Sutter Health	Data efetiva: 1/12/1998 Data final aprovada: 01/3/2007 Data de revisão: 26/10/2015 Nova data de revisão: 26/10/2018
	Proprietário: Patrick McDermott, Vice-Presidente de Ciclo de Receitas
	Área da política: Finanças
	Referências: Serviços financeiros do paciente

POLÍTICA SOBRE faturamento e cobranças para os Hospitais da Sutter Health

PROPÓSITO

O propósito da política é fornecer diretrizes claras para que as instalações hospitalares do Sutter Health conduzam as funções de faturamento e cobrança de maneira compatível com as leis aplicáveis

POLÍTICA

É política do Sutter Health faturar os pacientes e terceiros pagadores de modo aplicável, regular e consistente com as leis e regulamentações aplicáveis, incluindo, sem limitação, a seção do California Health and Safety Code section 127400 et seq. e as regulamentações emitidas pelo Ministério da Fazenda dos Estados Unidos, sob a seção 501(r) do Código de Receita Interna.

ESCOPO

Esta política aplica-se a todas as instalações hospitalares licenciadas, operadas pela Sutter Health ou uma Entidade Afiliada (pois este termo é definido nos contratos da Sutter Health), e todos os outros hospitais nos quais a Sutter Health e/ou uma Entidade Afiliada tenha um controle de votação ou interesse de equidade maior que 50% (doravante mencionado como “Hospital” ou “Hospitais da Sutter”). Esta política também se aplica a qualquer agência de cobrança trabalhando em nome do Hospital. A menos que especificado de outra forma, essa política não se aplica a médicos ou outros provedores de serviços médicos, incluindo médicos de setores de emergência, anestesistas, radiologistas, residentes, patologistas etc., cujos serviços não estão incluídos na conta do Hospital. Esta política não cria uma obrigação para o Hospital pagar tais serviços médicos ou de outros provedores médicos. Na Califórnia, um médico de emergência que fornece serviços de emergência em um hospital é obrigado a oferecer descontos a pacientes não segurados ou com altos custos médicos com até 350% de nível de pobreza federal.

DEFINIÇÕES

Ação de cobrança extraordinária**:** Uma “Ação de cobrança extraordinária” é qualquer um dos itens a seguir:

(i) qualquer ação para obter pagamento de um Paciente que necessite de processo legal ou judicial, incluindo, sem limitação, o ajuizamento de ação;

(ii) venda de uma dívida do Paciente ao Hospital a terceiros, incluindo, sem limitação, uma Agência de Cobrança;

(iii) informações adversas sobre um Paciente a uma agência de relatório de crédito do consumidor ou comissão de crédito;

(iv) comprometimento de uma conta bancária;

(v) prisão relacionada à coleta ou dívida;

(vi) embargo de salário;

(vii) retenção da residência ou outra propriedade pessoal ou real;

(viii) execução de hipoteca em propriedade real ou pessoal;

(ix) atraso ou recusa de cuidados médicos necessários com base na existência de um saldo devedor relacionado a serviços anteriores; ou

(x) obtenção de uma ordem para exame.

As Ações de Cobrança Extraordinárias não incluem a asserção de, ou cobrança sob, uma retenção pleitada sob as seções do Código Civil 3040 ou 3045. Além do mais, apresentar uma reclamação em um procedimento de falência não é uma Ação de Cobrança Extraordinária.

Paciente: Um Paciente inclui o indivíduo que recebeu serviços no Hospital. Para fins desta política, o paciente inclui qualquer pessoa financialmente responsável pelo seu tratamento.

Política de assistência financeira: A "Política de assistência financeira" é a Política do Hospital da Sutter Health sobre Assistência Financeira (Cuidados Filantrópicos), que descreve o programa de Assistência Financeira do Sutter Health — incluindo os critérios que os pacientes devem atender para serem qualificados a receberem assistência financeira, bem como se candidatarem à Assistência financeira.

Assistência financeira: A "Assistência financeira" refere-se ao Tratamento filantrópico total e ao Tratamento filantrópico de Custos Médicos, conforme definição desses termos na Política de Hospital sobre Assistência Financeira (Tratamento Filantrópico)

Idioma Principal da Área de Serviço do Hospital: Um "Idioma Principal da Área de Serviço do Hospital" é um idioma usado por menos de 1.000 pessoas ou 5% da comunidade atendida pelo Hospital, com base na Avaliação de Necessidades de Saúde da Comunidade mais recente, realizada pelo Hospital.

Paciente não segurado Um "Paciente não segurado" é um paciente sem fonte de pagamento terceirizada para qualquer parte das suas despesas médicas, incluindo, sem limitação, seguros comerciais ou de outro tipo, programas de assistência à saúde governamentais ou responsáveis terceirizados, e inclui um paciente cujos benefícios sob qualquer possível fonte de pagamento foram esgotados antes da admissão.

Paciente segurado: Um "Paciente Segurado" é um paciente que tem pagamento terceirizado para uma parte das suas despesas médicas.

Responsabilidade do paciente: "Responsabilidade do paciente" é o valor no qual um Paciente segurado é responsável por pagar após a cobertura do terceiro do paciente tiver determinado o valor dos benefícios do paciente.

Agência de cobrança: Uma "Agência de cobrança" é qualquer entidade contratada pelo Hospital para buscar ou cobrar o pagamento dos Pacientes.

Cobranças faturadas: "Cobranças faturadas" são os valores sem desconto que um Hospital normalmente cobra por itens e serviços.

PROCEDIMENTOS

A. Faturamento de terceiros pagadores

1. Obtenção de informações sobre cobertura: Os hospitais devem se esforçar para obter as informações sobre os Pacientes sobre se o seguro de saúde privado ou público ou o patrocínio pode cobrir total ou parcialmente os serviços oferecidos pelo Hospital ao Paciente.

2. Faturamento de terceiros: Os Hospitais devem buscar de forma diligente todos os valores devidos de terceiros pagadores, incluindo, mas não limitando-se a, pagadores contratados e não contratados, pagadores de indenização, seguradoras de responsabilidade civil e pagadores de programa governamental que possam ser financialmente responsáveis pelos cuidados ao Paciente. A Sutter Health irá cobrar a todos os terceiros pagadores fornecidos ou confirmados pelo Paciente ou seu representante de modo pontual.

3. Resolução de Litígios com Terceiros Pagadores: Antes de iniciar um litígio ou arbitragem contra um terceiro pagador, os Hospitais devem consultar ou estar em conformidade com a Política para Início de Litígio ou Arbitragem contra terceiros pagadores.

B. **Faturamento de pacientes:** Cada indivíduo do Hospital responsável pela Finança, ou designado, deve conceder aos Serviços Compartilhados da Sutter Health a autoridade de fazer a cobrança aos Pacientes.

1. Faturamento de paciente segurado: Os Hospitais devem prontamente faturar os Pacientes Segurados em relação ao valor de Responsabilidade do Paciente, conforme calculado pela Explicação de Benefícios (EOB) e direcionar a fatura ao terceiro pagador.

2. Faturamento de paciente não segurado: Os Hospitais devem prontamente faturar os Pacientes não segurados pelos itens e serviços fornecidos pelo Hospital, usando as Cobranças Faturadas pelo Hospital, menos o Desconto de Não Segurando Padrão ou o Desconto de Não Segurado Rural, conforme a seguir:

   a. Desconto de não segurado padrão: 40% de redução em Cobranças Faturadas para Serviços de Internação 20% de redução em Cobranças Faturadas para Serviços Ambulatoriais.

   b. Desconto de não segurado rural**:** 20% de redução em Cobranças faturadas para Serviços de Internação e Ambulatoriais em Hospitais rurais. Sutter Lakeside Hospital and Center for Health, Sutter Coast Hospital e Sutter Amador Hospital são hospitais rurais.

   O Desconto de Paciente Não Segurado não se aplica a pacientes qualificados para Assistência Financeira ou que recebem serviços já com desconto (isto é, descontos em pacote para serviços cosméticos). O preço da taxa de caso e de pacote não deve resultar em um pagamento esperado menor que o esperado pelo Hospital, caso o Desconto de Paciente Não Segurado tenha sido aplicado a Cobranças faturadas para os serviços.

3. Informações de assistência financeira: Todas as faturas aos Pacentes devem incluir um Aviso de Direitos, anexado como Anexo A nessa Política, incluindo um resumo da Assistência Financeira disponível a Pacientes qualificados.

4. Extrato detalhado: Todos os pacientes podem solicitar um extrato detalhado da conta a qualquer momento.

5. Desconto para pagamento à vista**:** Todas as faturas do paciente devem incluir informações sobre o Desconto para pagamento à vista. O Desconto para pagamento à vista é um ajuste adicional da conta do Hospital, disponível para Pacientes Não Segurados que pagam à vista. O Desconto para pagamento à vista é um desconto de 10% do valor total cobrado ao Paciente não segurado após todos os descontos terem sido aplicados. Um Paciente não segurado é elegível a este desconto se o pagamento for feito no período do serviço ou em até 30 dias corridos da data da primeira fatura ao paciente.

6. Contestamento: Qualquer paciente pode contestar um item ou cobrança na conta. Os pacientes podem contestar por escrito ou pelo telefone a um representante de serviço do cliente. Se um paciente solicitar uma documentação relacionada à conta, os membros da equipe se esforçarão para fornecer a documentação solicitada em até (10) dias. Os Hospitais manterão a conta por, no mínimo, (30) dias após o paciente contestar, antes de realizar outras atividades de cobrança.

C. PRÁTICAS DE COBRANÇA

1. Práticas de cobrança gerais: De acordo com essa Política, os Hospitais podem realizar cobranças, de modo adequado, para obter o pagamento dos Pacientes. As atividades de cobrança gerais podem incluir a emissão de extratos do paciente, telefonemas e indicação de que os extratos foram enviados ao paciente ou ao terceiro responsável. Os hospitais devem desenvolver procedimentos para garantir que as perguntas do paciente e reclamações sobre contas sejam pesquisadas e corrigidas quando apropriado, com acompanhamento pontual junto ao paciente.

2. Proibição de ação de cobrança extraordinária: Os Hospitais e as Agências de Cobrança **não** devem utilizar a Ação de Cobrança Extraordinária para tentar cobrar um Paciente.

3. Sem cobrança durante o processo de aplicação à Assistência Financeira: O Hospital e as Agências de Cobrança não devem cobrar ao Paciente que enviou uma aplicação à Assistência Financeira e deve reembolsar qualquer valor recebido pelo paciente antes ou durante a pendência da aplicação do paciente.

4. Proibição do uso das Informações da Aplicação à Assistência Financeira: Os Hospitais e as Agências de Cobrança não podem usar em atividades de cobrança qualquer informação obtida de um Paciente durante o processo de aplicação para Assistência Financeira. Nesta seção, não há nada que proíba o uso de informações obtidas pelo Hospital ou Agência de Cobrança independentemente do processo de qualificação à Assistência Financeira.

5. Planos de pagamento :

    i. Paciente qualificado: Os Hospitais e qualquer Agência de cobrança que age em nome do Hospital devem oferecer aos Pacientes não segurados e a qualquer paciente que se qualifica para Assistência financeira a opção de entrar em um acordo para pagar a Responsabilidade do Paciente (para Pacientes segurados) e qualquer valor devido com o tempo. Os Hospitais também devem entrar em planos de pagamento para Pacientes Segurados que indicam a incapacidade em pagar um valor de Responsabilidade do Paciente em uma parcela.

    ii. Termos dos Planos de Pagamento: Todos os planos de pagamento não devem ter juros. Os pacientes devem ter a oportunidade de negociar os termos do plano de pagamento. Se um Hospital e o Paciente forem incapazes de concordar com os termos do plano de pagamento, o Hospital deve ampliar uma opção de plano de pagamento, na qual o Paciente pode fazer um pagamento mensal de, no máximo, 10% da renda familiar mensal do Paciente, após excluir os gastos fixos

essenciais. Os "gastos fixos essenciais" significam as despesas para: aluguel ou prestação de financiamento da casa e manutenção, alimentos e utilidades domésticas, utilitários e telefone, vestuário, pagamentos médicos e odontológicos, seguro, escola ou creche, pensão para filho ou cônjuge, transporte e despesas pessoais, incluindo seguro, gás e reparos, pagamentos de prestações, lavanderia e limpeza e outras despesas extraordinárias.

iii. Declaração de inoperabilidade do plano de pagamento: Um plano de pagamento estendido pode ser declarado como não operativo após o paciente não fazer todos os pagamentos consecutivos devidos em um período de 90 dias. Antes de declarar o plano de pagamento estendido como não operacional, o Hospital ou a Agência de Cobrança deve ter feito tentativas de contatar o paciente por telefone e obter aviso por escrito de que o plano de pagamento estendido pode se tornar inoperativo e que o Paciente tem a oportunidade de renegociar o plano de pagamento estendido. Antes de o plano de pagamento estendido ser considerado inoperativo, o Hospital ou a Agência de Cobrança deve tentar renegociar os termos do plano de pagamento estendido, se solicitado pelo paciente. Para esta seção, o aviso e o telefonema ao paciente devem ser feitos com o número de telefone conhecido e endereço mais recentes do paciente. Após um plano de pagamento ser declarado inoperativo, o Hospital ou Agência de Cobrança pode iniciar as atividades de coleta de modo consistente com essa política.

6. Agências de cobrança: Os Hospitais devem encaminhar às contas do paciente a uma Agência de Cobrança, sujeita às condições a seguir:

   i. A Agência de Cobrança deve ter um acordo por escrito com o Hospital;

   ii. O acordo por escrito entre o Hospital e a Agência de Cobrança deve constar que o desempenho das funções da Agência de Cobrança deve estar em conformidade com a missão, visão, valores principais, os termos da Política de Assistência Financeira, esta Política de Faturamento e Cobrança e a Lei de Preço Justo do Hospital, seções de Código de Saúde e Segurança 127400 a 127446;

   iii. A Agência de Cobrança deve concordar em não se envolver em qualquer Ação de cobrança extraordinária para cobrar uma dívida do paciente;

   iv. O Hospital deve manter a propriedade da dívida (isto é, a dívida não é "vendida" à agência de cobrança);

   v. A Agência de Cobrança deve ter processos implementados para identificar pacientes que possam se qualificar à Assistência Financeira, comunicar a disponibilidade e os detalhes da Política de assistência financeira a esses pacientes e encaminhar os pacientes que procuras a Assistência Financeira aos Serviços Financeiros do Paciente do Hospital em 855-398-1633 ou na sutterhealth.org. A Agência de Cobrança não deve cobrar um pagamento ao Paciente que enviou uma aplicação à Assistência Financeira e deve reembolsar qualquer valor recebido pelo paciente antes ou durante a pendência da aplicação do paciente.

   vi. Todos os terceiros pagadores devem ser corretamente cobrados, o pagamento de um terceiro pagador não deve esta pendente e a dívida restante deve ser de responsabilidade do paciente. Uma Agência de Cobrança não deve cobrar um paciente qualquer valor que um terceiro pagador é obrigado a pagar.

   vii. A Agência de Cobrança deve enviar a cada paciente uma cópia do Anexo A, o Aviso de Direitos.

viii. No mínimo, deve ter se passado 120 dias desde que o Hospital enviou a fatura inicial ao Paciente na conta.

ix. O Paciente não está negociando um plano de pagamento ou fazendo pagamentos parciais regulares de uma quantia razoável.

D. **Responsabilidade de terceiros**:

Nada nessa política evita que as afiliadas do hospital ou agências de cobrança externas de buscar a responsabilidade de terceiros de modo consistente com a Política de Retenção de Terceiro.

REFERÊNCIA[1]

Seção de código de receita interna 501(r)

Código 26 de regulamentações federais 1.501(r)-1 a 1.501(r)-7

Seção do California Health and Safety Code 124700 a 127446

Esta política deve ser lida com a Política de Faturamento e Cobrança da Sutter Health.

Anexo A -- Aviso de Direitos

[1] Ao consultar outras políticas incluídas no PolicyStat, você poderá criar um hiperlink para acesso rápido.

Obrigado por selecionar a Sutter Health para os seus serviços recentes. Em anexo, há um extrato das cobranças pela sua visita hospitalar. **O pagamento deve ser feito imediatamente.** Você pode ter direitos a descontos se atender a determinadas qualificações financeiras, discutidas abaixo, ou se enviar o pagamento à vista.

Esteja ciente de que esse é o faturamento para serviços hospitalares somente. Pode haver cobranças adicionais para serviços que serão fornecidos por médicos durante a sua estada no hospital, como contas de médico e qualquer anestesista, patologista, radiologista, serviços de ambulância ou outros profissionais médicos que não são funcionários do hospital. Você pode receber uma conta separada por esses serviços.

Resumo dos seus direitos: As leis estaduais e federais exigem que os cobradores de dívidas o tratem justamente e os proíbem de fazer declarações falsas ou ameaças de violência, usando idioma obsceno ou profano ou se comunicarem de forma inapropriada com terceiros, incluindo o seu empregador. Exceto em circunstâncias incomuns, os cobradores de dívidas não podem entrar em contato com você antes das 8h ou após 9h. Em geral, um cobrador de dívidas não pode fornecer informações sobre a sua dívida a outra pessoa que não seja seu advogado ou cônjuge. Um cobrador de dívidas pode entrar em contato com outra pessoa para confirmar a sua localização ou executar uma sentença. Para obter mais informações sobre as atividades de cobrança de dívidas, você pode entrar em contato com a Comissão de Comércio Federal pelo telefone 1-877-FTC-HELP (328-4357) ou online em www.ftc.gov.

Os serviços de aconselhamento de crédito não lucrativos, bem como a assistência ao consumidos em escritórios de serviços jurídicos locais, podem estar disponíveis na sua área. Entre em contato com o escritório de Serviços Financeiros para o Paciente em 855-398-1633 para aconselhamento

A Sutter Health tem acordos com agências de cobrança externas para cobrar os pagamentos dos pacientes. As Agências de Cobrança são obrigadas a entrar em conformidade com as políticas hospitalares. As Agências de Cobrança também são obrigadas a reconhecer e a cumprir com qualquer plano de pagamento acordado pelo hospital e o paciente.

Assistência Financeira (Cuidados Filantrópicos): A Sutter Health está comprometida em fornecer assistência financeira a pacientes de baixa renda qualificados que têm seguro parcial, ou seja, o paciente paga uma parte significativa do tratamento. A seguir, há um resumo sobre os requisitos de elegibilidade para Assistência Financeira e o processo de aplicação para o paciente que deseja Assistência Financeira. As categorias a seguir de pacientes estão elegíveis para Assistência Financeira:

- Os pacientes que não têm fonte de pagamento de terceiros, como uma empresa de seguro ou programa governamental, para qualquer parte das despesas médicas **e** com renda familiar abaixo de 400% do nível de pobreza federal.
- Pacientes que são cobertos por seguro mas têm (i) renda familiar de até 400% do nível de pobreza federal; **e** (ii) as despesas médicas pessoais ou da família (pagas pela afiliada do hospital paga por outros prestadores de serviço nos últimos 12 meses) que ultrapassam 10% da renda familiar do paciente.
- Os pacientes que são cobertos pelo seguro, mas esgotaram os benefícios antes ou durante da estada no hospital e têm renda familiar de até 400% do nível de pobreza federal.

Você pode se candidatar à Assistência Financeira usando o formulário de candidatura disponibilizado pelos Serviços Financeiros do Paciente, localizados dentro dos Departamentos de Acesso/Registro do paciente no Hospital ou pelo telefone dos Serviços Financeiros do Paciente em 855-398-1633 ou na Sutter Health ou no site do Hospital (www.sutterhealth.org). Você também pode enviar uma aplicação ao falar com um representante dos Serviços Financeiros do Paciente, que irá ajudá-lo a preencher a aplicação. Durante o processo de aplicação, você será solicitado a fornecer informações relacionadas ao número de pessoas na sua família, sua renda mensal e outras informações que irão ajudar o hospital a determinar a elegibilidade para a Assistência Financeira. Você pode ser solicitado a fornecer o contracheque ou a declaração do imposto de renda para ajudar a Sutter a verificar a sua renda.

Após enviar a aplicação, o hospital irá revisar as informações e notificá-lo por escrito em relação à sua qualificação. Se tiver qualquer pergunta durante o processo de aplicação, poderá entrar em contato com os Serviços Financeiros em (855) 398-1633.

Se você não concordar com a decisão do hospital, pode enviar uma contestação ao escritório de Serviços Financeiros do Paciente.

As cópias desta Política de Assistência Financeira do Hospital, o resumo e a aplicação em texto simples, bem como as aplicações do programa governamental estão disponíveis em vários idiomas pessoalmente ou nos nossos escritórios de Registro do Paciente ou de Serviços Financeiros do Paciente, bem como em www.sutterhealth.org e disponível pelo correio. Também podemos enviar uma cópia da Política de Assistência Financeira sem cobrança, se entrar em contato com o escritório de Serviços Financeiros do Paciente em 855-398-1633.

De acordo com a Seção de Código de Receita Interna 1.501(r)-5, a Sutter Health adota o método Medicare prospectivo para valores geralmente faturados; no entanto, os pacientes qualificados para assistência financeira não são financeiramente responsáveis por um valor maior que o geralmente faturado, pois esses pacientes não pagam qualquer valor.

Aplicações pendentes: Se uma aplicação tiver sido enviada para outro programa de cobertura de saúde ao mesmo tempo que tiver enviado uma aplicação para tratamento filantrópico, nenhuma aplicação deverá excluir a elegibilidade para o outro programa.

Plano de saúde/Cobertura de programa governamental/Assistência financeira: Se você tiver cobertura de plano de saúde, Medicare, Medi-Cal, California Children's Services ou qualquer outra fonte de pagamento para essa fatura, entre em contato com os Serviços Financeiros do Paciente em 855-398-1633. Se apropriado, os Serviços Financeiros do Paciente irão cobrar dessas entidades pelo seu tratamento.

Se você não tiver plano ou seguro de saúde por meio de um programa governamental como Medi-Cal ou Medicare, você pode se qualificar à assistência do programa governamental. Os Serviços Financeiros do Paciente podem fornecer a vocês formulários de aplicação e ajudar no processo de aplicação.

Se você recebeu um reembolso da Assistência Financeira que acredita ter cobrir os serviços dessa fatura, entre em contato com os Serviços Financeiros do Paciente em 855-398-1633.

Troca de benefícios de saúde da Califórnia: Você pode estar qualificado para cobertura de plano de saúde do Covered California. Entre em contato com os Serviços Comerciais do hospital para obter mais detalhes e auxílio para saber se você se qualifica para a cobertura do plano de saúde do Covered California.

Informações de contato: Os Serviços Financeiros do Paciente estão disponíveis para responder perguntas que você possa ter sobre a sua cobrança hospitalar ou se gostaria de se candidatar à Assistência Financeira ou ao programa governamental. O número de telefone é de 855-398-1633. Nossas horas de atendimento telefônico são de 8h às 17h, de segunda à sexta.