

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança	Página 1 de 9
Data original de entrada em vigor: 7/86	Data de análise: 4/90, 3/05 Código de classificação: 400.301 Data de revisão: 4/12, 4/14, 2/18, 9/19
Referências: 101 CMR 613.00	Seção de políticas: IV Emitido pelo Departamento/Comitê: Finanças

OBJETIVO:

Proporcionar políticas e práticas financeiras sólidas para assegurar o cumprimento da legislação federal e estadual aplicável e assegurar que o hospital seja reembolsado pelos serviços de saúde prestados.

POLÍTICA:

É política do hospital buscar reembolso por serviços prestados a pacientes que podem pagar, de seguradoras terceirizadas responsáveis que cobrem o custo do atendimento e de programas de assistência governamentais e não governamentais para os quais um paciente pode se qualificar. Além disso, o hospital prestará serviços gratuitos ou a custos reduzidos a pacientes que possam ser indigentes do ponto de vista médico, mas que não se qualifiquem para outras formas de assistência. O hospital também oferecerá recursos e orientação para ajudar os pacientes a solicitar a assistência. O hospital mantém a confidencialidade de todas as informações médicas e financeiras do paciente de acordo com as leis federais e estaduais aplicáveis de privacidade, segurança e roubo de identidade.

RESPONSABILIDADE:

É da responsabilidade do departamento de sistemas financeiros do paciente implementar e administrar a Política de crédito e cobrança.

PROCEDIMENTO:

A. Coleta de informações sobre recursos financeiros do paciente e cobertura de seguro

- a) O hospital trabalhará com o paciente para aconselhá-lo sobre seu dever de apresentar as seguintes informações importantes:

Antes da prestação de qualquer serviço de saúde (exceto os serviços prestados para estabilizar um paciente que tenha uma condição médica de emergência ou que precise de serviços de atendimento de urgência), o paciente deve apresentar informações oportunas e precisas sobre seu status atual de seguro, informações demográficas, alterações na renda familiar ou cobertura da apólice de grupo (se houver) e, se conhecidas, informações sobre franquias ou copagamentos exigidos pelo seu seguro ou programa financeiro aplicável. As informações detalhadas para cada item devem incluir, mas não se limitar a:

- i) Nome completo, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de seguro social (se disponível), opções atuais de cobertura de seguro de saúde, informações sobre cidadania e residência e recursos financeiros aplicáveis do paciente que possam ser usados para pagar a

**MANUAL DE POLÍTICAS
ADMINISTRATIVAS DO SIGNATURE
HEALTHCARE BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança

Página 2 de 9

- conta;
- ii) Se aplicável, o nome completo do fiador do paciente, endereço, número de telefone, data de nascimento, número de seguro social (se disponível), opções atuais de cobertura de seguro de saúde e recursos financeiros aplicáveis que possam ser usados para pagar a conta do paciente; e
 - iii) Outros recursos que possam ser usados para pagar a conta, inclusive outros programas de seguro, apólices de seguro de veículos ou imóveis, se o tratamento for devido a um acidente, programas de remuneração do trabalhador, apólices de seguro estudantil e qualquer outra renda familiar, como heranças, presentes ou distribuições de um fundo fiduciário disponível, entre outros.

O paciente também tem o dever de acompanhar sua conta hospitalar não paga, inclusive quaisquer co-pagamentos, co-seguros e franquias existentes, e entrar em contato com o hospital, caso precise de assistência para pagar parte da ou toda a conta. Além disso, o paciente deve informar a seguradora de saúde atual (se tiver) ou a agência estadual que tiver determinado a qualificação do paciente para um programa público sobre quaisquer alterações na renda familiar ou no status do seguro. O hospital também pode ajudar o paciente a atualizar a qualificação em um programa público quando houver qualquer mudança na renda familiar ou no status do seguro, desde que o paciente informe ao hospital sobre tais mudanças no status de qualificação do paciente.

O hospital trabalhará com o paciente para garantir que ele esteja ciente do dever de notificar o hospital e o programa aplicável pelo qual está recebendo assistência (como MassHealth, Connector, Health Safety Net, ou Medical Hardship) sobre qualquer informação relacionada com mudanças na renda familiar, ou se o paciente fizer parte de uma reclamação de seguro que possa cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital. Se houver um terceiro (como, mas não limitado a, seguro residencial ou automóvel) que for responsável por cobrir o custo do cuidado devido a um acidente ou outro incidente, o paciente trabalhará com o hospital ou programa aplicável (inclusive, mas não limitado a, MassHealth, Connector ou Health Safety Net) para atribuir o direito de recuperar o valor pago ou não pago por tais serviços.

b) Obrigações do hospital:

O hospital empreenderá todos os esforços razoáveis e diligentes para obter informações do seguro do paciente e outras informações para verificar a cobertura dos serviços de saúde a serem prestados pelo hospital. Esses esforços podem ocorrer durante o registro inicial presencial do paciente para um serviço em um local hospitalar, ou podem ocorrer em outros momentos. Além disso, o hospital notificará o paciente sobre a disponibilidade de opções de cobertura por meio de um programa de assistência pública ou assistência financeira do hospital disponível, inclusive cobertura através do MassHealth, o programa de assistência para pagamentos de prêmios operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o fundo do Health Safety Net e o programa de assistência de Medical Hardship, nas faturas de cobrança enviadas ao paciente ou ao fiador do paciente após a prestação dos serviços. O hospital realizará também a devida diligência pelos sistemas de verificação financeira públicos ou privados existentes, a fim de determinar se pode identificar o status de qualificação do paciente para cobertura de seguros públicos ou privados. O hospital tentará recolher tais informações antes da prestação de

**MANUAL DE POLÍTICAS
ADMINISTRATIVAS DO SIGNATURE
HEALTHCARE BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança

Página 3 de 9

quaisquer serviços de saúde não-emergentes e não-urgentes. O hospital atrasará qualquer tentativa de obter essas informações enquanto o paciente estiver sendo tratado por uma condição médica de emergência ou por serviços de atendimento urgente necessários.

Os esforços de devida diligência do hospital incluirão, mas não se limitarão a, solicitar informações sobre o seguro do paciente, verificar quaisquer bases de dados de seguros públicas ou privadas disponíveis, seguir as regras de faturação e autorização e, conforme o caso, recorrer qualquer reclamação negada quando o serviço for pago na íntegra ou em parte por uma empresa de seguros terceira conhecida que possa ser responsável pelos custos dos serviços de saúde recentes do paciente. Quando a equipe de registro ou admissão do hospital for informada pelo paciente, ela também trabalhará com o paciente para garantir que as informações relevantes sejam comunicadas aos programas públicos apropriados, como alterações na renda familiar ou no status do seguro, inclusive qualquer ação judicial ou reclamação de seguro que possa cobrir o custo dos serviços prestados pelo hospital.

Se o paciente ou fiador/responsável não puder apresentar as informações necessárias e o paciente consentir, o hospital fará esforços razoáveis para entrar em contato com parentes, amigos, fiador/responsável e/ou outros terceiros para obter informações adicionais.

Os esforços razoáveis de devida diligência do hospital para investigar se um seguro de terceiros ou outro recurso pode ser responsável pelo custo dos serviços prestados pelo hospital incluirão, mas não se limitarão a, determinar se há uma apólice aplicável para cobrir o custo das reclamações, inclusive: (1) apólice de veículo ou de imóvel, (2) apólice geral de proteção contra acidentes ou danos pessoais, (3) programas de compensação do trabalhador, e (4) apólices de seguro para estudantes, entre outros. Se o hospital conseguir identificar um terceiro responsável ou receber um pagamento de um terceiro ou de outra fonte (inclusive de uma seguradora privada ou outro programa público), o hospital relatará o pagamento ao programa aplicável e o compensará, se aplicável de acordo com os requisitos de processamento de reclamações do programa, contra qualquer reclamação que possa ter sido paga por terceiros ou outra fonte. Para programas de assistência pública estaduais que pagaram o custo dos serviços, o hospital não é obrigado a garantir a atribuição do direito de um paciente à cobertura de serviços por terceiros. Nesses casos, o paciente deve estar ciente de que o programa estadual aplicável pode tentar buscar a designação dos custos dos serviços prestados ao paciente.

B. Práticas de faturamento e cobrança do hospital

O hospital tem um processo consistente e uniforme para a apresentação e coleta de reclamações submetidas aos pacientes, independentemente de sua condição de seguro. Especificamente, se o paciente tiver um saldo atual não pago relacionado aos serviços prestados que não estiverem cobertos por um seguro público ou privado, o hospital seguirá os seguintes procedimentos razoáveis de cobrança/faturamento, que incluem:

- a) Uma fatura inicial enviada ao paciente ou à parte responsável pelas obrigações financeiras pessoais do paciente; a fatura inicial incluirá informações sobre a disponibilidade de assistência financeira (inclusive, entre outros, o MassHealth, o programa de assistência para pagamentos de prêmios operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program, o fundo do Health Safety Net e o programa de assistência de Medical Hardship) para cobrir o custo da conta do hospital;

**MANUAL DE POLÍTICAS
ADMINISTRATIVAS DO SIGNATURE
HEALTHCARE BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança

Página 4 de 9

- b) Faturas subsequentes, telefonemas, cartas de cobrança, avisos de contato pessoal, notificações por computador ou qualquer outro método de notificação que constitua um esforço genuíno para entrar em contato com a parte responsável pela fatura não paga, que também incluirá informações sobre como o paciente pode entrar em contato com o hospital se precisar de assistência financeira;
- c) Se possível, documentação de esforços alternativos para localizar a parte responsável pela obrigação ou o endereço correto nas faturas devolvidas pelo serviço postal, como “endereço incorreto” ou “entrega impossível”;
- d) Um aviso final por correio certificado para pacientes não segurados (aqueles que não estão inscritos em um programa como o Health Safety Net ou MassHealth) que tiverem um saldo insolvente acima de \$1.000 por serviços em nível de emergência, onde os avisos não foram devolvidos como “endereço incorreto” ou “entrega impossível” e também notificar os pacientes sobre a disponibilidade de assistência financeira nas comunicações;
- e) Documentação das ações contínuas de faturamento ou cobrança executadas por 120 dias a partir da data do serviço é mantida e disponível para o programa federal e/ou estadual aplicável para verificar esses esforços; e
- f) Verificar o Sistema de Verificação de Qualificação de Massachusetts (EVS) para garantir que o paciente não seja um paciente de baixa renda e não tenha apresentado um pedido de cobertura para o MassHealth, o programa de assistência para pagamentos de prêmios operado pelo Health Connector, o Children’s Medical Security Program, o fundo do Health Safety Net e o programa de assistência de Medical Hardship, antes de apresentar reclamações ao Health Safety Net para cobertura de inadimplência.
- g) Para todos os pacientes que estejam inscritos em programas de assistência pública, o hospital só pode cobrar a esses pacientes o copagamento, o cosseguro ou franquia específica descrito nas normas estaduais aplicáveis e que pode também ser indicado no Sistema de Gestão de Informação do Medicaid do estado.

O hospital procurará um pagamento específico para aqueles pacientes que não se qualificam para a inscrição em um programa de assistência pública do estado de Massachusetts, tais como residentes de outros estados, mas que podem cumprir os requisitos de qualificação financeira geral para um programa de assistência pública do estado. Para esses pacientes, o hospital notificará o paciente se tais recursos adicionais estiverem disponíveis com base na renda do paciente e outros critérios, conforme descrito na política de assistência financeira do hospital.

Quando solicitado pelo paciente e com base em uma análise interna da situação financeira de cada paciente, o hospital também pode oferecer ao paciente um desconto adicional ou outra assistência seguindo o próprio programa de assistência financeira interna, que é aplicado de maneira uniforme e não discriminatória aos pacientes, e que leva em consideração a situação financeira documentada do paciente e a incapacidade do paciente de fazer um pagamento após ações de cobrança razoáveis. Qualquer desconto que for concedido pelo hospital é coerente com os requisitos federais e estaduais, e não influencia um paciente a receber serviços do hospital.

C. Populações isentas de atividades de cobrança

As seguintes populações de pacientes estão isentas de qualquer procedimento de cobrança ou faturamento, de acordo com os regulamentos e políticas estaduais: Pacientes inscritos em um programa de seguro de saúde público, inclusive mas não limitado a, MassHealth, Ajuda de Emergência para Idosos, Deficientes e Crianças (EAEDC); Plano de Segurança Médica Infantil (CMSP), se a renda do

**MANUAL DE POLÍTICAS
ADMINISTRATIVAS DO SIGNATURE
HEALTHCARE BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança

Página 5 de 9

MAGI for igual ou inferior a 300% do nível federal de pobreza; pacientes de baixa renda conforme determinado pelo MassHealth e o Health Safety Net, inclusive aqueles com renda familiar do MAGI ou programa Medical Hardship Family Countable Income entre 150,1 e 300% nível federal de pobreza; e o programa Hardship Medical, sujeito às seguintes exceções:

- a) Para qualquer paciente inscrito nos programas acima mencionados, o hospital pode iniciar ação de cobrança pelos copagamentos e franquias obrigatórias estabelecidas por cada programa específico;
- b) O hospital também pode iniciar ação de cobrança ou faturamento de um paciente que alegar ser participante de um programa de assistência financeira, que cobre os custos dos serviços do hospital, mas não oferece prova dessa participação. Ao receber uma prova satisfatória de que o paciente é participante de um programa de assistência financeira, (inclusive o recebimento ou verificação do pedido assinado), o hospital cessará atividades de faturamento ou cobrança;
- c) O hospital pode continuar a ação de cobrança contra qualquer paciente de baixa renda por serviços prestados antes da determinação de baixa renda, desde que o atual status de paciente de baixa renda tenha sido cancelado, tenha vencido ou não tenha sido identificado de outra forma no Sistema de Verificação de Qualificação ou no Sistema de Gerenciamento de Informação do Medicaid do estado. No entanto, uma vez que for determinado que o paciente se qualificar e for inscrito no MassHealth, o programa de assistência para pagamentos de prêmios operado pelo Health Connector, o Children's Medical Security Program ou o programa de assistência de Medical Hardship, o hospital cessará a atividade de cobrança por serviços (com exceção de quaisquer copagamentos e franquias) prestados antes do início da qualificação.
- d) O hospital pode buscar ação de cobrança contra qualquer um dos pacientes participantes dos programas listados acima por serviços não cobertos pelos quais o paciente concordou em ser responsável, desde que o hospital tenha obtido o consentimento prévio por escrito do paciente para ser cobrado por esse serviço. No entanto, mesmo nessas circunstâncias, o hospital não pode cobrar do paciente reclamações relacionadas a erros médicos ou reclamações negadas pela seguradora principal do paciente devido a um erro administrativo ou de cobrança.

D. Processos de cobrança do hospital

- a) O hospital não se envolverá em nenhuma “ação extraordinária de cobrança”. O hospital aceitará e processará um pedido de assistência financeira ao abrigo da política de assistência financeira apresentado por um paciente durante todo o “período de inscrição”. O “período de inscrição” começa na data em que o atendimento é prestado e termina no final do dia 240* após a data em que o primeiro extrato de cobrança pós-alta para o atendimento é fornecido, sujeito aos seguintes requisitos adicionais. O período de inscrição não termina antes de 30 dias após o hospital apresentar ao paciente o aviso de 30 dias descrito abaixo. No caso de um paciente que a unidade hospitalar tenha determinado, de forma presuntiva, se qualificar para menos do que a assistência mais generosa sob a política de assistência financeira, a inscrição não termina antes do final de um período razoável para o paciente pedir a assistência financeira mais generosa, como descrito mais adiante.
- b) O hospital (i) apresenta ao paciente um aviso escrito indicando que a assistência financeira está disponível para pacientes elegíveis, (ii) apresenta ao paciente um resumo em linguagem

**MANUAL DE POLÍTICAS
ADMINISTRATIVAS DO SIGNATURE
HEALTHCARE BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança

Página 6 de 9

simples da política de assistência financeira; e (iii) faz um esforço razoável para notificar oralmente o paciente sobre a política de assistência financeira e como o paciente pode obter assistência com o processo de inscrição para assistência financeira; exceto que os requisitos especiais se aplicam ao adiamento ou negação dos cuidados medicamente necessários, conforme descrito abaixo.

- c) Se um paciente apresentar um pedido completo ou incompleto de assistência financeira sob a política de assistência financeira do hospital durante o período de inscrição, (i) o hospital determinará se o paciente se qualifica para assistência financeira de acordo com a política de assistência financeira ou (ii) no caso de um pedido incompleto de assistência financeira, o hospital solicitará informações adicionais e/ou documentação em um período razoável de tempo. O hospital também tomará outras medidas, dependendo se a aplicação estiver completa ou incompleta, conforme descrito abaixo.
- d) Caso o paciente apresente um pedido completo de assistência financeira durante o período de inscrição, o hospital também determinará se o paciente se qualifica para assistência financeira. Se o hospital determinar que o paciente se qualifica para outra assistência além da assistência gratuita, o hospital (i) apresentará ao paciente uma declaração de cobrança com a quantia que o paciente deve pelo atendimento como paciente que se qualifica para assistência financeira e explica ou descreve como o paciente pode obter informações sobre os montantes geralmente cobrados pelo atendimento, (ii) reembolsará o paciente qualquer quantia que o paciente pagou pelo atendimento que exceder a quantia pela qual o paciente é considerado pessoalmente responsável e, no caso de um paciente apresentar um pedido de assistência financeira incompleto durante o período de inscrição, o hospital também enviará ao paciente uma notificação por escrito que descreve as informações e/ou documentação adicionais necessárias sob a política de assistência financeira e que inclui informações de contato.
- e) O hospital pode fazer determinações presuntivas de que um paciente se qualifica para assistência financeira sob a política de assistência financeira com base em informações diferentes das apresentadas pelo paciente ou com base em uma determinação prévia de qualificação. No caso de um paciente ser considerado qualificado para menos do que a assistência mais generosa disponível de acordo com a política de assistência financeira, o hospital irá: (i) notificar o paciente sobre a base para a determinação presuntiva de qualificação e a maneira de se candidatar a uma assistência mais generosa disponível ao abrigo da política de assistência financeira; (ii) dar ao paciente um período de tempo razoável para solicitar uma assistência mais generosa e (iii) se o paciente apresentar um pedido completo de assistência financeira mais generosa durante o período de inscrição, determinar se o paciente se qualifica para o desconto mais generoso.
- f) O hospital e seus agentes não continuarão as ações de cobrança ou faturamento relacionados a um paciente envolvido em um processo de falência, exceto para garantir seus direitos como credor na ordem apropriada (ações similares também podem ser tomadas pelo programa de assistência pública aplicável que tenha pago pelos serviços). O hospital e seus agentes também não cobrarão juros sobre o saldo em atraso para um paciente de baixa renda ou para pacientes que cumpram os critérios de cobertura através do próprio programa de assistência financeira interna do hospital.
- g) O hospital mantém a conformidade com os requisitos de cobrança aplicáveis e segue os requisitos estaduais e federais aplicáveis relacionados ao não pagamento por serviços específicos resultantes ou diretamente relacionados a um Evento Grave Relatável (SRE), a correção do SRE, uma complicação subsequente decorrentes do SRE ou uma readmissão no mesmo hospital por serviços associados ao SRE. Os SRE que não ocorrerem no hospital estão excluídos desta determinação de não pagamento desde que a instalação de tratamento e a instalação responsável pelo SRE não tenham uma propriedade comum ou uma empresa-mãe comum. O hospital também não busca pagamento de um paciente de baixa renda pelo programa Health Safety Net, cujas reclamações foram inicialmente negadas por um programa

**MANUAL DE POLÍTICAS
ADMINISTRATIVAS DO SIGNATURE
HEALTHCARE BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança

Página 7 de 9

de seguro devido a um erro administrativo de cobrança por parte do hospital.

E. Agências de cobrança externas

O hospital pode contratar uma agência de cobrança externa para assistir na cobrança de certas contas, inclusive valores pelos quais o paciente for responsável e não tenham sido resolvidos após 120 dias de ações contínuas de cobrança. O hospital também pode celebrar contratos vinculativos com agências de cobrança externas. Qualquer contrato que permita a venda de dívidas que não seja tratada como uma ação de cobrança extraordinária cumprirá os requisitos acima descritos. Todas as agências de cobrança externas contratadas pelo hospital oferecerão ao paciente a oportunidade de apresentar uma queixa e encaminharão ao hospital os resultados dessas queixas. O hospital exige que todas as agências de cobrança externa que utiliza operem em conformidade com os requisitos federais e estaduais de cobrança justa de dívidas.

F. Depósitos e planos de parcelamento

De acordo com os regulamentos do Massachusetts Health Safety Net referentes a pacientes que: (1) forem determinados como "paciente de baixa renda" ou (2) se qualificarem para o Medical Hardship, o hospital dará ao paciente informações sobre depósitos e planos de pagamento com base na situação financeira documentada do paciente. Qualquer outro plano será baseado no próprio programa de assistência financeira interna do hospital e não se aplicará a pacientes que tenham capacidade de pagar.

a) Serviços de emergência

Um hospital não pode exigir depósitos de pré-internação e/ou pré-tratamento de pacientes que precisem de serviços de emergência ou que sejam determinados como pacientes de baixa renda.

b) Depósitos de pacientes de baixa renda

Um hospital pode solicitar um depósito de pacientes determinados como sendo pacientes de baixa renda. Tal depósito deve ser limitado a 20% do valor da franquia, até \$500. Todos os saldos restantes estão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas em 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Depósitos para pacientes do programa Medical Hardship

Um hospital pode solicitar um depósito de pacientes que se qualifiquem para o programa Medical Hardship. O depósito será limitado a 20% da contribuição do programa Medical Hardship até \$1.000. Todos os saldos restantes estarão sujeitos às condições do plano de pagamento estabelecidas em 101 CMR 613.08(1)(g).

d) Planos de pagamento para pacientes de baixa renda de acordo com o programa Massachusetts Health Safety Net Program

Um paciente com um saldo de \$1.000 ou menos, após o depósito inicial, deve receber pelo menos um plano de pagamento sem juros de um ano, com um pagamento mensal mínimo abaixo de \$25. Um paciente com saldo superior a \$1.000, após o depósito inicial, deve receber pelo menos um plano de pagamento sem juros de dois anos.

e) Franquia única do CommonHealth

A pedido do paciente, o hospital pode faturar um paciente de baixa renda para que ele

**MANUAL DE POLÍTICAS
ADMINISTRATIVAS DO SIGNATURE
HEALTHCARE BROCKTON HOSPITAL**

Assunto: Política de crédito e cobrança

Página 8 de 9

cumpra com a franquia única do CommonHealth.

- f) Plano de pagamento para pacientes de baixa renda parcial do HSN, de acordo com o programa Massachusetts Health Safety Net Program, por serviços prestados em um centro de saúde licenciado pelo hospital, inclusive os seguintes locais:
- *Brockton Hospital Outpatient Care Center*
 - o *130 Quincy Avenue, 1st and 2nd Floors, Brockton, MA*
 - *Signature Healthcare Brockton Hospital*
 - o *110 Liberty Street, 1st Floor, Suite #1B, Brockton, MA*
 - *Signature Healthcare Brockton Hospital Imaging*
 - o *31 Roche Brothers Way, Easton, MA*
 - *Signature Healthcare Brockton Hospital Rehabilitation Services*
 - o *1215 Broadway, 1st and 2nd Floors, Raynham, MA*
 - *Signature Healthcare Brockton Hospital @430 Liberty Street*
 - o *430 Liberty Street, Suite #7, Hanson, MA*
 - *Signature Healthcare Brockton Hospital Rehabilitation Services East Bridgewater*
 - o *635 Plymouth Street, East Bridgewater, MA 02333*
 - *Signature Healthcare Greene Cancer Treatment Center*
 - o *25 Libby Street, 1st and 2nd Floors, Brockton, MA*
 - *Brockton Radiation Oncology, LLC*
 - o *25 Libby Street, Brockton, MA*
 - *Shields Signature Imaging, LLC*
 - o *680 Centre Street, Brockton, MA*
- g) O hospital também oferece a pacientes de baixa renda parcial do Health Safety Net um plano de cosseguro que permite ao paciente pagar 20% do pagamento do Health Safety Net em cada consulta até que o paciente cumpra a sua franquia anual. O saldo restante será transferido para o Health Safety Net.

REFERÊNCIAS:

101 CMR 613.00 Credit & Collection Regulatory Requirements
I.R.C. 501(r)

ANALISADO POR:

Diretor financeiro
Comitê de políticas administrativas
Comitê de finanças
Conselho de administração

DATA:

9/2019
9/2019
9/2019
9/2019

