



Ascension

POLÍTICA ADMINISTRATIVA # 601

ASSUNTO: Práticas de Faturamento e Cobrança

Assunto

Como um ministério da Igreja Católica, a Ascension está comprometida com os princípios do Ensino Social Católico. A presente política administrativa assenta no princípio da dignidade humana, que reconhece o valor intrínseco de cada pessoa em virtude da sua existência como ser humano. O princípio do bem comum é também fundamental para esta Política Administrativa, que promove a colaboração nos bens que temos em comum para que cada pessoa possa florescer. Por último, o princípio da solidariedade com os mais carenciados procura identificar-se com as pessoas afetadas pela pobreza, atender às suas necessidades e defender a sua causa.

Esta Política Administrativa estabelece o requisito de que os ministérios da Ascension tenham uma política consistente e eficaz de práticas de faturamento e cobrança. As nossas práticas de faturação e cobrança refletirão o nosso compromisso e reverência pela dignidade humana individual e o bem comum, a nossa preocupação especial e solidariedade com as pessoas que vivem na pobreza e outras pessoas vulneráveis, bem como o nosso compromisso para com uma justiça e gestão distributivas. Os nossos ministérios têm de assegurar que os colaboradores e os agentes se comportam de uma forma que reflita as políticas e valores de um estabelecimento financiado pela Igreja Católica, incluindo o tratamento de pacientes e as respetivas famílias com dignidade, respeito e compaixão.

Esta Política Administrativa substitui o Procedimento da Ascension Health N.º M-2, intitulado Práticas de Faturamento e Cobrança.

Definições

Por "Ascension" entende-se a Ascension Health Alliance (d/b/a Ascension).

Por "Ascension Health" entende-se Ascension Health (d/b/a Ascension Healthcare).

Por "Instituição de Saúde" entende-se a entidade local que presta cuidados de emergência e outros cuidados medicamente necessários e na qual o Mercado Ministerial participa direta ou indiretamente como parte interessada ou controladora. Os tipos de entidades incluídas na definição de "Instituição de Saúde" para efeitos da presente política são descritos mais adiante.

Por "Mercado Ministerial" entende-se a organização numa área regional ou local através da qual a Ascension realiza a sua missão e na qual a Ascension Health atua como membro único ou controlador.

Outras definições constam da presente Política Administrativa e dos Anexos e são incorporadas no presente documento por referência.

Política Administrativa

É intenção da Ascension que os pacientes de todas as Instituições de Saúde da Ascension Health sejam tratados de forma consistente, independentemente do local de atendimento. Isto inclui a extensão desta política a todos os serviços prestados por uma subsidiária controlada por ou de marca da Ascension. Esta política não se aplica a faturas de cuidados que não sejam "tratamentos de urgência" e outros "cuidados médicos necessários" (tal como estes termos são definidos no Anexo A da Política Administrativa 600 da Ascension).

A Ascension pretende que cada Instituição de Saúde cumpra esta política e, na medida em que tal seja legalmente exigido, a Secção 501(r) do Código dos Impostos Internos e os regulamentos promulgados ao abrigo da mesma (coletivamente, "501(r)"). A presente Política Administrativa, juntamente com o Anexo A, deve ser interpretada e aplicada em conformidade com a 501(r), exceto quando especificamente indicado. As Instituições de Saúde incluem ao seguinte:

- Instalações hospitalares licenciadas pelo Estado, em que o rendimento da instalação hospitalar derivado da prestação de tais cuidados é tratado pela Ascension (ou pela subsidiária adequada) como isento de impostos, incluindo
 - filiais totalmente detidas (ou controladas, no caso de sociedades sem fins lucrativos), ou
 - outras entidades substancialmente relacionadas, ou seja
 - qualquer parceria (para efeitos fiscais) em que a Ascension Health ou qualquer uma das suas subsidiárias diretas ou indiretas detenha uma participação no capital ou nos lucros que forneça cuidados de emergência e outros cuidados medicamente necessários numa instalação hospitalar licenciada pelo Estado, ou
 - uma entidade não considerada da qual a Ascension Health ou qualquer uma das suas subsidiárias diretas ou indiretas é o único membro que fornece cuidados de emergência e outros cuidados medicamente necessários numa instalação hospitalar licenciada pelo Estado;
- Organizações que operam um serviço de urgência em nome de um estabelecimento hospitalar;
- Clínicas de médicos contratados;
- Consultórios médicos controlados por uma Instituição de Saúde;
- Operações de empresas comuns ("Joint Ventures") em que a Ascension Health ou qualquer uma das suas filiais diretas ou indiretas seja o membro controlador ou em que a empresa comum tenha a marca do nome ou do logótipo "Ascension", e em que a empresa comum preste cuidados de urgência e outros cuidados medicamente necessários, independentemente de a empresa comum estar licenciada como hospital; e
- Acordos de faturamentos e cobranças;

mas excluindo (mesmo que essa entidade também cumpra os critérios acima referidos), sujeito a aprovação escrita para exclusão pelo Vice-Presidente Sénior de Finanças Operacionais da Ascension e pelo Departamento Fiscal da Ascension,

- qualquer entidade que a Ascension Health trate como fornecendo tais cuidados como um comércio ou negócio não relacionado (ou seja, a Ascension ou a subsidiária apropriada trata o rendimento da prestação de tais cuidados como rendimento tributável),

- um empreendimento conjunto pré-existente que não seja uma instalação hospitalar licenciada pelo Estado, não tenha a marca do nome ou do logótipo "Ascension" e os documentos que regem esse empreendimento conjunto não contemplem que o empreendimento conjunto preste esse empreendimento conjunto não contemplem que o empreendimento conjunto preste assistência financeira ou cumpra as políticas ou diretivas da Ascension no que respeita à prestação de assistência financeira ou às práticas de faturamento e cobrança, ou
- uma organização que funciona principalmente para fins educativos ou científicos.

Para além das Instituições de Saúde que são obrigadas a cumprir a 501(r), a Ascension pretende que os seus outros ministérios que não são obrigados a cumprir a 501(r) (por exemplo, Ascension Senior Living) também cumpram este procedimento, à exceção de alguns requisitos técnicos da 501(r) que podem não ser aplicáveis. Outras instituições que são identificadas pela Ascension como não sendo obrigadas a cumprir o 501(r) podem trabalhar com os Departamentos Jurídico e Fiscal da Ascension para identificar as disposições do 501(r) que podem não se aplicar.

Para dar cumprimento a esta Política Administrativa, o conselho de administração ou os administradores de cada Instituição de Saúde adotarão uma Política de Faturamento e Cobrança ("BCP", Billing and Collection Policy), cujo modelo se encontra anexado a esta Política Administrativa como **Anexo A**. Cada Mercado Ministerial terá autoridade para personalizar certos aspetos da BCP (por exemplo, para cumprir a lei estatal aplicável), sujeito a esta Política Administrativa. Embora se espere que cada Mercado Ministerial tenha uma forma de BCP que se aplique e seja adotada por todas as Instituições de Saúde dentro desse Mercado Ministerial, um Mercado Ministerial pode ter mais do que uma forma de BCP se ele incluir vários estados e os diferentes estados dentro desse Mercado Ministerial impuserem diferentes requisitos legais com efeito sobre a BCP. Uma vez concluída a personalização, os avisos em itálico ou as notas de rodapé que dão instruções ao Mercado Ministerial devem ser eliminados da versão da BCP que será disponibilizada para obtenção imediata. A BCP do Mercado Ministerial deve ser ratificada (e, portanto, adotada) pelo conselho de administração ou outro órgão de gestão de cada estabelecimento hospitalar e outra Instituição de Saúde sob a autoridade desse Mercado Ministerial. A Política de Faturamento e Cobrança atualizada deve ter uma data efetiva até 30 de junho de 2020. Cada Mercado Ministerial também assegurará que cada uma das suas instalações hospitalares disponibilize a BCP de acordo com esta política.

A. Outros requisitos e exceções

À medida que cada Instituição de Saúde e as suas instalações hospitalares e outras organizações adotam e implementam a BCP apresentado no **Anexo A**, devem ser seguidas as seguintes orientações administrativas adicionais.

- As seguintes restrições aplicam-se a ações de cobrança, exceto no que diz respeito a tratamentos que não sejam de urgência e outros cuidados médicos necessários, conforme identificado na Política Administrativa 600 da Ascension e na Política de Assistência Financeira ("FAP") aplicável):
 - As penhoras sobre residências pessoais só são permitidas nas seguintes circunstâncias:

- O Paciente (tal como definido na BCP) não se qualifica para cuidados de caridade a 100% ou assistência financeira, e o Paciente não está a cumprir os acordos de pagamento que foram acordados entre a Organização (tal como definido na BCP) e o Paciente.
- A penhora não resultará numa execução hipotecária de uma residência pessoal.
- As penhoras realizadas por uma agência de cobranças ou outro representante da Organização foram previamente analisadas e aprovadas pela administração executiva da Organização.
- As penhoras de salários só são permitidas se:
 - O Paciente não for qualificado para cuidados de caridade a 100% ou assistência financeira ao abrigo da Política de Assistência Financeira da Organização, e um tribunal determina que o salário do Paciente é suficiente para ser penhorado.
 - A penhora efetuada por uma agência de cobranças ou outro representante da Organização foi previamente analisada e aprovada pela direção executiva da Organização.
- Nenhuma Organização tentará um processo de falência involuntária contra um Paciente em resultado dos seus esforços de cobrança.
- Nenhuma Organização, agência de cobranças ou outro representante que trabalhe em nome da Organização pode tomar quaisquer medidas que possam causar a emissão de um mandado de captura, uma ordem emitida por um juiz ou tribunal para a detenção de uma pessoa (também designada por "body attachments").
- Nenhuma Organização pode cobrar juros sobre saldos pendentes. Podem ser cobradas taxas administrativas por cheques devolvidos por falta de pagamento.
- Cada Instituição de Saúde também incorporará a linguagem definida no **Anexo B** em todos os acordos com agências de cobranças, como aviso a qualquer agência de cobranças contratada pela Instituição de Saúde sobre as políticas e procedimentos da Ascension Health relativamente a práticas de faturação e cobrança para pacientes com necessidades financeiras, incluindo a forma baseada em valores em que todos os contactos com pacientes e famílias devem ser conduzidos. Se uma agência de cobranças for contratada por um terceiro em nome da Instituição de Saúde, a Instituição de Saúde exigirá que esse terceiro incorpore a linguagem estabelecida no **Anexo B** nesses contratos de agência de cobranças.
- A BCP deve ser adotada para cada Organização, conforme explicado anteriormente.
- Os desvios materiais com relação ao formulário da BCP fornecido no **Anexo A** exigem a aprovação do Vice-Presidente Sênior da Ascension/Chief Revenue Officer.
- De um modo geral, a Organização não recorrerá a ECAs (tal como definidas no **Anexo A**) para obter pagamentos. A Organização pode recorrer a ECAs em circunstâncias extremas, que incluem, no que respeita a contas com saldos não pagos relacionados com serviços eletivos que não sejam de emergência ou outros cuidados medicamente necessários, situações em que um paciente tenha recursos substanciais (por exemplo,

patrimônio líquido elevado) e se recuse a pagar o montante devido, ou em que a Organização considere que o não pagamento constitui um abuso intencional dos termos da sua FAP ou desta política. Nessas circunstâncias extremas, a Organização pode recorrer a uma ou mais ECAs, sujeita às disposições e restrições contidas na presente Política de Faturamento e Cobrança. A Organização não utilizará ECAs para contas que tenham um saldo remanescente devido ao facto de se qualificarem apenas para assistência financeira parcial ao abrigo da FAP da Organização ou no que respeita a co-pagamentos em contas que se qualificaram para assistência financeira total ao abrigo da FAP. O Departamento de Ciclo de Receitas tem a autoridade final para determinar se a Organização envidou esforços razoáveis para determinar a elegibilidade para assistência financeira e se existem circunstâncias extremas que permitam à Organização envolver-se em ECAs.

- Devem ser efetuados reembolsos do montante que um Paciente pagou por cuidados que excedam o montante que se determinou que o Paciente é pessoalmente responsável pelo pagamento ao abrigo da FAP, exceto se esse montante em excesso for inferior a 5,00 US\$. Ao abrigo da FAP, um Paciente não pode beneficiar de assistência financeira (ou de um reembolso) nos seguintes casos:
 - Montantes pagos se o pedido da FAP tiver sido apresentado após o 240º dia após a primeira fatura de alta do Paciente,
 - Montantes pagos se o Paciente tiver sido aprovado para assistência financeira através de uma pontuação presumida (e não de uma Solicitação da FAP aprovada)

B. Tornar a BCP facilmente acessível

De acordo com a 501(r), cada estabelecimento hospitalar deve tornar a sua BCP "facilmente acessível". De modo a cumprir a 501(r) e as orientações interpretativas do IRS, cada Instituição de Saúde deve assegurar que cada estabelecimento hospitalar sob a sua autoridade adota as seguintes medidas:

- Disponibilizar amplamente a sua BCP no website do estabelecimento hospitalar; e
- Disponibiliza cópias em papel da sua BCP, mediante pedido e sem encargos, tanto por correio como em áreas públicas do estabelecimento hospitalar (incluindo, no mínimo, a sala de emergência, se existir, e as áreas de admissão).

Além disso, cada estabelecimento hospitalar deve disponibilizar a sua BCP não só em inglês, mas também para determinadas populações com proficiência limitada em inglês ("LEP", ou Limited English Proficiency), ou seja, um grupo com uma população LEP que exceda o menor de 1.000 indivíduos ou 5% da comunidade que o estabelecimento hospitalar serve. O estabelecimento hospitalar pode determinar a percentagem ou o número de indivíduos LEP na comunidade do estabelecimento hospitalar ou suscetíveis de serem afetados ou encontrados pelo estabelecimento hospitalar utilizando qualquer método razoável, mas, em qualquer caso, não inconsistente com qualquer determinação semelhante feita pelo estabelecimento hospitalar em ligação com a sua avaliação das necessidades de saúde da comunidade aplicável.

Por uma questão de clareza, a presente Política Administrativa 601 na sua totalidade não deve ser colocada no website de uma Instituição de Saúde nem ser disponibilizada ao público.

C. Conformidade com a Legislação Estatal

Para além dos requisitos da 501(r), alguns estados em que os estabelecimentos hospitalares estão localizados podem impor requisitos adicionais aos estabelecimentos hospitalares relacionados com as práticas de faturação e cobrança. Na medida em que a 501(r) e outros aspetos desta política entrem em conflito ou sejam inconsistentes com os requisitos da lei estatal, o estabelecimento hospitalar deve cumprir o nível mais elevado de obrigação imposto pela 501(r) ou pela lei estatal, desde que também cumpra as obrigações do estabelecimento hospitalar ao abrigo da norma menos elevada. Na medida em que os requisitos da legislação estatal são complementares aos requisitos desta política e da 501(r), os estabelecimentos hospitalares devem cumprir ambos os conjuntos de obrigações. Cada Instituição de Saúde deve assegurar que a sua BCP ou um procedimento de acompanhamento inclua uma linguagem que aborde quaisquer requisitos estatais adicionais aplicáveis.

Referências a outras políticas e procedimentos:

Política Administrativa da Ascension N.º600 – Assitência Financeira para os Necessitados

Anexos:

Anexo A – Formulário da Política de Faturação e Cobrança

Anexo B – Formulário da Adenda aos Contratos da Agência de Cobranças



Em vigor em: 1 de dezembro de 2016

Approvada: Elizabeth C Foshage

Data de revisão: 1 de junho de 2023

Nome: Elizabeth Foshage

Cargo: EVP e Chief Financial Officer

Aprovada: Thomas Vanosdol

Nome: Thomas Vanosdol

Cargo: EVP de Integração entre as missões

Aprovada por Ascension Legal Services: Data: 1 de janeiro de 2023

Ascension Seton

POLÍTICA DE FATURAMENTO E COBRANÇA

1 de julho de 2023

POLÍTICA/PRINCÍPIOS

Faz parte da política da Ascension Seton (a "Organização") garantir uma prática socialmente justa na prestação de cuidados médicos necessários ou de urgência na Organização em conformidade com a sua Política de Assistência Financeira (ou "FAP", Financial Assistance Policy). Esta Política de Faturamento e Cobrança foi especificamente concebida para abordar as práticas de faturação e cobrança de pacientes com necessidade de assistência financeira e que recebam cuidados médicos na Organização.

Todas as práticas de faturamento e cobrança refletirão o nosso compromisso e reverência pela dignidade humana individual e o bem comum, a nossa preocupação especial e solidariedade com as pessoas que vivem na pobreza e outras pessoas vulneráveis, bem como o nosso compromisso para com uma justiça e gestão distributivas. Os funcionários e agentes da Organização devem comportar-se numa forma que reflita as políticas e valores dum estabelecimento financiado pela Igreja Católica, incluindo o tratamento de pacientes e as respetivas famílias com dignidade, respeito e compaixão.

Esta Política de Faturamento e Cobrança aplica-se a todos os tratamentos de urgência e outros cuidados medicamente necessários prestados pela Organização, incluindo serviços de médicos empregados e saúde comportamental. Esta Política de Faturamento e Cobrança não se aplica a acordos de pagamento por cuidados que não sejam de "urgência" e outros "cuidados médicos necessários" (conforme esses termos são definidos na FAP da Organização).

DEFINIÇÕES

1. Por "**501(r)**" entende-se a Seção 501(r) do Código Fiscal e os regulamentos promulgados sob tal código.
2. Por "**Ações de Cobrança Extraordinárias**" ou "**ECAs (Extraordinary Collection Actions)**" entende-se qualquer das seguintes atividades de cobranças sujeitas a restrições nos termos da 501(r):
 - a. A venda dum dívida dum paciente a outra parte, salvo quando o comprador está sujeito a determinadas restrições, como descrito abaixo.
 - b. A comunicação de informação adversa sobre o paciente a agências de informação de crédito ao consumidor ou agências de crédito.
 - c. O atraso ou recusa, ou pedido dum pagamento antes da prestação, de cuidado médico necessário devido à falta de pagamento dum paciente dum ou mais faturas de cuidados anteriormente prestados cobertos no âmbito da FAP.
 - d. Ações que exigem processos jurídicos ou judiciais, salvo pedidos de indemnização efetuados em procedimentos de falência ou danos pessoais. Estas ações incluem, mas não se limitam a,
 - i. dar a propriedade do paciente como garantia,

- ii. despejo da propriedade do paciente,
- iii. imposição de multas contra ou de outra forma confiscar ou condicionar a conta bancária dum paciente ou outra propriedade pessoal,
- iv. início duma ação civil contra um paciente, e
- v. penhora dos rendimentos dum paciente.

Uma ECA não inclui nenhum dos seguintes casos (mesmo que os critérios duma ECA conforme previsto acima sejam de modo geral satisfeitos):

- a. a venda da dívida dum Paciente se, antes da venda, existir um acordo por escrito legalmente válido com o comprador da dívida em conformidade com o qual
 - i. o comprador está proibido de participar em qualquer ECA para obter o pagamento dos cuidados;
 - ii. o comprador está proibido de cobrar juros sob a dívida em excesso da taxa em vigor nos termos da Secção 6621(a)(2) do Código Fiscal no momento em que a dívida é vendida (ou qualquer outra taxa de juro definida pelo aviso ou outra orientação publicada no Boletim de Receitas Internas);
 - iii. a dívida é restituível ou revogável pela Organização mediante a determinação da Organização ou do comprador de que o paciente é elegível à Assistência Financeira; e
 - iv. o comprador deve cumprir os procedimentos especificados no acordo que garantem que o paciente não paga, e não tem obrigação de pagar, ao comprador e à Organização em conjunto mais do que ele ou ela é responsável por pagar em conformidade com a FAP, caso o paciente seja considerado elegível à Assistência Financeira e a dívida não seja restituída ou revogada pela Organização;
 - b. qualquer garantia que a Organização tenha o direito de impor nos termos da legislação do estado relativo a procedimentos dum julgamento, resolução ou acordo devido ao paciente resultante de danos pessoais pelos quais a Organização prestou cuidados; ou
 - c. o pedido de indemnização em qualquer processo de falência.
3. Por "**FAP**" entende-se a Política de Assistência Financeira da Organização, que é uma política para providenciar Assistência Financeira aos Pacientes elegíveis no cumprimento da missão da Organização e da Ascension Health e em conformidade com a 501(r).
4. Por "**Solicitação da FAP**" entende-se o pedido de Assistência Financeira.
5. Por "**Assistência Financeira**" entende-se a ajuda que a Organização poderá providenciar ao paciente em conformidade com a FAP da Organização.
6. Por "**Organização**" entende-se a Ascension Seton. Para pedir mais informações, enviar questões ou comentários, ou interpor um recurso, pode contactar o gabinete indicado baixo ou conforme indicado em qualquer aviso ou comunicação aplicável que receba da Organização:

Ascension Seton
PO Box 204301
Dallas TX, 75320

7. Por “**Paciente**” entende-se um indivíduo que recebe cuidados (ou que recebeu cuidados) da Organização ou qualquer outra pessoa financeiramente responsável por tais cuidados (incluindo familiares e tutores).

PRÁTICAS DE FATURAMENTO E COBRANÇA

A Organização mantém um processo ordenado para a emissão regular de extratos de faturamento aos pacientes por serviços prestados e para a comunicação com os pacientes. Em caso de não pagamento por parte dum Paciente dos serviços prestados pela Organização, esta pode tomar medidas para obter o pagamento, incluindo, entre outras, tentativas de comunicação por telefone, correio, correio eletrónico e pessoalmente. A Organização raramente recorre a ações extraordinárias de cobrança, ou "ECAs", para obter pagamentos. No entanto, para garantir que os recursos da Organização permanecem disponíveis e são dirigidos aos Pacientes necessitados ao abrigo da nossa política de assistência financeira (“FAP”), a Organização pode utilizar as ECAs em circunstâncias extremas, que incluem as contas com saldos não pagos relacionadas com serviços eletivos que não sejam de urgência ou outros cuidados médicos necessários, situações em que um Paciente tem recursos substanciais (por exemplo, elevado património líquido) e se recusa a pagar o montante devido, ou em que a Organização acredita que o não pagamento constitui um abuso intencional dos termos da sua FAP ou desta política. Nessas circunstâncias extremas, a Organização pode recorrer a uma ou mais ECAs, sujeita às disposições e restrições contidas na presente Política de Faturamento e Cobrança. A Organização não utiliza ECAs para contas que tenham um saldo remanescente devido ao facto de se qualificarem apenas para assistência financeira parcial ao abrigo da FAP da Organização ou no que respeita a copagamentos em contas que se qualificaram para assistência financeira total ao abrigo da FAP. O Vice-Presidente Sénior da Ascension / Diretor de Receitas tem a autoridade final para determinar se a Organização enviou esforços razoáveis para determinar a elegibilidade para assistência financeira e se existem circunstâncias extremas que permitam à Organização envolver-se em ECAs numa base de caso a caso.

Em conformidade com a 501(r), a presente Política de Faturamento e Cobrança identifica os esforços razoáveis que a Organização deve levar a cabo para determinar se um Paciente é elegível nos termos da sua FAP à Assistência Financeira ou se existe uma circunstância extrema que justifica o recurso a uma ECA. Uma vez determinada a existência duma circunstância extrema e que o paciente não reúne as condições para beneficiar de assistência financeira ao abrigo da FAP, a Organização pode proceder a uma ou mais ECAs, tal como aqui descrito.

1. Processamento da Solicitação da FAP. Exceto conforme estabelecido abaixo, um paciente pode submeter uma Solicitação da FAP a qualquer momento relativamente a cuidados de urgência e outros cuidados médicos necessários recebidos da Organização. As determinações de elegibilidade à Assistência Financeira serão processadas com base nas seguintes categorias gerais.
 - a. Solicitações da FAP completas. No caso de um Paciente que envie um Pedido de FAP completo, a Organização irá, oportunamente, suspender quaisquer ECAs para obter o pagamento dos cuidados, efetuar uma determinação de elegibilidade e providenciar um aviso escrito, conforme previsto abaixo.

- b. Determinações de Elegibilidade Presumida. Se um Paciente foi presumidamente determinado elegível para menos do que a assistência mais generosa oferecida conforme a FAP, a Organização notificará o Paciente da base para a determinação e oferecerá ao Paciente um período razoável de tempo para solicitar uma assistência mais generosa.
 - c. Aviso e processo caso nenhuma solicitação tenha sido enviada. Salvo se uma Solicitação de FAP completa for enviado ou for determinada a elegibilidade nos termos dos critérios de elegibilidade presumível da FAP, a Organização não irá dar início a qualquer ECA durante, pelo menos, 120 dias a partir da data do envio do primeiro extrato de faturação pelos cuidados pós alta ao paciente. No caso de diversos episódios de cuidados, estas disposições de notificação podem ser agregadas. Neste caso, os períodos de tempo teriam como base o episódio mais recente de cuidados incluído na agregação. Antes de iniciar uma (1) ou mais ECA(s) para obter o pagamento dos cuidados de saúde dum Paciente que não tenha apresentado uma Solicitação da FAP e antes de se determinar se as circunstâncias extremas justificam o recurso a ECAs, a Organização deve tomar as seguintes medidas:
 - i. Enviar ao Paciente um aviso escrito que indica que a Assistência Financeira está disponível a pacientes elegíveis, identifica as ECA que se pretende levar a cabo de modo a obter-se o pagamento dos cuidados e define um prazo de, mais tardar, 30 dias após a data de envio do aviso escrito após os quais poderão ser iniciadas as ECA;
 - ii. Providenciar ao paciente um resumo de linguagem clara da FAP; e
 - iii. Envidar um esforço razoável para notificar verbalmente o paciente com respeito à FAP e ao processo de Solicitação da FAP.
 - d. Solicitações da FAP incompletas. No caso dum Paciente que enviou uma Solicitação da FAP incompleta, a Organização deverá notificar o Paciente por escrito sobre como completar a Solicitação da FAP e conceder ao mesmo trinta (30) dias de calendário para o fazer. Qualquer ECA pendente deverá ser suspensa durante este período e o aviso escrito deverá (i) descrever a informação adicional e/ou documentação exigida nos termos da FAP ou a Solicitação da FAP que é necessária para completar o pedido e (ii) incluir informação de contacto adequada.
2. Restrições quanto ao atraso e recusa de cuidados. Quando a Organização pretender atrasar ou recusar, ou exigir o pagamento antes de providenciar, cuidados médicos necessários, conforme definido na FAP, devido à falta de pagamento dum Paciente dum ou mais faturas de cuidados anteriormente prestados cobertos no âmbito da FAP, será fornecida uma Solicitação da FAP ao Paciente e um aviso escrito que menciona que a Assistência Financeira está disponível para pacientes elegíveis.
3. Notificação de Determinação.
- a. Determinações. Assim que for recebida uma Solicitação da FAP completa por parte dum Paciente, a Organização irá avaliar a Solicitação da FAP para determinar a sua elegibilidade e irá notificar o Paciente por escrito da determinação final no prazo de quarenta e cinco (45) dias de calendário. A notificação irá incluir a determinação da quantia que o paciente é financeiramente responsável a pagar. Se a Solicitação da FAP for negada, será enviado um aviso com a explicação do motivo de recusa e instruções para recurso ou reconsideração.

- b. Reembolsos. A Organização reembolsará o montante que o Paciente pagou pelos cuidados caso exceda o montante determinado pelo qual o Paciente é pessoalmente responsável por pagar no âmbito da FAP, a menos que o valor seja inferior a 5,00 US\$.
 - c. Inversão da(s) ECA(s). Na medida em que um Paciente seja determinado elegível à Assistência Financeira no âmbito da FAP, a Organização tomará todas as medidas razoáveis disponíveis para inverter qualquer ECA efetuada contra o Paciente para obter o pagamento de cuidados. Tais medidas razoáveis disponíveis incluem, mas não se limitam a, de modo geral, medidas para retirar qualquer julgamento contra o Paciente, revogar qualquer cobrança ou penhora à propriedade do Paciente e retirar do relatório de crédito do Paciente qualquer informação adversa que tenha sido comunicada a uma agência de relatórios sobre o consumidor ou agência de crédito.
4. Recursos. O Paciente poderá recorrer da recusa de elegibilidade à Assistência Financeira ao providenciar informação adicional à Organização num prazo de catorze (14) dias de calendário após a receção da notificação de recusa. Todos os recursos serão revistos pela Organização para uma determinação final. Se a determinação final confirmar a recusa anterior de Assistência Financeira, será enviada uma notificação por escrito ao Paciente.
5. Cobranças. Após a conclusão dos procedimentos acima referidos (incluindo esforços razoáveis para determinar se um Paciente é elegível para Assistência Financeira ao abrigo da sua FAP) e após a determinação pela Organização de que existem circunstâncias extremas que justificam o recurso às ECAs, a Organização poderá prosseguir com ECAs contra Pacientes sem seguro ou com seguros insuficientes com contas inadimplentes, conforme determinado nos procedimentos da Organização para o estabelecimento, processo e monitorização de faturas e planos de pagamento de Pacientes. Sujeita às restrições identificadas no presente documento, a Organização pode utilizar uma agência de cobranças de insolvência externa conceituada ou outro prestador de serviço para o tratamento de contas insolventes. Tais agências ou prestadores de serviços devem cumprir as disposições da 501(r) aplicáveis a terceiros.

ADENDA AOS CONTRATOS DA AGÊNCIA DE COBRANÇAS

[*Insira o nome da Instituição de Saúde*]¹ (“Instituição de Saúde”) e [*Insira o nome da Agência de Cobranças*] (“Agência de Cobranças”), por consideração mútua reconhecida pelo presente, concordam, com efeitos a partir deste _____ dia de _____, 20___, em alterar o atual acordo de serviços de cobranças entre as partes para incluir o seguinte:

1. A Instituição de Saúde e os seus afiliados adotaram uma política e procedimentos (coletivamente, a "Política") destinados a cumprir a 501(r) do Código de Receitas Internas e os regulamentos promulgados ao abrigo da mesma (coletivamente, “501(r)”) e para assegurar práticas de faturação e cobrança socialmente justas para todos os pacientes da Instituição de Saúde.
2. A Agência de Cobranças reconhece que recebeu, analisou e compreendeu a Política.
3. Sujeita ao Parágrafo 4 da presente Adenda, a Agência de Cobranças concorda em cumprir a Política no decurso das suas atividades relacionadas com cobranças que envolvam pacientes do Instituição de Saúde. Essas atividades incluem, entre outras, as seguintes:
 - a. Todas as comunicações com qualquer paciente da Instituição de Saúde ou pessoa financeiramente responsável encaminhada para a Agência de Cobranças para efeitos de cobrança de montantes devidos à Instituição de Saúde; e
 - b. Todos os processos judiciais ou outras ações de cobrança, de qualquer tipo ou natureza, contra qualquer paciente da Instituição de Saúde ou pessoa financeiramente responsável encaminhada para a Agência de Cobranças para efeitos de cobrança de montantes devidos à Instituição de Saúde; e
4. A Agência de Cobranças concorda que atuará sempre em conformidade com a 501(r) e que não se desviará dos padrões e requisitos estabelecidos na Política sem o consentimento prévio por escrito da Instituição de Saúde.

[*INSTITUIÇÃO DE SAÚDE*]

Por: _____

Nome:

Título:

[*AGÊNCIA DE COBRANÇAS*]

Por: _____

Nome:

Título:

¹ No caso de um terceiro ter contratado a Agência de Cobranças, a adenda deve ser revista de modo a que o terceiro possa executar a presente adenda com a Agência de Cobrança.