociais sujeitos a prova de rendimentos são considerados elegíveis para receber cuidados de saúde gratuitos, após terem preenchido uma candidatura para apoio financeiro, bem como apresentação de provas de inscrição no prazo de 30 dias (30 dias adicionais permitidos, quando solicitados):
 - a. Agregados familiares com crianças abrangidas pelo programa de refeições gratuitas ou com custo reduzido
 - b. Programa de Assistência Nutrição Suplementar (SNAP)
 - c. Programa de assistência energética a agregados com baixos rendimentos
 - d. Mulheres, Bebés e Crianças (WIC)
 - e. Outros programas de serviços sociais sujeitos a prova de rendimentos considerados elegíveis para apólices de cuidados de saúde gratuitos pelo Departamento de Saúde e Higiene Mental (DHMH) e Comité de Revisão de Custos de Serviços de Saúde (HSCRC), conforme regulamento da HSCRC COMAR 10.37.10.26
 2. A presunção de elegibilidade para apoio financeiro será concedida nas seguintes circunstâncias, sem que seja necessário preencher um formulário de candidatura mas com prova de verificação da situação descrita:
 - a. Um doente coberto por Apoio Clínico Ativo de Farmácia;
 - b. Cobertura QMB/cobertura SLMB
 - c. Doentes com Pedidos Urgentes do Sistema de Saúde Pública
 - d. Doentes falecidos sem registo de património
 - e. Doentes considerados sem abrigo
 - f. Doentes que apresentam uma escala de taxas móvel ou aprovação de apoio financeiro por um Centro de Saúde Federal Qualificado ou Departamento de Saúde da Cidade ou Condado
 - g. Doentes com Apoio Clínico e Planos de Saúde Medicaid para serviços prestados no serviço de urgências para além das coberturas oferecidas pelos referidos programas
 - h. Serviços de Obstetrícia e Maternidade Medicaid do Departamento de Saúde- para doentes ambulatoriais não urgentes e não cobertos por Apoio Clínico
 - i. Inscritos ativos no Centro de Saúde Chase Brexton
 - j. Inscritos ativos no Programa Healthy Howard
 - k. Doentes referidos para o SH por um programa local que se tenha associado ao SH para fornecer acesso a

	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A
	<i>Assunto</i> Apoio Financeiro	<i>Página</i>	6 de 9
		<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020

cuidados de saúde de internamento e ambulatório a doentes com rendimentos baixos (Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Montgomery Cares, Primary Care Coalition, Project Access, e Proyecto Salud).

3. A presunção de elegibilidade para Apoio Financeiro é concedido apenas para serviços correntes e contas existentes-não se estende a serviços futuros.
 4. Para determinar a elegibilidade do doente para receber apoio financeiro, o JMH tomará como base de verificação um agregado familiar com rendimentos e as Diretrizes Federais da Pobreza mais recentes.
 - a. O Limiar Federal da Pobreza (FPL) são revistos anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviço Social dos EUA.
 - b. Apoio financeiro será concedido na forma de cuidados de saúde gratuitos (um ajuste de 100% da sua conta com o JHM) ou a um custo reduzido (ajuste de 35%-75% da sua conta com o JHM) se os rendimentos do agregado familiar são iguais ou inferiores ao valor listado abaixo. Ajustes serão feitos como segue:
 - i. Rendimento do agregado familiar até 200% do FPL Ajuste 100%
 - ii. Rendimento do agregado familiar entre 201% & 250% do FPL Ajuste 75%
 - iii. Rendimento do agregado familiar entre 251% & 300% do FPL Ajuste 50%
 - iv. Rendimento do agregado familiar entre 301% & 400% do FPL Ajuste 35%
- F. Apoio Médico para Insuficiência Económica
1. Doentes elegíveis para Apoio Financeiro mas que foram considerados como tendo incorrido em Insuficiência Económica Médica podem ser considerados aptos para receber Apoio Médico para Insuficiência Económica. O JHM prestará Cuidados Clínicos Necessários a custo reduzido a doentes com rendimentos familiares acima dos 400% do FPL mas abaixo dos 500% do Nível Federal de Pobreza.
 2. A Insuficiência Económica Médica traduz-se em uma Dívida Médica relacionada com Cuidados Clínicos Necessários incorridos por uma família ao longo de um período de 12 meses que excede 25% dos rendimentos familiares. A Dívida Médica define-se como os gastos próprios com despesas médicas com Cuidados Clínicos Necessários faturados pelo hospital Johns Hopkins, bem como os prestados por fornecedores do Johns Hopkins. Os gastos próprios acima referidos não incluem co-pagamentos, co-seguros ou franquias, salvo se o doente se situar abaixo dos 200% das Diretrizes Federais de Pobreza. Doentes com rendimentos do agregado de até 500% do FPL e insuficiência económica receberão um ajuste de 25%.
 3. Fatores considerados aquando da concessão de Apoio Médico para Insuficiência Económica:
 - a. Dívidas Médicas incorridas ao longo dos doze (12) meses que antecedem a data da Candidatura para Apoio Financeiro para Insuficiência Económica nas instalações de tratamento Hopkins onde a candidatura foi apresentada
 - b. Bens Líquidos (resultando num valor residual de USD 10,000)
 - c. Rendimento Familiar dos doze (12) meses que antecedem a data da Candidatura para Apoio Financeiro para Insuficiência Económica
 - d. Documentação de Suporte.
 4. Após aprovação do doente para Apoio Médico para Insuficiência Económica, esta cobertura entrará em vigor no mês em que é prestado o primeiro serviço qualificador e doze (12) meses de calendário seguintes. A cobertura abrangerá os membros da Família Direta que habitam na mesma residência. O doente e os membros da Família Direta terão acesso a Cuidados Clínicos Necessários a custo reduzido sempre que solicitarem cuidados de saúde posteriores nos hospitais Johns Hopkins, ao abrigo desta apólice pelo período de doze (12) meses de calendário, com início na data em que os Cuidados Clínicos Necessários a custo reduzido foram inicialmente recebidos. A cobertura não abrange Internamentos Eletivos nem procedimentos cosméticos Eletivos. Contudo, o doente ou o membro da Família Imediata que reside no mesmo domicílio deverá informar o hospital relativamente à sua elegibilidade para Cuidados Clínicos Necessários a custo reduzido aquando da inscrição ou internamento.
 5. Se uma dedução percentual for concedida ao doente em virtude de Insuficiência Económica Médica, recomenda-se que este efetue um pagamento de boa fé no início do período de Apoio Médico para Insuficiência Económica. Na sequência de pedidos de doentes sem seguro e com um nível de rendimento que se situe no âmbito das diretrizes relativas a Rendimentos de Insuficiência Económica Médica, o JHHS providenciará um plano de pagamento ao doente.


	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035	
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020	
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A	
	<i>Assunto</i>	Apoio Financeiro	<i>Página</i>	7 de 9
			<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020

6. Qualquer plano de pagamento elaborado com base nesta apólice nunca poderá exceder um prazo de dois anos. O prazo de pagamento poderá ser alargado em circunstâncias extraordinárias e com a aprovação do gestor encarregado.
 7. O JHM aplicará o encargo reduzido mais favorável ao doente em casos em que este seja elegível para cuidados de saúde a custo reduzido ao abrigo dos critérios de Apoio Financeiro bem como ao abrigo das Diretrizes relativas ao Apoio Médico para Insuficiência Económica.
- G. Aviso da Apólice de Apoio Financeiro, Educação do Doente, Comunicação e Alcance
1. O aviso individual relativo à apólice de apoio financeiro do hospital será fornecido aquando do pré-internamento ou internamento a cada indivíduo que procurar serviços no hospital. O JHM abordará com o doente ou com a família do mesmo quaisquer preocupações financeiras que possa ter.
 2. Os hospitais Johns Hopkins divulgarão a informação relativa à sua apólice de Apoio Financeiro anualmente por aviso a publicarem um jornal de circulação geral na jurisdição que serve. O referido aviso será publicado em um formato que seja compreensível pelas populações da sua área de serviço.
 3. O Aviso aos Doentes relativo à Disponibilidade de Apoio Financeiro será fixada em centros de registo de doentes, departamentos de admissões/corporativos e serviço de urgências de cada unidade. O Aviso será publicado na página de internet de cada hospital, mencionado no decurso de comunicações verbais, e enviado aos doentes juntamente com as suas faturas. Uma cópia da apólice de Apoio Financeiro será publicada na página de internet de cada unidade e será fornecida a quem a solicitar.
 4. Um aviso individual relativo à disponibilidade de apoio financeiro ao abrigo desta apólice será igualmente fornecido a doentes obstétricas que solicitem serviços nos hospitais por ela abrangidos aquando de iniciativas de sensibilização, serviços pré-natais, pré-internamento ou internamento.
 5. Uma Ficha de Faturação ao Doente e Informação sobre Apoio Financeiro será fornecida aos doentes antes deste receber os cuidados programados hospitalares, antes de lhe ser dada alta, aquando da emissão da fatura, e estará disponível sempre que o doente a solicitar.
 6. Encontra-se na página de internet do JHM um Resumo em Linguagem Corrente desta apólice que será igualmente disponibilizada a todos os doentes.
- H. Descoberta de Elegibilidade à Posteriori
1. Na eventualidade de se descobrir que o doente era elegível para receber cuidados médicos gratuitos em uma data específica de serviço (empregando os critérios de elegibilidade aplicáveis para essa data), e que essa data se situa a menos de dois (2) anos da descoberta, o doente/ fiador será reembolsado de todas as quantias superiores a USD 25 pagas.
 2. Caso a documentação hospitalar demonstre falta de colaboração por parte do doente ou fiador no que respeita o fornecimento de informação para verificação de elegibilidade para cuidados médicos gratuitos, o prazo de dois (2) anos referido acima poderá ser reduzido para trinta (30) dias a contar da data da solicitação inicial de informação.
 3. O doente ou fiador não serão reembolsados de quaisquer quantias que resultariam na perda de elegibilidade financeira para cobertura médica no caso de o doente estar inscrito num plano governamental de cuidados médicos sujeito a prova de rendimento em que o doente tenha por obrigação o pagamento de serviços hospitalares.


IV. DEFINIÇÕES

No âmbito desta apólice, os termos abaixo são definidos conforme segue:

Dívida Médica	Dividas Médicas são despesas próprias de custos médicos resultantes de Cuidados Médicos Necessários faturados por um hospital John Hopkins ou prestador Johns Hopkins coberto por esta apólice. Despesas próprias não abrangem co-pagamentos, co-seguros e franquias. Dívidas Médicas não incluem faturas hospitalares ou médicas que o doente optou por registar como Autofinanciamento Voluntário (prescindindo de coberturas de seguro ou faturação segura)
---------------	--

	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A
	<i>Assunto</i> Apoio Financeiro	<i>Página</i>	8 de 9
		<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020

Bens Líquidos	Dinheiro, títulos, notas promissórias, ações, obrigações, Título da Dívida Pública Americana, contas correntes, contas poupança, fundos mutualistas, Certificados de Depósito Bancário, apólices de seguro vida com valores de resgate em dinheiro, contas a receber, pensões, ou outros bens imediatamente convertíveis em dinheiro. Um porto seguro de USD 150.000 em patrimônio líquido referente à habitação principal do doente <u>não será considerado</u> um bem prontamente convertível em dinheiro. Um automóvel utilizado para as necessidades de transporte do doente ou de qualquer membro familiar do mesmo, não deve ser considerado como um bem convertível em dinheiro. O patrimônio líquido de qualquer outro bem real ficará sujeito a liquidação. Bens Líquidos não incluem a desmobilização de ativos aos quais a Autoridade Tributária Federal concedeu tratamento fiscal preferencial na forma de conta de retiradas, incluindo planos de remuneração diferidos qualificados no âmbito do Código Tributário Federal ou planos de remuneração não qualificados. Quaisquer recursos excluídos na determinação da elegibilidade financeira nos termos do Programa de Assistência Médica sob a Lei de Seguro Social não devem ser considerados como bens convertíveis em dinheiro. Os fundos pré-pagos do ensino superior na conta do Programa Maryland 529 não devem ser considerados um bem convertível em dinheiro. Os bens monetários excluídos da determinação dos Bens Líquidos devem ser ajustados anualmente pela inflação de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor.
Internamento Eletivo	Um internamento hospitalar para o tratamento de uma estado clínico não considerado Estado Clínico Urgente.
Família Direta	O membro da família direta de um menor define-se como sua mãe, pai, irmãos menores solteiros(as) biológicos ou adotados, que habitam na mesma residência. O membro da família direta de um adulto define-se como seu parceiro(a), filhos menores solteiros(as) biológicos ou adotados, que habitam na mesma residência.
Estado Clínico Urgente	Um estado clínico que se manifesta através de sintomas agudos e suficientemente severos, acompanhados de dor extrema ou outros sintomas agudos, tais que seria expectável que a falta de cuidados médicos imediatos resultaria em qualquer dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave risco para a saúde do doente; 2. Danos graves em quaisquer funções corporais; 3. Grave disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. 4. Relativamente a uma grávida: <ol style="list-style-type: none"> a. Que existe tempo insuficiente para efetuar a transferência em segurança para outro hospital antes do parto. b. Que uma transferência poderá representar uma ameaça para a saúde e segurança da doente ou do feto. c. Que existem indícios do surgimento e persistência de contrações uterinas ou ruptura das membranas.
Serviços e Cuidados de Urgência	Rastreamento médico, exame e avaliação por um médico, ou, dentro dos limites permitidos pela lei aplicável, por outro pessoal adequado sob a supervisão do médico, para averiguar da existência de um estado clínico urgente e, caso exista, os cuidados, tratamento ou cirurgia necessários para aliviar ou eliminar o estado clínico urgente, realizados por um médico e na medida permitida pela capacidade de serviço do hospital.
Cuidados Médicos Necessários	Tratamento médico necessário para tratar um Estado Clínico Urgente. Cuidados médicos necessários para efeitos desta apólice não inclui procedimentos Eletivos ou cosméticos.
Internamento Médico Necessário	Um internamento hospitalar para o tratamento de um Estado Clínico Urgente.
Rendimento Familiar	Os salários, ganhos, gorjetas, juros, dividendos, distribuições societárias, rendas recebidas, reformas/pensões, benefícios da Segurança Social e outros rendimentos, conforme definidos pela Autoridade Tributária Federal, auferidos pelo doente e/ou pessoa responsável para todos os membros da Família Direta que habitam na residência. O tamanho da Família Direta deve ser usado na determinação dos bens familiares do doente.

	Johns Hopkins Medicina Finanças Manual de Políticas de Apoio Financeira Geral	<i>Número da Política</i>	PFS035
		<i>Data Efetiva</i>	10/01/2020
		<i>Data de Aprovação</i>	N/A
	<i>Assunto</i> Apoio Financeiro	<i>Página</i>	9 de 9
		<i>Data de Substituição</i>	02/01/2020

Tamanho da Família Direta	<p>O tamanho da família que consiste no doente e, no mínimo, nos seguintes indivíduos: 1. Um cônjuge, independentemente se o doente e o cônjuge esperam apresentar uma declaração conjunta de imposto de renda federal ou estadual; 2. Filhos biológicos, filhos adotivos ou enteados; 3. Qualquer a quem o doente reivindique isenção pessoal em uma declaração de imposto de renda federal ou estadual.</p> <p>Para um doente que é uma criança, o tamanho da família deve consistir na criança e nos seguintes indivíduos: 1 Pais biológicos, pais adotivos, padrastos/madrastas ou tutores; 2. Irmãos biológicos, irmãos adotivos ou meio-irmãos; 3. Qualquer a quem os pais ou tutores do doente reivindique isenção pessoal em uma declaração de imposto de renda federal ou estadual.</p>
Documentação de Suporte	Canhoto de pagamento; W-2s; 1099's; seguro de acidentes de trabalho; cartas de atribuição de pensão por invalidez da Segurança Social; extrato bancário ou de corretagem; declarações de rendimento; apólices de seguro de vida; avaliações imobiliárias e relatórios de agencias de crédito; Explicação de Benefícios para corroborar Dívidas Médicas.
Plano de Saúde Qualificado	Ao a brigo da Lei de Cuidados de Saúde Acessíveis, que entrou em vigor em 2014, um plano de seguro certificado no Mercado de Seguros de Saúde, fornece benefícios essenciais, cumpre os limites estabelecidos relativos a repartição de custos (tais como franquias, co-pagamentos, despesas próprias máximas), e satisfaz outros requisitos. Um plano de saúde qualificado terá uma certificação por cada mercado que o comercializa.

V. REFERÊNCIA

JHHS Manual de Políticas e Procedimentos Financeiros

- Política Nº. PFS120 - Assinatura Autorizada: Serviço Financeiro de Doentes
- Política Nº. PFS034 - Pagamentos em Prestações
- Política Nº. PFS046 - Cobranças Voluntárias

Cuidados de Saúde de Caridade e Dívidas Incobráveis, AICPA Guia de Auditoria de Cuidados Médicos

Código de Regulamentos de Maryland COMAR 10.37.10.26, et seq

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

Diretrizes Federais de Pobreza (Revistas anualmente) no Registo Federal

VI. PATROCINADOR

- Vice-Presidente da Direção de Faturação Operacional (JHHS)
- Director, PFS Operações (JHHS)

VII. CICLO DE REVISÃO

Dois (2) anos

VIII. APROVAÇÃO

Assinatura(s) Digital	Data
------------------------------	-------------