

## Anexo C: DISPOSIÇÕES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DA JOHNS HOPKINS CARE AT HOME

### I. OBJETIVO

O objetivo deste ANEXO é declarar as disposições adicionais e os esclarecimentos relativos à aplicação da política nº PFS035 pela Johns Hopkins Care at Home (JHCH), que inclui a Johns Hopkins Home Care Group e suas três subsidiárias operacionais: Johns Hopkins Pediatrics at Home, Inc., Johns Hopkins Pharmaquip, Inc., Johns Hopkins Home Health Services, Inc. e Potomac Home Health Care. Esta política também se aplica às Farmácias da comunidade Johns Hopkins, conforme apropriado.

### II. MÉTODO PELO QUAL OS PACIENTES PODEM SOLICITAR ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

- a. Os pacientes já qualificados para a assistência financeira em um dos provedores de acordo com a política nº PFS035 não precisam se inscrever novamente e são considerados elegíveis. Nestes casos, os provedores mencionados acima não devem enviar uma solicitação ao paciente. Todos os documentos financeiros da assistência financeira da JHM são armazenados no módulo de assistência financeira da Epic.
- b. Os(as) pacientes que ainda não se qualificaram para a assistência financeira em um dos provedores de acordo com esta política devem preencher a solicitação de assistência financeira da Johns Hopkins Medicine (JHM) no Anexo E, que contém um endereço de correspondência diferente específico para provedores associados à JHCH. Uma cópia impressa pode ser enviada por correio, mediante solicitação, ligando para 410-288-8951 (DME) e 410-288-8024 (Infusion). Estas informações de contato também são incluídas no extrato de cobrança do(a) paciente.
- c. Para pacientes ainda não qualificados para assistência financeira em um dos provedores de acordo com esta política, é possível iniciar uma avaliação de várias maneiras:
  - i. Um(a) paciente com um saldo devedor de pagamento por conta própria notifica o cobrador do pagamento por conta própria de que não tem condições de pagar a conta e solicita assistência.
  - ii. Um(a) paciente se apresenta em uma área clínica sem plano de saúde e declara que não tem condições de pagar as despesas médicas associadas aos seus serviços médicos atuais ou anteriores.
  - iii. Um médico ou outro clínico encaminha um(a) paciente para avaliação financeira para possível internação.

### III. Determinação de elegibilidade para assistência financeira

- A JHCH iniciará imediatamente o processo de determinação da assistência financeira, por meio do qual as solicitações serão analisadas quanto à sua integridade em até cinco (5) dias úteis após o recebimento. As solicitações incompletas serão devolvidas ao(à) paciente ou representante por documentação faltante.
- a. Um “Aviso de determinação de assistência financeira”, indicando a aprovação/ não aprovação final, será comunicado e enviado por meio de aviso por escrito ao(à) paciente/fiador(a) em até 30 (trinta) dias úteis após o recebimento da solicitação preenchida. Uma cópia do aviso também será enviada por e-mail para os pontos de contato apropriados de Planejamento de alta e Internação.

- b. De acordo com a seção D.1.2(i) da política nº PFS035, uma vez que o(a) paciente seja aprovado(a), a cobertura da assistência financeira entrará em vigor no mês da determinação e nos seis (6) meses seguintes. A equipe da JHCH indicará o mês de início e o mês de expiração nas solicitações de assistência financeira aprovadas (provenientes da JHCH) e nos perfis do(a) paciente no sistema.
- IV. Assistência de transição de afiliados de referência
- a. **Para pacientes encaminhados para serviços de atendimento domiciliar por outra afiliada da JHM**, a JHCH exige que o Gerenciamento de atendimento/ serviço social da afiliada que fez o encaminhamento patrocine um mínimo de três meses de despesas de atendimento a partir da data de início do atendimento. Isto é facilitado através de uma carta de acordo (LOA) entre a JHCH e a afiliada de referência.
- b. Se o paciente for aprovado para receber assistência financeira por meio do processo de solicitação da JHM:
- i. A JHCH assinará uma LOA com o Gerenciamento de atendimento/serviço social da afiliada de referência para patrocinar *um mínimo de três meses de despesas de atendimento* a partir da data de início do atendimento.
  - ii. Após o vencimento da LOA:
    1. Se o(a) paciente tiver obtido assistência médica do estado, a entidade de referência não será cobrada a partir da data efetiva de cobertura; em vez disso, o provedor/subsidiária apropriada da JHCH cobrará a assistência médica.
    2. Se o(a) paciente não tiver obtido assistência médica do estado, a JHCH fornecerá assistência financeira de acordo com a política a partir desse momento.
- c. Se o paciente não se qualificar para assistência financeira por meio do processo de solicitação da JHM, a JHCH executará uma LOA com o Gerenciamento de atendimento/serviço social da afiliada de referência para *todo o período de atendimento*.

V. REFERÊNCIA

- Política nº PFS120 - Autoridade de assinatura: Contas do(a) paciente
- Política nº HCGFIN002 - Autoridade de assinatura de baixa do departamento de reembolso