

Anexo F: DISPOSIÇÕES SOBRE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL

I. OBJETIVO

O objetivo deste ANEXO é declarar as disposições adicionais que são aplicáveis ao Johns Hopkins All Children's Hospital.

A **Assistência financeira disponível no Johns Hopkins All Children's Hospital**

1. Os serviços qualificados de acordo com esta Política serão disponibilizados ao paciente de acordo com a necessidade financeira, conforme determinado com referência aos Níveis Federais de Pobreza (FPL) em vigor no momento da determinação. Pacientes cuja família não possua ativos líquidos superiores a US\$ 10.000 e que estejam na faixa de:
 - a. 200% ou menos do FPL são elegíveis para receber atendimento com desconto de 100% dos encargos brutos.
 - b. 201% a 300% do FPL são elegíveis para receber atendimento com desconto de 85% dos encargos brutos.
 - c. 301% a 400% do FPL são elegíveis para receber atendimento com desconto de 70% dos encargos brutos.

B **Valores geralmente cobrados no Johns Hopkins All Children's Hospital**

1. Depois que o Sistema de saúde da operadora de saúde determinar se o paciente é elegível para assistência financeira, não será cobrado desse paciente mais do que os valores geralmente cobrados (AGB) para atendimento de emergência ou outro atendimento clinicamente necessário fornecido a pessoas com plano de saúde que cubra esse atendimento, conforme exigido pela lei federal.
2. O AGB é determinado usando o “método retrospectivo” no Sistema de saúde da operadora.
3. O cálculo do AGB é feito da seguinte forma:
 - a. O AGB é calculado por meio da análise de todas as solicitações anteriores pagas integralmente ao Sistema de saúde da operadora para atendimento de emergência e medicamento necessário pelo serviço pago pelo Medicare e por todas as seguradoras de saúde privadas, incluindo cosseguros, copagamentos e franquias, durante um período específico de 12 meses.
 - b. O AGB para atendimento de emergência e medicamento necessário fornecido a uma pessoa elegível para assistência financeira é determinado pela multiplicação das cobranças brutas desse atendimento por uma ou mais porcentagens do AGB.
 - c. As porcentagens de AGB são calculadas anualmente para cada entidade do Sistema de saúde da operadora dividindo a soma de determinados pedidos de indenização pagos pelo Medicare fee-for-service (taxa por serviço) e por seguradoras privadas pelos encargos brutos associados a esses pedidos.
4. Os percentuais de AGB são aplicados até o 120º dia após o final do período de 12 meses do ano-calendário que o estabelecimento hospitalar usou para calcular os percentuais de AGB.
5. O Sistema de saúde da operadora não cobra nem espera o pagamento de cobranças brutas de indivíduos que se qualificam para assistência financeira de acordo com essa política.