



Esta política foi aprovada em conjunto pelas organizações membros da MaineHealth e aplica-se a todos os membros e subsidiárias do sistema MaineHealth, incluindo cada uma das entidades : MaineHealth Corporate, MaineHealth Medical Group, Maine Medical Center-Portland, Maine Medical Center-Biddeford, Maine Medical Center-Sanford, Lincoln Hospital, Franklin Hospital, Mid Coast Hospital, Stephens Hospital, Pen Bay Hospital, Waldo Hospital, Memorial Hospital, Behavioral Health at Spring Harbor (MaineHealth Behavioral Health), MaineHealth Care at Home, MaineHealth CH.ANS Home Health & Hospice, and NorDx.

Título da política: *Free care*

Pesquise pelas palavras: *Faturação, Cobrança, Pagamento por conta própria, Assistência financeira*

Resumo da Política:

É política dos hospitais MaineHealth e do Memorial Hospital of North Conway N.H. (coletivamente designados por "Hospitais MH") prestar assistência financeira aos doentes que reúnam as condições necessárias de acordo com as diretrizes estabelecidas neste documento.

1. [Diretrizes de rendimentos](#)
2. [Serviços abrangidos](#)
3. [Aviso de disponibilidade de Free Care](#)
4. [Determinação da qualificação](#)
5. [Faturação](#)
6. [Relatórios e manutenção de registos](#)
7. [Apresentação; Aplicabilidade](#)
8. [Aviso da oportunidade de uma audiência justa](#)
9. [Indigência médica e elegibilidade presumida](#)
10. [Assistência para programas estatais e federais](#)
11. [Planos de mercado](#)
12. [Informações de contacto para assistência financeira](#)
13. [Serviços médicos abrangidos pela assistência financeira](#)
14. [Política de faturação e cobrança da MH](#)

I. Âmbito:

Todos os hospitais são obrigados a adotar e a aderir a uma política de Free Care que preveja a determinação da incapacidade de pagamento, defina o serviço a prestar como Free Care e tenha em conta outras fontes de pagamento dos cuidados, em conformidade com as normas estabelecidas no capítulo 150 das regras que regem o Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine, Gabinete de Serviços MaineCare. Outros consultórios médicos associados à MaineHealth também aderem a esta Política de Free Care.

II. Declarações de políticas:

Ao abrigo da lei do Maine, nenhum hospital pode recusar serviços a um residente do Maine apenas devido à incapacidade de o indivíduo pagar esses serviços. Os Hospitais MH fornecem Free Care a todos os doentes com um nível igual ou inferior a 200% das Diretrizes Federais de Pobreza.

III. Procedimentos:

1. Diretrizes de rendimentos

a. **Definições.** Para efeitos desta Política, aplicam-se as seguintes definições:

1. **Família:** Uma família é um grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção, que residem juntas e entre as quais existem responsabilidades legais de apoio; todas essas pessoas relacionadas são consideradas como uma única família. (Se um agregado familiar incluir mais do que uma família e/ou mais do que um indivíduo não relacionado, as diretrizes de rendimentos são aplicadas separadamente a cada família e/ou indivíduo não relacionado e não ao agregado familiar como um todo).

1. De acordo com esta política, os parceiros domésticos registados são considerados como uma unidade familiar.

u. **Unidade familiar de tamanho 1:** De acordo com as diretrizes de rendimentos, uma unidade familiar de tamanho 1 é uma pessoa não relacionada, ou seja, uma pessoa de 15 anos ou mais que não vive com familiares. Um indivíduo não relacionado pode ser o único ocupante de uma unidade de alojamento, ou pode estar a residir numa unidade de alojamento (ou em alojamentos coletivos, como uma casa de hóspedes) na qual residam também uma ou mais pessoas sem laços de parentesco com a pessoa em questão por nascimento, casamento ou adoção.

1. Segundo esta política, os estudantes adultos (18 anos ou mais) são considerados família de 1, mesmo que ainda estejam a viver com os seus pais.

v. **Rendimento:** Por rendimento entende-se o total dos rendimentos anuais em numerário, antes de impostos, provenientes de todas as fontes, exceto nos casos previstos na alínea b) infra.

1. O rendimento inclui:

- salários e vencimentos em dinheiro antes de quaisquer deduções
- rendimentos líquidos de uma atividade não agrícola ou agrícola por conta própria (rendimentos da atividade própria de uma pessoa ou de uma exploração agrícola própria ou arrendada, após dedução das despesas da empresa ou da exploração)
- pagamentos regulares da segurança social, reforma dos ferroviários, subsídio de desemprego, indemnização dos trabalhadores, subsídios de greve dos fundos sindicais, subsídios de veteranos
- assistência pública, incluindo assistência temporária a famílias carenciadas, rendimento suplementar de segurança e pagamentos monetários de assistência geral

- ajudas de custo para formação
 - pensão de alimentos, pensão de alimentos para filhos e subsídios familiares militares ou outro apoio regular de um membro da família ausente ou de alguém que não vive no agregado familiar
 - pensões privadas, pensões de funcionários públicos e pagamentos regulares de seguros ou anuidades
 - dividendos, juros, rendas, royalties ou receitas periódicas de heranças ou fundos fiduciários
 - ganhos líquidos de jogos de azar ou de lotaria
2. O rendimento não inclui o seguinte:
- mais-valias
 - quaisquer ativos líquidos, incluindo levantamentos bancários ou produtos da venda de bens
 - reembolsos fiscais
 - doações, empréstimos e heranças de montante fixo
 - pagamento único de seguro ou outra indemnização única por danos
 - benefícios não pecuniários, tais como a parte do seguro de saúde paga pelo empregador ou pelo sindicato ou outros benefícios adicionais dos trabalhadores
 - o valor dos géneros alimentícios e dos combustíveis produzidos e consumidos nas explorações agrícolas e o valor imputado das rendas das habitações não agrícolas ou agrícolas ocupadas pelos proprietários
 - Programas federais de benefícios não monetários, incluindo Medicare, Medicaid, vales de alimentação, almoços escolares e assistência à habitação
3. Nota: Embora os pagamentos únicos de seguros estejam excluídos do rendimento, os pagamentos únicos de seguros feitos para cobertura de serviços hospitalares limitariam a disponibilidade de Free Care para faturas não cobertas por esses pagamentos. Ver subsecção 4.a.
- iv. **Pessoa:** O termo “Pessoa” significa um Residente do Maine ou New Hampshire.
- v. **Residente do Maine:** O termo “Residente do Maine” refere-se a um indivíduo que vive no estado voluntariamente com a intenção de fazer do Maine a sua casa. Um indivíduo que está a visitar ou está temporariamente no Maine não é residente.
- vi. **Residente de New Hampshire:** O termo “Residente de New Hampshire” refere-se a um indivíduo que vive no estado de New Hampshire voluntariamente com a intenção de fazer de New Hampshire a sua casa. Um indivíduo que está a visitar ou está temporariamente em New Hampshire não é residente. Será solicitado um comprovativo de residência como parte do processo de candidatura.
- b. **Incapacidade de pagar.** Uma pessoa não pode pagar os serviços hospitalares quando o rendimento familiar dessa pessoa, calculado por qualquer um dos seguintes métodos, não for superior às diretrizes de rendimento aplicáveis estabelecidas na subsecção 2.3 (se um método não for aplicável, deve ser aplicado o outro antes de se determinar a inelegibilidade):

1. Multiplicando por quatro o rendimento familiar da pessoa durante os três meses anteriores à determinação da elegibilidade; ou
 - ii. Utilizando o rendimento familiar efetivo da pessoa nos 12 meses anteriores à determinação da elegibilidade.
- c. **Diretrizes de rendimentos.** Ao abrigo dos regulamentos do Estado do Maine, os hospitais são obrigados a prestar Free Care a indivíduos a 150% das Diretrizes Federais do Nível de Pobreza (Federal Poverty Level Guidelines, FPL). A MaineHealth reconhece que existe uma necessidade legítima de fornecer descontos adicionais a pessoas cujo rendimento anual pode exceder as Diretrizes Federais de Pobreza, mas que ainda assim não têm capacidade para pagar os serviços. Para esse fim, a MH irá fornecer descontos Free Care adicionais aos Residentes de Maine e New Hampshire, conforme indicado abaixo. As seguintes diretrizes de rendimentos devem ser usadas para determinar se uma Pessoa não pode pagar. Estas diretrizes de rendimentos serão atualizadas todos os anos.
1. o MaineHealth irá utilizar as atuais Diretrizes Federais de Pobreza publicadas no Registo Federal e irá prestar Free Care completo a indivíduos cujo rendimento seja igual ou inferior a 200% das Diretrizes Federais de Pobreza. As atuais orientações de Free Care da MH estão listadas no Anexo 1 desta Política. As diretrizes de rendimento da MH excedem os requisitos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos.

2. Serviços abrangidos

- a. A MH prestará Free Care para os serviços de internamento e ambulatório necessários do ponto de vista médico. Apenas os cuidados médicos necessários são disponibilizados como Free Care. A MH irá seguir os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS), as Políticas de Revisão Médica Local ou as Determinações de Cobertura Nacional para determinar a necessidade médica. A necessidade médica também pode ser determinada pelo médico responsável pelo pedido ou pela companhia de seguros de saúde não governamental do requerente. A Política de Free Care pode abranger serviços preventivos necessários no contexto de ambulatório.
 1. Serviços excluídos/limitados:
 - A cirurgia cosmética, um procedimento realizado com o único objetivo de melhorar a aparência do doente (excluindo a cirurgia reconstrutiva) não está abrangida pelo Free Care.
 - A cirurgia bariátrica está abrangida pelo Free Care apenas se o médico apresentar uma declaração escrita de necessidade médica.
 - A cirurgia dentária, um procedimento realizado com o único objetivo de extrair dentes infetados ou afetados, é coberta pelo Free Care somente se o médico apresentar uma declaração escrita de necessidade médica.
 - Os procedimentos relacionados com a infertilidade não são cobertos pelo Free Care.
 - Os procedimentos relacionados com a esterilização só estão cobertos pelo Free Care se o médico apresentar uma declaração escrita de necessidade médica.

3. Aviso de disponibilidade de Free Care

- a. **Resumo em linguagem clara:** Os hospitais da MH e os consultórios médicos devem afixar avisos sobre a disponibilidade Free Care em locais dentro das instalações em que o público geralmente negoceia com o hospital ou se apresenta para receber ou solicitar serviços hospitalares, incluindo áreas de admissão, salas de espera, gabinetes comerciais e áreas de receção de doentes externos.
- b. **Aviso individual:** No que respeita aos serviços de internamento, os hospitais da MH e os consultórios médicos devem fornecer um aviso individual por escrito da disponibilidade de Free Care antes da alta. No que respeita aos serviços ambulatórios, cada hospital deve acompanhar a fatura do doente com uma cópia de um aviso individual da disponibilidade de Free Care ou deve fornecer uma cópia do aviso individual no momento em que o serviço é prestado.
- c. **Conteúdo do aviso:** O aviso publicado e o aviso individual por escrito encontram-se no Anexo 1 desta política.
- d. **Comunicação do conteúdo:** Os hospitais da MH e os consultórios médicos envidarão todos os esforços razoáveis para comunicar o conteúdo do aviso escrito às pessoas que se considere não poderem ler o aviso. Pode encontrar traduções dos documentos relativos ao Free Care no sítio web da MH (mainehealth.org), no separador assistência financeira.

4. Determinação da qualificação

- a. **Candidatura**
 1. A MB deve dar a cada pessoa que procura Free Care a oportunidade de apresentar o seu pedido em formulários fornecidos pelos hospitais da MH.
 11. A MH exigirá que o requerente forneça todas as informações razoavelmente necessárias para comprovar o rendimento do requerente ou o facto de o indivíduo não estar coberto por um seguro ou ser elegível para cobertura por programas estatais ou federais de assistência médica ao processar as aprovações.
 - iii. Os pedidos de Free Care serão processados pelos conselheiros financeiros do Consolidated Business Office (CBO) ou pelo pessoal designado em cada estabelecimento.
- b. **Determinação**
 1. Após a receção de um pedido, o CBO ou o pessoal designado deve determinar que uma pessoa que procura Free Care é elegível para esses cuidados se:
 - a Pessoa cumprir as diretrizes de rendimento especificadas na Secção 1;
 - a Pessoa não está coberta por nenhum seguro nem é elegível para cobertura por programas estatais ou federais de assistência médica. Esta determinação não será necessária se os serviços tiverem sido prestados por instalações ou

consultórios que participem nos Programas de reembolso de empréstimos do NHSC.

- os serviços recebidos foram clinicamente necessários.
- ii. Se o CBO ou o pessoal designado determinar que a Pessoa que procura Free Care cumpre as diretrizes de rendimento, mas está coberta por um seguro ou por programas estatais ou federais de assistência médica, determinará que qualquer montante remanescente devido após o pagamento pela seguradora ou pelo programa de assistência médica será considerado como Free Care.
- iii. A MH permitirá que a determinação da qualificação para serviços de Free Care em ambulatório permaneça válida durante um período máximo de seis meses para cuidados subsequentes emergentes ou clinicamente necessários após a data da determinação. Isto inclui todas as contas a receber pendentes, incluindo as que se encontram nas agências de cobrança duvidosa, a não ser que tenha sido feito um pagamento na conta. Uma mudança na situação financeira ou a adição de elegibilidade de terceiros pagadores pode alterar o período de aprovação e exigir uma nova análise.
- iv. A determinação da qualificação para serviços de Free Care de internamento será feita a cada admissão.
- c. Diferimento da determinação
- i. Nas condições especificadas nos parágrafos (ii) e (iii) abaixo, a determinação das qualificações para o Free Care pode ser adiada até 60 dias, com o objetivo de exigir que o requerente obtenha a prova atual de inelegibilidade para programas de assistência médica ou para verificar que os serviços em questão não estão cobertos por um seguro.
- ii. Se um requerente de Free Care, que cumpra as diretrizes de rendimento na secção 1 e que não esteja abrangido por qualquer programa estatal ou federal de assistência médica, cumprir qualquer um dos seguintes critérios, a qualificação para Free Care será adiada: esta determinação não será necessária se os serviços tiverem sido prestados por instalações ou consultórios que participem nos Programas de Reembolso de Empréstimos do NHSC.
- com 65 anos ou mais;
 - cego,
 - com deficiência,
 - uma Pessoa é membro de uma família em que uma criança está privada de apoio ou cuidados parentais devido a uma das seguintes causas, e o rendimento da Pessoa é inferior às diretrizes da secção 1.
 - o morte de um progenitor;
 - o ausência continuada do(s) progenitor(es) de casa devido a detenção num instituto penal, internamento numa instituição médica geral, crónica ou especializada, deportação para um país estrangeiro, divórcio, deserção ou separação mútua dos progenitores, ou parentalidade solteira;
 - o incapacidade de um progenitor; ou
 - o desemprego de um progenitor que seja o principal ganha-pão

111. Se uma Pessoa não cumprir nenhum dos critérios especificados em (2) acima, mas o Hospital da MH não conseguir determinar a cobertura do indivíduo e tiver uma base razoável para acreditar que o indivíduo pode estar coberto por um seguro ou ser elegível para programas de assistência médica federais ou estatais, pode adiar a determinação relativa ao Free Care. Esta determinação não será necessária se os serviços tiverem sido prestados por instalações ou consultórios que participem nos Programas de Reembolso de Empréstimos do NHSC.

d. Conteúdo da determinação favorável

- i. Uma determinação de que uma Pessoa se qualifica para Free Care deve indicar:
 - Que a MaineHealth irá prestar cuidados **sem** custos ou com custos reduzidos;
 - A data em que os serviços foram solicitados;
 - A data em que a determinação foi feita; e
 - A data em que os serviços foram ou serão prestados pela primeira vez ao requerente.
 - Quaisquer saldos pendentes anteriores dos Hospitais MH serão anulados após a aprovação da assistência financeira.
 - Os serviços em ambulatório serão cobertos por um período de seis meses a partir da data de aprovação.
 - As pessoas que recebem serviços de internamento terão de voltar a solicitar Free Care se a sua aprovação anterior tiver sido superior a 90 dias a partir da admissão atual. Se uma pessoa for admitida em regime de internamento no prazo de 90 dias após a aprovação do Free Care em regime ambulatório, ser-lhe-á pedido que assine um formulário de atestado que confirme que os seus rendimentos não sofreram alterações desde o pedido anterior.
 - As pessoas que recebem serviços de ambulatório, e que foram consideradas elegíveis ao abrigo da Política d Free Care ou a quem foi negado Free Care, podem ser reavaliadas mediante pedido se o doente tiver sofrido uma alteração de rendimento durante o período de cobertura de seis meses. Será solicitado a esses doentes que voltem a candidatar-se ao abrigo do programa com informações atualizadas sobre o rendimento.

e. Motivos para a recusa

1. A MH CBO ou o pessoal designado deve fornecer a cada requerente que solicite Free Care e este lhe seja recusado, uma declaração escrita e datada dos motivos da recusa quando esta for efetuada. Quando o motivo do indeferimento for o não fornecimento das informações exigidas durante um período de adiamento ao abrigo da subsecção 4., a Pessoa deve ser informada de que pode voltar a candidatar-se a Free Care, se as informações exigidas puderem ser fornecidas. Além disso, o aviso deve indicar que a Pessoa tem direito a uma audiência; como obter uma audiência; e nome e

número de telefone do indivíduo que deve ser contactado, caso o prestador de cuidados/doente tenha dúvidas relativamente ao aviso.

f. Motivos para deferimento

- i. Quando um pedido de Free Care é deferido, a Pessoa será notificada da seguinte forma:

Ainda não foi feita uma determinação de Free Care. Há razões para acreditar que você [o requerente] pode ser elegível para cobertura por programas de assistência médica estatais ou federais. Se conseguir demonstrar que não é elegível para cobertura por estes programas no prazo de 60 dias a contar da data deste aviso, obtendo uma carta ou outra declaração de _____ [inserir nome da agência estatal ou federal para a qual o requerente foi encaminhado], então será considerado qualificado para Free Care. Mesmo que tenha direito a cobertura, poderá receber Free Care para qualquer parte das despesas que os programas de assistência médica (ou qualquer seguro que tenha) não paguem. Esta determinação não será necessária se os serviços tiverem sido prestados por instalações ou consultórios que participem nos Programas de Reembolso de Empréstimos do NHSC.

- g. Quando um pedido é deferido, o requerente deve ser notificado do motivo do deferimento, incluindo a base da crença do hospital de que pode existir cobertura ou elegibilidade e da natureza das provas que devem ser fornecidas para concluir a determinação. O aviso deverá **estar** substancialmente na forma especificada no parágrafo acima e deverá incluir a última frase dessa forma.

5. **Faturação**

- a. Se uma Pessoa tiver sido considerada qualificada para 100% Free Care ao abrigo da secção 4, não lhe serão cobrados os serviços prestados
- b. Se uma Pessoa tiver sido considerada qualificada para 100% Free Care ao abrigo da secção 4, não lhe será cobrado qualquer montante não pago por uma seguradora ou programa de assistência médica.
- c. Se for aprovado para assistência financeira ao abrigo da nossa política e a sua aprovação não cobrir 100 % dos nossos custos pelo serviço, não lhe será faturado um montante superior por emergências ou outros cuidados clinicamente necessários do que o montante geralmente faturado (amount generally billed, AGB) aos doentes que têm seguro. A MaineHealth optou por utilizar o método Look Back para calcular o AGB para doentes que se candidatam a assistência financeira. Pode encontrar mais informações relacionadas com o AGB ao visitar a secção de faturação do nosso website. As informações de AGB podem ser encontradas na secção Políticas, Política de Faturação e Cobrança. Também pode solicitar uma cópia gratuita desta política contactando os Serviços Financeiros ao Doente através do número gratuito (866) 804-2499.

- d. Se o pedido de Free Care de um indivíduo tiver sido diferido ao abrigo da secção 4, o indivíduo pode ser cobrado pelos serviços prestados durante o período de diferimento.
- e. Se um indivíduo tiver sido considerado elegível para Free Care nos termos da subsecção 4 ou se a determinação que abrange o Free Care tiver sido diferida nos termos da subsecção 4.c., nenhum município será cobrado ao abrigo do programa de assistência geral pelos cuidados hospitalares prestados a esse indivíduo.

6. Relatórios e manutenção de registos

- a. A MH manterá registos da quantidade de Free Care prestados de acordo com as diretrizes mínimas estabelecidas na presente Política e o número de Pessoas a quem foram prestados. Se um hospital fornecer Free Care que não sejam exigidos por esta Política, o hospital manterá registos separados da quantidade de tais cuidados prestados e do número de indivíduos a quem foram prestados.
- b. Cada hospital do Maine deve comunicar ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Maine (DHHS), como parte do seu registo de informações para efeitos de reconciliação final, um resumo do montante de Free Care prestado no pagamento aplicável; o montante de Free Care que não era necessário mas foi prestado nesse ano; e o número de pessoas a quem foi prestado cada tipo de Free Care (necessário e não necessário).

7. Apresentação; Aplicabilidade

- a. Os hospitais MH são obrigados a registar e manter junto do DHHS do Maine uma cópia atualizada da sua política de Free Care e uma cópia atualizada do seu resumo em linguagem clara.

8. Aviso da oportunidade de uma audiência justa

- a. De acordo com 22 M.R.S.A. §1716, os residentes do Maine podem contactar o DHHS, por escrito ou verbalmente, para uma audiência na Administrative Hearings Unit (Unidade de Audiências Administrativas), Department of Health and Human Services (Departamento de Saúde e Serviços Humanos), 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011, para solicitar a oportunidade de uma audiência justa relativamente à elegibilidade para Free Care. O Maine DHHS deve conceder a oportunidade de **uma** audiência justa relativamente à elegibilidade para Free Care a:
 - Qualquer requerente que o solicite pelo facto de o seu pedido de Free Care ter sido recusado ou não ter sido atendido com uma rapidez razoável, ou
 - Qualquer beneficiário de cuidados que o solicite por considerar que o hospital tomou uma decisão errada.
 - Os doentes podem contactar os Serviços Financeiros ao Doente através do

número gratuito 1-866-804-2499 para obterem informações adicionais sobre como solicitar uma audiência.

- b. Os residentes de New Hampshire podem solicitar uma revisão da sua determinação de Free Care contactando os Serviços Financeiros ao Doente através do número gratuito 1-866-804-2499. A candidatura será analisada para determinação pela liderança sénior do ciclo de receitas.

9. Indigência médica e elegibilidade presumida

- a. A MaineHealth MH reconhece que pode haver casos em que um doente não se qualifique para receber Free Care ao abrigo desta Política e, ainda assim, seja legitimamente incapaz de pagar os serviços prestados. Para o efeito, a MH criou duas categorias adicionais de ajuste, Indigência Médica e Elegibilidade Presumida. Se for aprovado para assistência financeira ao abrigo da nossa política e a sua aprovação não cobrir 100 % dos nossos custos pelo serviço, não lhe será faturado um montante superior por emergências ou outros cuidados clinicamente necessários do que o montante geralmente faturado (amount generally billed, AGB) aos doentes que têm seguro. A MaineHealth optou por utilizar o método Look Back para calcular o AGB para doentes que se candidatam a assistência financeira. Pode encontrar mais informações relacionadas com o AGB ao visitar a secção de faturação do nosso website.
As informações de AGB podem ser encontradas na secção Políticas, Política de Faturação e Cobrança. Também pode solicitar uma cópia gratuita desta política contactando os Serviços Financeiros ao Doente através do número gratuito (866) 804-2499.

1. **Indigência médica:** Existem três categorias básicas de pessoas clinicamente indigentes consideradas nesta política.
 1. A primeira categoria inclui as pessoas que têm direito a Free Care com base nos seus rendimentos, mas que não cumprem os requisitos da Política. Alguns exemplos desta categoria incluem:
 - O doente não é residente no Maine ou em New Hampshire
 - O doente é sem-abrigo
 - O doente pertencia a um grupo coberto mas não forneceu um aviso de recusa do DHHS
 - Os serviços não eram clinicamente necessários, mas foram considerados clinicamente adequados pelo prestador

2. A segunda categoria inclui os doentes que não cumprem as diretrizes de Free Care com base no seu rendimento bruto, mas o seu rendimento líquido não lhes permite cumprir as obrigações de pagamento das suas despesas médicas.
 3. Ambas as categorias de Pessoas acima podem ser aprovadas para ajuste pela supervisão ou pela equipa de gestão no Departamento de Serviços Financeiros ao Doente ou pela equipa designada de CBO aplicável, após recomendação da equipa de cobrança ou de serviço ao cliente. O preenchimento de um questionário financeiro acompanhado de informações sobre os rendimentos e as despesas é necessário para validar a necessidade de um ajuste ao abrigo da presente secção. Pode ser aplicado um teste de bens se a MH o considerar adequado.
 4. Uma terceira categoria de doentes clinicamente indigentes pode incluir doentes com cancro de fora do estado, que podem ser aprovados para Free Care numa base caso a caso ao abrigo desta Política. Os doentes com cancro de fora do estado que participem no programa de cuidados oncológicos e necessitem da medicação necessária para o tratamento serão considerados pela MH para Free Care. Esta aprovação de Free Care será introduzida no sistema EHR com datas de entrada em vigor e de validade para garantir que os doentes que se qualificam para Free Care também irão receber os medicamentos necessários sem qualquer custo.
- ii. **Elegibilidade Presumida:** A elegibilidade presumida destina-se aos doentes que nunca preencheram um pedido de Free Care, mas o departamento de Serviços Financeiros ao Doente tem informações suficientes para determinar que o doente teria direito a Free Care se se candidatasse. Os exemplos incluem o seguinte:
- Ao utilizar a pontuação FPL fornecida por um parceiro do ciclo de receitas, determine a elegibilidade para ajuda financeira com base na pontuação de rendimento devolvida.
 - O doente é sem-abrigo e não preencheu uma candidatura.
 - O doente está coberto por um plano Medicaid fora do Estado, no qual o prestador não está credenciado, e o saldo do doente não justifica o preenchimento da complicada documentação associada à credenciação.
 - Se uma Pessoa estiver abrangida pelo programa MaineCare do estado do Maine ou pela New Hampshire Medicaid, a elegibilidade presumida será aplicada aos serviços não cobertos antes da inclusão na Medicaid, limitada às datas de serviço no último ano antes da inscrição no programa estatal.
 - Se uma Pessoa estiver abrangida pelo programa CarePartners, a elegibilidade presumida será aplicada aos serviços não cobertos antes da inscrição no CarePartners, limitada às datas de serviço no último ano antes da inscrição no programa estatal.
 - O doente está preso e não tem bens.

- As qualificações anteriores para Free Care não são utilizadas para determinar se alguém é elegível para a elegibilidade presumida.
 - *Todos* os serviços prestados na Preble Street Collaborative serão considerados para elegibilidade presumida ao abrigo deste programa.
 - Os doentes encaminhados para serviços no Mid Coast Hospital a partir da Oasis Free Clinic em Brunswick serão considerados para elegibilidade presumida ao abrigo deste programa.
 - Os doentes sem seguro que recebam serviços de cuidados em situações de crise de saúde mental em qualquer serviço de urgência da MaineHealth serão considerados para elegibilidade presumida ao abrigo deste programa.
- 1. Os doentes com elegibilidade presuntiva serão aprovados para ajuste de acordo com o Procedimento de Elegibilidade Presuntiva dos Serviços Financeiros ao Doente interno ou pela equipa de liderança no Departamento de Serviços Financeiros ao Doente.**

10. Assistência para programas estatais e federais

- a. A MH desenvolveu um programa para ajudar os seus doentes com autopagamento a candidatarem-se a programas estatais ou federais que possam ajudar a cobrir os custos dos serviços hospitalares ou médicos. Este programa inclui uma consulta a todos os doentes com autopagamento e doentes em ambulatório selecionados, com base nas recomendações da MH, para determinar a sua elegibilidade para programas Estatais e/ou Federais. A MH pode ajudar no processo de candidatura de bebés recém-nascidos e qualificá-los para o programa MaineCare (Medicaid) do Estado do Maine ou para os doentes do Memorial Hospital e dos consultórios médicos associados ao programa Medicaid do Estado de New Hampshire. Os doentes que se candidatem a Free Care que tenham sido internados na HM serão avaliados quanto à elegibilidade para o Medicaid. Se for determinado que um doente não se qualifica para qualquer assistência estatal ou federal, essa determinação será aceite como uma recusa do DHHS e a MH processará o pedido de Free Care da pessoa. Esta determinação não será necessária se os serviços tiverem sido prestados por instalações ou consultórios que participem nos Programas de Reembolso de Empréstimos do NHSC.

11. Planos de mercado

- a. Com a Lei dos Cuidados Acessíveis (Affordable Care Act), os nossos doentes são obrigados a ter cobertura de cuidados de saúde através de um plano patrocinado pela entidade patronal, de um plano de aquisição privado ou de uma candidatura através do mercado de seguros de saúde. A MH tem recursos disponíveis para ajudar os nossos doentes através do processo de candidatura aos planos de mercado. Os doentes podem contactar a nossa equipa CarePartners através do

número 877-626-1684 para obter assistência.

- b. Os doentes que se candidatem a Free Care e que tenham estado internados num hospital MH serão avaliados quanto à elegibilidade para MaineCare (Medicaid) ou New Hampshire Medicaid para doentes do Memorial Hospital. Se a pessoa puder fornecer uma cópia da Notificação de elegibilidade para o mercado de seguros mostrar que não é elegível para o Medicaid, o pessoal da MH processará a candidatura de Free Care da pessoa.

12. Informações de contacto para assistência financeira

- a. Um indivíduo pode solicitar Free Care contactando com o departamento de Serviços Financeiros ao Doente através do número gratuito (866) 804-2499. A aplicação de Free Care e esta Política também podem ser encontradas no nosso site, na secção de faturação.
- b. Para recursos financeiros alternativos, os doentes podem contactar a CarePartners. A CarePartners coordena a prestação de serviços de cuidados de saúde doados a residentes com baixos rendimentos e sem seguro em cinco condados do Maine (Cumberland, Lincoln, Waldo, York e Kennebec). O programa, uma parceria entre a MH, médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde, ajuda os membros da comunidade que, de outra forma, não se qualificam para programas de cobertura de cuidados de saúde públicos ou privados a obter cuidados de saúde abrangentes e clinicamente necessários. Para obter mais informações sobre a CarePartners, ligue gratuitamente para o número 877-626-1684.

13. Serviços médicos abrangidos pela assistência financeira

- a. Todos os serviços médicos prestados por grupos de médicos da **MH** serão abrangidos pelo programa de Free Care.
- b. Alguns prestadores de serviços não estão afiliados com a MH e podem não aceitar a nossa determinação de Free Care. Esses prestadores podem incluir, mas não se limitam, aos seguintes: Spectrum Medical Group (Anestesia, Patologia e Radiologia), médicos da InterMed e outros consultórios ou grupos de médicos privados.

14. Política de faturação e cobrança da MH

- a. A MH irá utilizar as seguintes formas de comunicação para cobrar uma fatura aos nossos fiadores: extratos de doente, cartas e chamadas telefónicas. De acordo com a política de faturação e cobrança da MH, aos mais de 120 dias deste processo, se não tiver havido qualquer comunicação com o fiador sobre o pagamento do montante em dívida, a conta será elegível para encaminhamento para a nossa agência de cobrança. Pode encontrar uma cópia da Política de faturação e cobrança da MH na página web da MH em www.mainehealth.org ou ligando gratuitamente para os Serviços Financeiros ao Doente através do número (866) 804-2499.

Referências relacionadas:

Maine Department of Health and Human Services, Office of MaineCare Services. (2007). Capítulo 150 [Documento Word]. Obtido a partir de <https://www.maine.gov/sos/cec/rules/10/144/144c150.doc>

Estatutos de Maine Revistos, Título 22, Secção 1716. (1995). Obtido a partir de <https://www.mainelegislature.org/legis/statutes/22/title22sec1716.html>

Data de adoção original: 01/01/2012

Comité(s) de aprovação:

Esta Política foi aprovada pelos representantes das organizações membros da Maine Health que participaram na reunião do {nome do conselho ou comité} em {mm/ dd/aaaa}.

Responsável pela Política: *Tony Murray, Diretor Sénior, Gabinete de Faturação Única e Operações em Numerário, Gestão do Ciclo de Receitas, MaineHealth Corporate*

Promotor Executivo: *Rich Bayman, CFO, MaineHealth Corporate*

Approved by the Maine Health Board of Trustees

Richard D
8/11/25

Anexo 1

NOTIFICAÇÃO

Cuidados médicos gratuitos para quem não pode pagar — 2025

A legislação do Maine exige que sejam fornecidos cuidados médicos gratuitos aos residentes do Maine com rendimentos inferiores a 150 por cento do nível de pobreza federal. A MaineHealth disponibiliza cuidados gratuitos completos **a todos os pacientes a ou menos de 200 por cento** do nível de pobreza. Os residentes de New Hampshire que receberem cuidados no Memorial Hospital e/ou consultórios de outros médicos associados da MaineHealth também podem qualificar-se para o programa de cuidados gratuitos.

Dimensão da Família	150 %	200 %
1	\$23,475.00	\$31,300.00
2	\$31,725.00	\$42,300.00
3	\$39,975.00	\$53,300.00
4	\$48,225.00	\$64,300.00
5	\$56,475.00	\$75,300.00
6	\$64,725.00	\$86,300.00
7	\$72,975.00	\$97,300.00
8	\$81,225.00	\$108,300.00
Cada pessoa adicional	\$8,250.00	\$11,000.00

Para solicitar ajuda financeira, contacte-nos através de:

- Gabinete de Patient Financial Services (Serviços Financeiros para Pacientes) através do número gratuito **866-804-2499** durante o horário normal de funcionamento, de segunda a sexta-feira, das 8:00 horas às 16:30 horas.

Os custos não excedem o montante geralmente faturado à Medicare

Se for aprovado para assistência financeira ao abrigo da nossa política e a sua aprovação não cobrir 100 por cento dos nossos custos pelo serviço, não lhe será faturado um montante superior por emergências ou outros cuidados clinicamente necessários do que o montante geralmente faturado aos pacientes que têm seguro.

Apenas os cuidados médicos necessários são disponibilizados como cuidados gratuitos. Caso não se qualifique para cuidados médicos gratuitos, poderá pedir um processo equitativo. Iremos informá-lo sobre como solicitar um processo equitativo.

