

Política de crédito y cobro

Entrada en vigor: 1.º de enero de 2016

Esta política de crédito y cobro corresponde al hospital y a cualquier entidad que comparta el número de licencia 2059 o el número de identificación fiscal 04-2103612 del hospital.

Índice

Introducción	2
I. Prestación de servicios del cuidado de la salud	4
II. Cómo documentar la elegibilidad para los programas de asistencia financiera	6
III. Notificación de disponibilidad de asistencia financiera y otras opciones de cobertura...	10
IV. Prácticas de cobro del hospital	11
V. Depósitos y planes de pago en cuotas	18
VI. Glosario	19
VII. Adjuntos y anexos.....	22

Introducción

El hospital es el cuidador de primera línea que brinda cuidados médicamente necesarios a todas las personas, independientemente de si tienen capacidad de pago o no. El hospital ofrece este cuidado a **todos** los pacientes que llegan a nuestro establecimiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

El hospital ayuda a los pacientes a obtener asistencia financiera de programas públicos y otras fuentes, cuando sea adecuado. Para seguir siendo viable y cumplir con su misión, el hospital debe cumplir con su responsabilidad fiduciaria de facturar y recaudar adecuadamente los servicios médicos brindados a los pacientes. Es importante tener en cuenta que, si bien el gobierno federal y el estatal usan diferentes nombres para las políticas que el hospital debe seguir para demostrar que está brindando asistencia financiera a los pacientes, los requisitos generales son los mismos. Como resultado, esta política ha sido preparada para cumplir con las reglamentaciones estatales de Health Safety Net sobre "Políticas de Crédito y Cobro" y los requisitos federales de la "Política de Asistencia Financiera" de la Ley de Reforma del Cuidado de la Salud, tal como fue recientemente aclarado en el aviso de posición 2015-46 del IRS, con entrada en vigor para los ejercicios fiscales que comiencen con posterioridad al 29 de diciembre de 2015.

El hospital no discrimina por la raza, color, lugar de procedencia, ciudadanía, condición de extranjero, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en lo que respecta a sus políticas y su aplicación, y con respecto a la adquisición y verificación de información financiera, los depósitos de preadmisión y pretratamiento, los planes de pago, las admisiones diferidas o rechazadas, la determinación de que una persona es un paciente con bajos ingresos según la Oficina de Medicaid de Massachusetts, la determinación de que un paciente tiene bajos ingresos, o en lo que respecta a las prácticas de facturación y cobro.

Esta política de crédito y cobro se prepara para garantizar el cumplimiento de los criterios exigidos por (1) la Reglamentación de Servicios Elegibles de Health Safety Net (101 CMR 613.00), (2) los Requisitos de Deudas Incobrables de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (42 CFR 413.89), (3) el Manual de Reembolso al Proveedor de Medicare (Parte 1, Capítulo 3), y (4) la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (IRS) según lo requerido por la Sección 9007(a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y de Cuidado Asequible (Ley Pública N.º 111-148) y según lo recientemente aclarado por el IRS, el 28 de febrero de 2011, en cuanto a que el hospital incluya dicha información en el formulario de declaraciones impositivas 990 del IRS.

Nuestra misión

New England Baptist Hospital transformará las vidas de aquellos a quienes prestamos servicios promoviendo el bienestar, restaurando las funciones, reduciendo las discapacidades, aliviando el dolor y fomentando el conocimiento de las enfermedades musculoesqueléticas y de trastornos relacionados.

Nuestra visión

- New England Baptist Hospital será reconocido como el destino principal y preferido para el cuidado de las enfermedades musculoesqueléticas.
- NEBH liderará la región como la fuente más confiable de cuidado y educación para pacientes con enfermedades musculoesqueléticas y trastornos relacionados.

- Lograremos obtener nuestra posición de liderazgo entre los mejores hospitales del país a través de la excelencia clínica, la innovación, la erudición, la eficiencia y la prestación de servicios legendarios a nuestros pacientes.

Nuestros valores centrales

New England Baptist Hospital está comprometido a respetar nuestros valores centrales de respeto, pertenencia, calidad superior de servicios y excelencia.

I. Prestación de servicios del cuidado de la salud

El hospital evalúa la prestación de servicios del cuidado de la salud para todos los pacientes que soliciten servicios, independientemente de su capacidad de pago. No obstante, los servicios del cuidado de la salud que no son de emergencia o urgencia (es decir, los servicios opcionales o de cuidado primario) pueden demorarse o derivarse, según la consulta, al personal clínico del hospital y al proveedor de cuidados primarios del paciente, en caso de ser necesario y si está disponible. Es posible que el hospital se rehúse a brindarle servicios que no son de emergencia o urgencia a un paciente en aquellos casos en que el hospital no sea capaz de identificar una fuente de pago o la elegibilidad para un programa de asistencia financiera. Dichos programas incluyen MassHealth, Commonwealth Care, Children's Medical Security Plan, Healthy Start y Health Safety Net, entre otros. Las opciones relacionadas con la prestación y el acceso al cuidado a menudo se define en el manual de cobertura de la aseguradora o del programa de asistencia financiera.

La urgencia de tratamiento asociada con los síntomas clínicos de cada paciente será determinada por un profesional médico, según lo determinado por los estándares locales de práctica, los estándares clínicos de cuidado nacionales y estatales, y las políticas y los procedimientos del personal médico del hospital. Además, todos los hospitales cumplen con los requisitos establecidos en la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, EMTALA) al llevar a cabo un examen de detección médica para determinar si existe una condición médica de emergencia. Es importante tener en cuenta que la clasificación de las condiciones médicas de los pacientes se realiza únicamente con fines administrativos clínicos, y dichas clasificaciones se realizan para establecer el orden en que los médicos deberían atender a cada paciente según sus síntomas clínicos. Estas clasificaciones no reflejan una evaluación de la condición médica del paciente en el diagnóstico final.

En el caso de los pacientes no asegurados o subasegurados, el hospital trabajará con ellos para que encuentren un programa de asistencia financiera que pueda cubrir algunas o todas las facturas de hospital no pagadas. En el caso de los pacientes con seguro privado, el hospital debe trabajar junto a ellos y al seguro para determinar qué cobertura tendrá en conformidad con la póliza de seguro de dicho paciente. Debido a que el hospital a menudo no puede obtener esta información de la aseguradora de forma oportuna, es la obligación de cada paciente saber qué servicios estarán cubiertos antes de buscar servicios de cuidados no urgentes o que no son de nivel de emergencia. La determinación del tratamiento basada en condiciones médicas se realiza de acuerdo con las siguientes definiciones:

1. Servicios de cuidados urgentes y de emergencia

Cualquier paciente que asiste al hospital será evaluado según el nivel de los servicios de cuidado urgente o de nivel de emergencia sin tener en cuenta su identificación, su cobertura de seguro o su capacidad de pago. La evaluación de servicios de cuidado urgente o de nivel de emergencia que se

define a continuación es utilizada también por el hospital con el fin de determinar la cobertura de una deuda incobrable permitida por su carácter de emergencia o de urgencia, de conformidad con el fondo de Health Safety Net.

- A. Los servicios de nivel de emergencia incluyen lo siguiente: Servicios médicamente necesarios brindados tras la aparición de una condición médica física o mental —que se manifieste a través de síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor agudo— que ante la ausencia de atención médica inmediata *cualquier lego prudente, con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina*, razonablemente esperaría que cause un grave peligro a la salud de la persona o de otra persona, un deterioro grave en las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo, o, en relación con una mujer embarazada, según lo definido en la Sección 1867 (e) (1) (B) de la Ley de Seguridad Social, 42 U.S.C. Sección 1295dd(e)(1)(B). Un examen de diagnóstico médico y cualquier tratamiento subsiguiente para una condición médica existente o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida en conformidad con la EMTALA federal (42 USC 1395(dd)) califican como un Servicio de Nivel de Emergencia.
- B. Los servicios de cuidado urgente incluyen lo siguiente: Servicios médicamente necesarios brindados tras la aparición repentina de una condición médica física o mental —que se manifieste a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor agudo)— *que ante la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas cualquier lego prudente* razonablemente esperaría que cause un grave peligro a la salud de un paciente, un deterioro grave en las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo. Los servicios de cuidado urgente están destinados a condiciones médicas que no ponen en peligro la vida del paciente y no presentan un alto riesgo de daño grave a la salud de una persona, pero que requieren servicios médicos inmediatos.
- C. Requisitos de nivel de la EMTALA: New England Baptist Hospital no está autorizado a tener una sala de emergencias, ni tampoco la tiene, y por ende no anticipa la presentación no programada de pacientes buscando servicios de emergencia. Siempre y cuando sea apropiado, los servicios urgentes y de emergencia se brindarán sin tener en cuenta la identificación, la cobertura de seguro ni la capacidad de pago del paciente. De conformidad con los requisitos federales, la ley EMTALA se aplica a cualquier persona que concurra a la propiedad del hospital solicitando exámenes o tratamiento de un servicio de nivel de emergencia (condición médica de emergencia) o solicitando tratamiento para una condición médica. Más comúnmente, las personas sin cita se presentan en la Unidad de Cuidados Ambulatorios (ACU, por sus siglas en inglés) solicitando cuidado urgente. No obstante, las personas sin cita que solicitan servicios para una condición médica de emergencia en otra unidad, clínica o área complementaria de servicios de internación también serán evaluadas mediante un examen de detección médica, según lo establecido en la ley EMTALA. Se le brindará al paciente exámenes y tratamientos de condiciones médicas de emergencia, o cualquier otro servicio prestado en la medida de lo requerido por la ley EMTALA, y se los calificará como cuidado de emergencia. La determinación de la existencia de una condición médica de emergencia la realiza el médico clínico tratante u otro personal médico calificado del hospital como se documenta en la historia clínica. La determinación de la existencia de una condición médica urgente o de prioridad también la realiza el médico clínico tratante u otro personal médico calificado del hospital como se documenta en la historia clínica.

2. Servicios sin carácter urgente ni de emergencia:

En caso de pacientes que (1) llegan al hospital solicitando cuidado no urgente o que no es de emergencia, o (2) solicitan cuidado adicional tras la estabilización de una condición médica de emergencia, es posible que el hospital brinde servicios opcionales después de consultar con el personal clínico del hospital y de revisar las opciones de cobertura del paciente.

- A. Servicios opcionales: Servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición anterior de urgente o de emergencia. Comúnmente, estos servicios son de cuidado primario o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o por el proveedor de cuidado de la salud (hospital, consultorio médico u otro).

3. Lugares a los que los pacientes pueden acudir:

Los pacientes pueden solicitar servicios de nivel de emergencia o servicios de cuidado urgente cuando llegan al área de cuidados urgentes del hospital. NEBH no está autorizado a tener una sala de emergencias. No obstante, los pacientes con condiciones urgentes o de emergencia también pueden acudir a una gran variedad de lugares, incluidos los departamentos complementarios, como Radiología y Laboratorio, clínicas u otras áreas. El hospital también brinda otros servicios opcionales en el hospital principal, en clínicas y en otros consultorios ambulatorios.

II. Cómo documentar la elegibilidad para los programas de asistencia financiera

1. Principios generales

La asistencia financiera tiene como fin asistir a los pacientes de bajos ingresos que no tienen la capacidad de pagar los servicios del cuidado de la salud. Esta asistencia tiene en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir con el costo de su cuidado. En el caso de los pacientes no asegurados o subasegurados, el hospital trabajará con ellos para ayudarlos a solicitar la asistencia financiera disponible que puede cubrir parte o todas las facturas adeudadas al hospital. El hospital brinda esta asistencia tanto para residentes como para no residentes de Massachusetts; no obstante, es posible que no haya cobertura a través de un programa de asistencia pública estatal para recibir los servicios de un hospital de Massachusetts si se trata de residentes de otros estados. Para que el hospital ayude a pacientes no asegurados o subasegurados a encontrar las opciones de cobertura más apropiadas, así como también para determinar si el paciente es financieramente elegible para algún descuento en los pagos, cada paciente debe trabajar activamente con los hospitales para verificar su ingreso familiar documentado, otras coberturas de seguro y cualquier otra información que podría ser usada para determinar la elegibilidad.

2. Inscripción en un programa de asistencia pública

Los hospitales no cumplen ninguna función para determinar específicamente la elegibilidad de inscripción para un programa de asistencia pública. En Massachusetts, las personas que solicitan cobertura de MassHealth, Premium Assistance Payment Program ofrecido a través de Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, Children's Medical Security Program o Medical Hardship deben hacerlo mediante una única solicitud uniforme que se presenta a través del

nuevo sistema de inscripción del estado llamado HIX (Health Insurance Exchange). A través de este proceso, cada persona puede presentar una solicitud a través de un sitio web en línea (que se encuentra en el sitio web de Health Connector del estado), una solicitud en papel, o puede hablar por teléfono con un representante de atención al cliente de MassHealth o Connector. También pueden solicitar asistencia de los consejeros financieros del hospital (consejero certificado especializado en solicitudes p CAC) para presentar su solicitud en papel o mediante el sitio web.

Para poder solicitar cobertura, se debe realizar el siguiente proceso:

1. Cada solicitante debe crear una cuenta en línea para que el estado lleve adelante una verificación de identidad. Una vez esto esté completo, el solicitante podrá cargar su solicitud completa a través del sistema de hCentive del sitio web de Connector. Si el solicitante no quiere atravesar el proceso de verificación de identidad en línea, puede presentar una solicitud en papel. Es posible que se deban realizar otras verificaciones, como presentar prueba de ingresos, de residencia y de ciudadanía.

1. Una vez recibida la solicitud, el estado verificará la elegibilidad al comparar la información financiera y de carácter demográfico del solicitante en un sitio de datos federal, así como también al realizar una revisión de ingresos mediante una revisión de ingresos brutos ajustados modificados. Si es necesario, el solicitante también tendrá que presentar una verificación adicional según lo requiera el sistema. Cuando esto ocurra, el solicitante será considerado de la siguiente manera:
 - a. Elegible para recibir cobertura de MassHealth. En este caso, MassHealth le enviará una notificación al beneficiario por correo, en la que incluirá la información de elegibilidad, como la fecha de inicio y otra información pertinente. O bien,
 - b. si es elegible para un plan de salud calificado mediante el programa de Health Connector, será notificado de su elegibilidad y de los pasos adicionales que deberá tomar. Esto incluye: (1) elegir un plan; (2) pagar la prima mensual; (3) inscribirse y recibir la prueba de cobertura.

Puede encontrar más información sobre los beneficios y el proceso de solicitud de MassHealth y el programa Connector visitando www.mass.gov/masshealth y www.mahealthconnector.org.

3. Proceso de evaluación y de aprobación de elegibilidad del hospital

El hospital brinda a los pacientes información sobre los programas de asistencia financiera que están disponibles a través del Estado de Massachusetts o a través del programa de asistencia financiera del hospital, que puede cubrir una parte o todas las facturas adeudadas al hospital. En el caso de los pacientes que solicitan dicha asistencia, el hospital los ayuda evaluando su elegibilidad en un programa público disponible y los ayuda con el proceso de solicitud del programa. Estos programas incluyen, entre otros, programas ofrecidos a través de Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, Children's Medical Security Program o Medical Hardship, que cuenta con una única solicitud uniforme que se presenta a través del nuevo sistema de inscripción del estado llamado HIX (Health Insurance Exchange).

Es obligación de cada paciente brindarle al hospital información precisa y oportuna con respecto a su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si está disponible), opciones actuales de cobertura de seguro (incluidos los seguros de responsabilidad civil del vehículo automotor o las pólizas de indemnización laboral) que puedan cubrir el costo del cuidado recibido, cualquier otro recurso financiero correspondiente, e información de ciudadanía y

residencia. Esta información se usará para determinar la cobertura en cuanto a los servicios provistos al paciente. Si no existe una cobertura específica para los servicios provistos, el hospital usará la información para determinar si los servicios pueden tener cobertura de un programa pertinente que cubra ciertos servicios considerados como deuda incobrable. Además, el hospital usará esta información para analizar la elegibilidad para ciertos programas de seguro de salud. Si el paciente o su garante no puede brindar la información necesaria, el hospital puede (si el paciente se lo pide) hacer lo que esté a su alcance para obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Esto ocurrirá cuando el paciente programe sus servicios, durante su prerregistro, durante su admisión en el hospital, después de ser dado de alta, o por un tiempo razonable posterior al alta del hospital. La información que el hospital obtiene será guardada de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad correspondientes.

El proceso de evaluación y solicitud de los programas públicos de seguro de salud se realiza a través de Virtual Gateway (portal de Internet diseñado por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts para brindarles al público general, proveedores médicos y organizaciones de la comunidad una solicitud en línea para los programas que ofrece el estado) o mediante una solicitud estándar en papel que completa el paciente y presenta directamente ante la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts para ser procesada. La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts se encarga únicamente del proceso de solicitud de los programas mencionados anteriormente, que se encuentran disponibles para niños, adultos, adultos mayores, veteranos, personas sin techo y discapacitados.

En circunstancias especiales, el hospital puede solicitar la elegibilidad de un paciente para los programas ofrecidos a través de Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, Children's Medical Security Program o Medical Hardship, a través de un formulario específico diseñado por la División de Finanzas y Políticas del Cuidado de la Salud de Massachusetts. Las circunstancias especiales incluyen a aquellas personas que buscan cobertura de asistencia financiera por estar encarceladas, por ser víctimas de abuso conyugal o por ser elegibles para Medical Hardship.

El hospital específicamente ayuda al paciente a completar la solicitud estándar de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts y se asegura de que tenga la documentación necesaria que exige el programa de asistencia financiera correspondiente. La documentación necesaria incluye los siguientes comprobantes: (1) ingreso anual del grupo familiar (talones de nómina salarial, registros de pagos del Seguro Social y una carta del empleador, declaraciones impositivas o resúmenes bancarios), (2) pruebas de ciudadanía e identidad, (3) prueba de condición de inmigrante para los no ciudadanos (si corresponde), y (4) bienes de aquellas personas que también están inscritas en el programa de Medicare. El hospital luego presentará esta documentación ante la Oficina de Medicaid de Massachusetts y se asegurará de que el paciente cuente con cualquier documentación adicional que el estado requiera después de completar la solicitud. Massachusetts establece un límite de tres días para la presentación de toda la documentación necesaria tras la presentación de la solicitud a un programa. Pasado este período de tres días, el paciente y el proveedor deben trabajar con los Centros de Inscripción de MassHealth para asegurarse de contar con la documentación adicional necesaria para la inscripción en el programa de asistencia financiera correspondiente.

Todas las solicitudes son analizadas y procesadas por la Oficina de Medicaid de Massachusetts, que usa las Pautas Federales de Ingresos que definen el nivel de pobreza e información de bienes, así como también la documentación necesaria mencionada anteriormente, como base para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia pública patrocinados por el estado. Adjunta a esta

política se encuentra una copia de las pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza que utiliza el estado.

Los hospitales no cumplen ninguna función al momento de determinar la elegibilidad para un programa del estado, pero si el paciente lo solicitare, puede asumir un rol directo apelando o buscando información relacionada con las decisiones de cobertura. Sigue siendo la responsabilidad del paciente informarle al hospital todas las decisiones de cobertura realizadas por el estado para garantizar una adjudicación precisa y oportuna de las facturas del hospital.

4. Programas futuros

A medida que se desarrollen opciones futuras de cobertura, como resultado de las propuestas federales y estatales de la reforma del cuidado de la salud, el hospital introducirá los cambios correspondientes a la presente política de crédito y cobro.

III. Notificación de disponibilidad de asistencia financiera y otras opciones de cobertura

1. Principios generales

En el caso de los pacientes no asegurados o subasegurados, el hospital trabajará con ellos para ayudarlos a solicitar la asistencia financiera disponible que puede cubrir parte o todas las facturas adeudadas al hospital. Con el fin de ayudar a los pacientes no asegurados o subasegurados a encontrar programas de asistencia financiera disponibles y adecuados, el hospital les brindará una notificación general sobre la disponibilidad de los programas, tanto en las facturas que se les envían como en las notificaciones generales que se publican en el hospital, en múltiples idiomas según lo designado por nuestra comunidad y las poblaciones a las que se hace referencia. Las Políticas de Asistencia Financiera (FAP) y los Proveedores Afiliados están publicados en el siguiente enlace: www.nebh.org/policies.

La meta de estas notificaciones es ayudar a los pacientes a solicitar cobertura de un programa de asistencia financiera ofrecido a través de Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, Children's Medical Security Program o Medical Hardship, que cuentan con una única solicitud uniforme que se presenta a través del nuevo sistema de inscripción del estado llamado HIX (Health Insurance Exchange). El hospital brindará, bajo solicitud, información específica sobre el proceso de elegibilidad para pacientes de bajos ingresos de acuerdo con el Programa de Asistencia Pública de Massachusetts o brindará asistencia adicional para pacientes de bajos ingresos mediante el programa interno de asistencia financiera del hospital. El hospital también notificará al paciente sobre los planes de pago disponibles que pueden estar disponibles para ellos según la cantidad de integrantes y el ingreso de la familia.

2. Función de los consejeros financieros de pacientes y otro personal financiero del hospital

El hospital intentará identificar las opciones de cobertura disponibles para pacientes que no estén asegurados o estén subasegurados en su programa de seguro actual cuando el paciente programe los servicios, mientras el paciente está en el hospital, tras su alta y durante un período de tiempo razonable con posterioridad al alta del hospital. El personal de inscripción y admisión del hospital le indicará a los pacientes que buscan opciones de cobertura disponibles o asistencia financiera que se dirijan a la oficina del consejero financiero de pacientes del hospital, para determinar si son elegibles y para que luego realicen una evaluación de elegibilidad para una opción de cobertura apropiada. El hospital entonces ayudará al paciente a solicitar las opciones de cobertura adecuadas que estén disponibles o lo notificará sobre la disponibilidad de la asistencia financiera en el programa interno de asistencia financiera del hospital.

El hospital además brindará información sobre cómo comunicarse con el personal adecuado de la oficina de finanzas del hospital para verificar la exactitud de la factura del hospital o para reclamar ciertos cambios.

3. Prácticas de notificación:

El hospital publicará una notificación (letreros) sobre la disponibilidad de la asistencia financiera, según se describe en esta política de crédito y cobro, en los siguientes lugares:

- a) Centros de internación, clínicas, áreas de admisión o inscripción del departamento de cuidado urgente.
- b) Areas del consejero financiero de pacientes.

- c) Areas de admisión o inscripción centrales.
- d) Areas de oficinas administrativas abiertas a los pacientes.

Los letreros serán claramente visibles y legibles para los pacientes que visitan estas áreas. El hospital también incluirá una notificación sobre la disponibilidad de la asistencia financiera en todas las facturas o estados de cuenta de los pacientes.

Cuando el paciente se comunica con el hospital, el personal de finanzas de pacientes intentará identificar si el paciente reúne los requisitos para algún programa de asistencia financiera pública o para un plan de pagos. El paciente que está inscrito en un programa de asistencia financiera pública puede reunir los requisitos para ciertos planes. Es posible que los pacientes reúnan los requisitos para recibir asistencia adicional según los criterios internos del hospital sobre asistencia financiera, o bien, para recibir cobertura de servicios como Medical Hardship según el ingreso documentado y los gastos médicos permitidos del paciente.

IV. Prácticas de facturación y cobro del hospital

El hospital tiene el deber fiduciario interno de solicitar el reembolso de los servicios prestados a personas que puedan pagarlos, a otras compañías aseguradoras que cubran el costo de los cuidados y a otros programas de asistencia para los que el paciente es elegible. Para determinar si un paciente puede pagar los servicios prestados y también para ayudar al paciente a encontrar opciones de cobertura alternativas si no está asegurado o si está subasegurado, el hospital sigue los siguientes parámetros de facturación y cobro a pacientes.

En el caso de pacientes no asegurados o subasegurados, se les brindará una cotización basada en los procedimientos solicitados por el paciente u ordenados por el médico a una tasa de descuento de acuerdo con la política de AGB (Montos Generalmente Facturados) publicada en el portal del hospital (www.nebh.org/policies). Todos los aranceles del hospital serán cobrados antes de brindar los servicios. La cotización es para los servicios del hospital y no incluye las tarifas de los médicos profesionales. Los pacientes de bajos ingresos pueden solicitar asistencia financiera como se describe en las Secciones II y III de esta política.

1. Recopilación de información sobre los recursos financieros y la cobertura del seguro del paciente

a) Obligaciones del paciente:

Antes de brindar cualquiera de los servicios del cuidado de la salud (excepto en los casos de servicios de cuidado urgente o de emergencia), se espera que el paciente brinde información oportuna y precisa sobre el estado de su seguro, información demográfica, cambios en el ingreso familiar o en el estado del seguro, e información sobre cualquier deducible o copago adeudado según las obligaciones de pago de su seguro o programa financiero existente. La información detallada incluirá lo siguiente:

- i. Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si corresponde), opciones actuales de cobertura del seguro de salud, información de ciudadanía y residencia, y los recursos financieros correspondientes del paciente que pueden usarse para pagar sus facturas.
- ii. Nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si corresponde), opciones

actuales de cobertura del seguro de salud, y los recursos financieros correspondientes que pueden usarse para pagar las facturaciones del paciente.

iii. Y otros recursos que pueden usarse para pagar las facturas, como otros programas de seguro, pólizas de seguro de vehículo automotor o de vivienda —si la causa del tratamiento provisto fue un accidente—, programas de indemnización laboral, pólizas de seguro para estudiantes, y cualquier otro ingreso como herencias, regalos, o repartos de un fideicomiso disponible, entre otros.

- b) En definitiva, es la obligación del paciente llevar un control de las facturas adeudadas al hospital, y pagarlas, incluidos los copagos, coseguros y deducibles.
- c) Además, se le exige al paciente que informe cualquier cambio en el ingreso familiar o en el estado de su seguro de salud, ya sea a su aseguradora de salud actual (en caso de que la tenga) o a la agencia que determinó la elegibilidad del paciente en un programa público.
- d) El hospital también puede brindar asistencia al paciente para que actualice su elegibilidad en un programa público cuando el ingreso familiar o el estado de su seguro de salud cambia, solo en el caso de que el paciente le informe al hospital sobre hechos que indiquen un cambio en su estado de elegibilidad.
- e) Los pacientes deben notificarle al programa público en el que están inscritos sobre cualquier información relacionada con un cambio en el ingreso familiar o con un juicio o reclamo de seguro que pueda cubrir el costo de los servicios brindados por el hospital.
- f) El paciente también debe ceder el derecho a pago de un tercero que cubrirá los costos de los servicios pagados por el programa público correspondiente.
- g) Obligaciones del hospital:

El hospital realizará todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar la información del seguro y demás datos del paciente con el fin de verificar que tenga cobertura de los servicios del cuidado de la salud que el hospital le brindará. Estos esfuerzos pueden ocurrir cuando el paciente programe sus servicios, durante su prerregistro, durante su admisión en el hospital, después de ser dado de alta o durante el proceso de cobro que puede ocurrir un tiempo razonable posterior al alta del hospital. Esta información se obtendrá antes de brindar servicios del cuidado de la salud que no sean de emergencia ni de urgencia (es decir, procedimientos opcionales según se definen en esta política de crédito y cobro). El hospital retrasará todo intento de obtener esta información durante la prestación de los servicios de cuidado urgente o de nivel de emergencia de la EMTALA, si el proceso para obtener esta información retrasará o interferirá con el examen de diagnóstico médico o los servicios prestados para estabilizar una condición médica de emergencia.

Los esfuerzos razonables y diligentes del hospital incluirán, entre otras cosas, solicitar información sobre el estado del seguro del paciente, verificar las bases de dato disponibles de seguros públicos o privados y cumplir con las normas de facturación de un tercero pagador conocido. Cuando el personal de inscripción o admisión del hospital es notificado de dicha información, este también deberá informarles a los pacientes sobre su responsabilidad de notificarle por escrito dentro de los 10 días a Health Safety Net o MassHealth sobre cualquier cambio en el ingreso familiar o estado del seguro, lo que incluye juicios o reclamos de seguro, acciones civiles u otros procedimientos que puedan cubrir el costo de los servicios prestados por el hospital, y deberá informarle al paciente sobre su responsabilidad de devolverle a Health Safety Net los servicios correspondientes reembolsados al paciente como consecuencia de reclamos o juicios de responsabilidad civil.

El hospital también informará al paciente que el programa de asistencia pública en el que está inscripto recupera las sumas directamente del paciente únicamente en la medida en que dicho paciente haya recibido el pago de un tercero (reclamos o juicios de responsabilidad civil) por el cuidado médico pagado por el programa de asistencia pública, y es posible que también solicite que el Departamento de Rentas Públicas intercepte los pagos al paciente hasta un monto equivalente al monto pagado al proveedor por los servicios.

Si el paciente o el garante o tutor no puede brindar la información que se necesita y el paciente da su consentimiento, el hospital realizará esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, garante, tutor o terceros, según corresponda, para solicitarles información adicional.

El hospital también realizará todos los esfuerzos razonables y diligentes para investigar si un recurso de terceros puede ser el responsable de los servicios brindados por el hospital, lo que incluye lo siguiente:

- i. Pólizas de responsabilidad civil de vehículo o vivienda.
- ii. Pólizas de protección contra accidentes generales o lesiones personales.
- iii. Programas de indemnización laboral.
- iv. Pólizas de seguro para estudiantes, entre otros.
- v. Apelaciones de un reclamo rechazado cuando el servicio sea pagado en su totalidad o en parte por una aseguradora.
- vi. Devolución inmediata de cualquier pago recibido de la Oficina cuando cualquier recurso disponible de terceros haya sido identificado.

De conformidad con las regulaciones estatales correspondientes o con el contrato de la aseguradora, ante reclamos en los que los esfuerzos razonables y diligentes del hospital generaron un pago por parte de una aseguradora privada o programa público, el hospital informará el pago y lo compensará con el reclamo pagado por la aseguradora privada o el programa público. En el caso de los programas de asistencia pública, el hospital no está obligado a garantizar el derecho del paciente a tener cobertura de parte de terceros para los servicios prestados como consecuencia de un accidente. En estos casos, el Estado de Massachusetts intentará buscar la asignación de los costos de los servicios provistos al paciente y pagados por la Oficina de Medicaid o por los programas ofrecidos a través de Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, Children's Medical Security Program o Medical Hardship.

Además, el hospital mantiene toda la información de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad, seguridad y robo de identidad vigentes.

2. Prácticas de facturación del hospital

El hospital realiza los mismos esfuerzos y procesos razonables para cobrar las facturas adeudadas de un paciente no asegurado como hace con el resto de los pacientes. El hospital primero mostrará que tiene un saldo actualmente impago que esté relacionado con los servicios provistos al paciente y que ninguna aseguradora privada ni programa de asistencia financiera cubre. El hospital cumple con los procedimientos razonables de cobro o facturación, lo que incluye lo siguiente:

- a. Una factura inicial enviada al paciente o a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente. Esta factura inicial incluye información sobre la

- disponibilidad de un programa de asistencia financiera que pueda cubrir el costo de la factura del hospital.
- b. Posteriormente, facturas, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal, notificaciones por computadora, o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino para comunicarse con la parte responsable de la obligación e informe al paciente sobre la disponibilidad de la asistencia financiera.
 - c. En caso de ser posible, se documentarán esfuerzos alternativos para ubicar a la parte responsable y exigirle que cumpla sus obligaciones o solicitarle la dirección correcta si el servicio postal devolvió las facturas por tener una "dirección incorrecta" o ser "imposible de entregar".
 - d. Enviar una notificación final por correo postal certificado para pacientes no asegurados (aquellos que no están inscritos en un programa público) que hayan contraído una deuda incobrable por emergencia superior a \$1,000 en servicios de emergencia únicamente, a la dirección que no haya sido devuelta como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar" y, además, incluir en la notificación información sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
 - e. Se mantendrá disponible la documentación sobre medidas de facturación y cobro constantes llevadas a cabo de forma habitual y frecuente. Esta documentación se mantiene hasta la revisión de auditoría realizada por una agencia federal o estatal sobre el informe de costos del ejercicio fiscal en el que la factura o cuenta se informa. El programa federal de Medicare y la División de Finanzas y Políticas del Cuidado de la Salud del estado, en relación con los programas estatales de asistencia pública, consideran que 120 días es un período de tiempo apropiado para las medidas de facturación y cobro constantes.
 - f. Consultar el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Massachusetts (EVS, por sus siglas en inglés) para asegurarse de que el paciente no es de bajos ingresos según lo determinado por la Oficina de Medicaid y que no ha presentado una solicitud al sistema Virtual Gateway para recibir cobertura de los servicios de un programa público, antes de presentar reclamos a los programas de asistencia pública con motivo de una cobertura de deuda incobrable con carácter de emergencia o de urgencia.
 - g. El expediente del paciente incluirá toda la documentación obtenida por el proveedor, incluidas las copias de las facturas, cartas de seguimiento, informes de contacto telefónico y personal y cualquier otro esfuerzo realizado.

3. Programas de asistencia financiera del hospital

El hospital brindará una notificación individual sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera al paciente que se anticipa que incurrirá en gastos, lo que excluye artículos o servicios de conveniencia personal, cuyos servicios no sean pagados en su totalidad por una cobertura de terceros:

- a. Durante la inscripción inicial del paciente con el proveedor.
- b. En todas las facturas.
- c. Cuando el hospital sea informado de un cambio en la elegibilidad o cobertura de seguro de la salud del paciente.

Se considera que los pacientes que son elegibles para inscribirse en un programa estatal de asistencia pública, como los programas de Massachusetts ofrecidos a través de Health Connector (incluido

ConnectorCare), Health Safety Net, Children's Medical Security Program o Medical Hardship, están inscritos en un programa de asistencia financiera. En el caso de los pacientes que están inscritos en estos programas de asistencia pública, es posible que el hospital únicamente les facture los copagos, coseguros o deducibles específicos que se detallan en las reglamentaciones estatales correspondientes y que además pueden estar establecidos en el Sistema de Administración de Información de Medicaid.

El hospital buscará cobrar un monto específico en el caso de aquellos pacientes que no reúnen los requisitos para inscribirse en un programa de asistencia pública estatal de Massachusetts, como ser los residentes fuera del estado, pero que podrían estar dentro de las categorías de elegibilidad financiera de un programa de asistencia pública estatal. En el caso de estos pacientes, se establecerá el monto de descuento según la presunta tarifa de Medicare para la tasa de servicio.

Cuando el paciente lo solicite, o de conformidad con una revisión interna del estado financiero de cada paciente, es posible que el hospital le ofrezca al paciente un descuento adicional de una factura adeudada. Estas revisiones serán parte de un programa separado de asistencia financiera del hospital que se aplica a los pacientes de forma uniforme, y que tiene en cuenta la situación financiera documentada del paciente y su incapacidad de pago después de las medidas razonables de cobro. Cualquier descuento que el hospital ofrezca concuerda con los requisitos federales y estatales, y no ejerce influencia sobre el paciente para que reciba servicios del hospital.

4. Poblaciones exentas de las medidas de cobro según 101 CMR 613.08 (3)

- a) El proveedor no deberá facturarle a pacientes inscritos en MassHealth y a pacientes que reciben beneficios gubernamentales de conformidad con el programa de Asistencia de Emergencia a Personas Mayores, Discapacitados y Niños, a excepción de los copagos y deducibles exigidos. El proveedor puede tomar medidas de facturación a pacientes que aleguen formar parte de alguno de estos programas, pero que no puedan presentar pruebas de dicha participación. Tras la recepción de una prueba satisfactoria de que el paciente forma parte de alguno de los programas mencionados, y tras la recepción de la solicitud firmada, el proveedor deberá detener todas sus medidas de cobro.
- b) Los participantes de Children's Medical Security Plan, cuyo ingreso MAGI sea igual o menor al 300 % del FPL, también quedan exentos de toda medida de cobro. El proveedor puede tomar medidas de facturación a pacientes que aleguen formar parte de Children's Medical Security Plan, pero que no puedan presentar pruebas de dicha participación. Tras la recepción de una prueba satisfactoria de que el paciente forma parte de Children's Medical Security Plan, el proveedor deberá detener todas sus medidas de cobro.
- c) Los pacientes de bajos ingresos, salvo aquellos que reciben únicamente cobertura dental, están exentos de toda medida de cobro en concepto de los servicios de salud reembolsables brindados por un proveedor que recibe los pagos de Health Safety Net, por los servicios recibidos durante el período en el que fueron considerados como pacientes de bajos ingresos, a excepción de los copagos y los deducibles. Es posible que los proveedores continúen facturando a los pacientes de bajos ingresos por los servicios elegibles brindados antes de que fueran considerados pacientes de bajos ingresos y después del vencimiento o la finalización de su condición de paciente de bajos ingresos.
- d) Los pacientes de bajos ingresos con un ingreso familiar MAGI o con un ingreso contable familiar de Medical Hardship, según se describe en 101 CMR 613.04 (1), entre 150.1 y 300 % del FPL, quedan exentos de las medidas de cobro para la parte de la factura de su proveedor que exceda el deducible, y se les pueden facturar los copagos y deducibles según se establece en 101 CMR 613.04(6)(b) y (c). Es posible que los proveedores continúen facturando a los pacientes de bajos

- ingresos por los servicios brindados antes de que fueran considerados pacientes de bajos ingresos y después del vencimiento o la finalización de su condición de paciente de bajos ingresos.
- e) Los proveedores pueden facturar a los pacientes de bajos ingresos por los servicios que no sean los servicios de salud reembolsables que se brindaron bajo su solicitud y por los que el paciente aceptó ser responsable, excepto aquellos servicios descritos en 101 CMR 613.08(3)(e) 1 y 2. Los proveedores deben obtener el consentimiento escrito del paciente para facturarle el servicio.
 - 1. Es posible que los proveedores no facturen a pacientes de bajos ingresos reclamos relacionados con errores médicos, incluidos aquellos descritos en 101 CMR 613.3(1)(d).
 - 2. Es posible que los proveedores no facturen a pacientes de bajos ingresos los reclamos que la aseguradora principal del paciente rechazó debido a un error administrativo o de facturación
 - f) A pedido del paciente, el proveedor puede facturar a un paciente de bajos ingresos para permitirle alcanzar el deducible único exigido por CommonHealth según se describe en 130 CMR 506.009 *El deducible único*
 - g) Es posible que un proveedor no tome medidas de cobro contra personas que reúnen los requisitos de Medical Hardship en relación con el monto de la factura que excede la contribución de Medical Hardship. Si un reclamo presentado como deuda incobrable con carácter de emergencia se vuelve elegible para el pago de Medical Hardship de Health Safety Net, el proveedor deberá cesar las medidas de cobro de los servicios al paciente.

5. Medidas de cobro estándar

- a. El hospital no tomará ninguna "medida de cobro extraordinaria" hasta que haya hecho los esfuerzos razonables y analizado el estado financiero del paciente y demás información necesaria para determinar que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera o que está exento de medidas de cobro o facturación conforme a esta política de crédito y cobro. El hospital guardará toda la documentación utilizada en esta determinación conforme a la política de conservación de registros vigente del hospital. Las medidas de cobro extraordinarias pueden incluir juicios, embargo de residencia, arrestos, orden de arresto por falta de comparecencia o según se describa a continuación, de acuerdo con los requisitos estatales.
- b. El hospital no tomará medidas de cobro contra personas que reúnen los requisitos de Medical Hardship de conformidad con el programa Health Safety Net de Massachusetts en relación con el monto de la factura que excede la contribución de Medical Hardship. El hospital cesará los esfuerzos de cobro contra reclamos de deudas incobrables con carácter de emergencia que estén aprobados para Medical Hardship conforme al programa Health Safety Net.

Si el hospital le brinda ayuda al solicitante y no presenta la solicitud completa ante la Oficina de Health Safety Net dentro de ese tiempo, el hospital no tomará medidas de cobro contra el solicitante en relación con las facturas que habrían sido elegibles para el pago de Medical Hardship si la solicitud se hubiera presentado y aprobado.

- c. El hospital no embargará (según lo determinado por la Oficina de Medicaid) los salarios de un paciente de bajos ingresos ni de su garante, ni embargará la residencia o el vehículo personal del paciente de bajos ingresos ni de su garante, a menos que ocurra lo siguiente: (1) el hospital pueda demostrar que el paciente o su garante tienen la capacidad de pagar, (2) el

paciente o su garante no respondieron a los pedidos de información del hospital o se negaron a cooperar con el hospital para buscar un programa de asistencia financiera disponible y (3) a los efectos del embargo, este fue aprobado por la Junta Directiva del hospital para ese caso en particular.

- d. Los hospitales y sus agentes no continuarán con los medidas de cobro o facturación relacionados con un paciente que sea miembro de un proceso de quiebra, excepto para garantizar sus derechos como acreedor en el orden correspondiente, en caso de que el estado de Massachusetts presente su propia demanda de cobranza de reclamos para aquellos pacientes inscriptos en programas ofrecidos a través de Health Connector (incluido Connector Care), Health Safety Net, Children's Medical Security Program o Medical Hardship. El hospital y sus agentes tampoco les cobrarán intereses por saldos impagos a pacientes de bajos ingresos ni a pacientes que son considerados como pacientes de bajos ingresos según el programa de asistencia financiera interno del hospital.
- e. El hospital cumple con los requisitos de facturación vigentes, incluidas las reglamentaciones del Departamento de Salud Pública (105 CMR 130.332), relacionados con la falta de pago de servicios específicos o readmisiones que el hospital determine fueron resultado de un evento grave de notificación obligatoria (SRE, por sus siglas en inglés). Los SRE que no ocurren en el hospital quedan excluidos de esta determinación de falta de pago.

El hospital tampoco exigirá el pago a un paciente de bajos ingresos considerado elegible para el programa de asistencia pública y cuyos reclamos hayan sido denegados inicialmente por un programa de seguros debido a un error de facturación o administrativo del hospital.

- f. Agencias de cobro externas

El hospital celebra contratos con una agencia de cobro externa para que lo ayude en el cobro de ciertas cuentas, inclusive de montos que son responsabilidad del paciente y que no han sido resueltos tras la emisión de las facturas o advertencias finales del hospital. No obstante, según lo determinado por esta política de crédito y cobro, es posible que el hospital considere la deuda como deuda incobrable o cuidado de caridad (o simplemente incobrable) antes de los 120 días si puede determinar que el paciente era incapaz de pagar después del programa interno de asistencia financiera del hospital.

El hospital tiene una autorización o un contrato específico con la agencia de cobro externa y exige que estas agencias cumplan con las políticas de crédito y cobro del hospital para las deudas que estas agencias intentan cobrar, incluso la obligación de abstenerse de "actividades de cobro extraordinarias" hasta que el hospital haya concretado un esfuerzo y proceso razonables para determinar si el paciente tiene derecho a recibir asistencia o quedar exento de cualquier procedimiento de cobro o facturación, de conformidad con esta política de crédito y cobro, y para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Todas las agencias de cobro externas contratadas por el hospital le darán al paciente la oportunidad de presentar una reclamación y le enviarán al hospital los resultados de las reclamaciones de los pacientes. El hospital exige que las agencias de cobro externas tengan licencia del Estado de Massachusetts y que cumplan con las Reglamentaciones de Cobro de Deudas de la Oficina del Fiscal (940 CMR 7.00).

V. Depósitos y planes de pago en cuotas

El hospital le brindará al paciente información sobre depósitos y planes de pago basados en la situación financiera documentada del paciente. Cualquier otro plan se basará en el programa de asistencia financiera interno del hospital y no se aplicará a los pacientes que tengan la capacidad de pagar.

A. Servicios de emergencia

Un hospital no puede exigirles depósitos previos a la admisión o al tratamiento a las personas que precisan servicios de emergencia o que son consideradas pacientes de bajos ingresos.

B. Depósitos de pacientes de bajos ingresos

Un hospital puede pedir un depósito a las personas consideradas como pacientes de bajos ingresos. Dichos depósitos deberán limitarse al 20 % del monto del deducible, hasta \$500. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08.

C. Depósitos para pacientes en el programa Medical Hardship

Un hospital podrá pedir un depósito a pacientes elegibles para Medical Hardship. Los depósitos estarán limitados al 20 % de la contribución a Medical Hardship, hasta un máximo de \$1,000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08.

D. Planes de pago para pacientes de bajos ingresos conforme al programa Health Safety Net de Massachusetts

A una persona con un saldo de \$1,000 o menos, después de un depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago de al menos un año sin intereses con un pago mensual mínimo de no más de \$25. A un paciente con un saldo de más de \$1,000, después de un depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago de al menos dos años sin intereses.

E. Planes de pago para pacientes de bajos ingresos parciales de HSN

De acuerdo con el programa Health Safety Net de Massachusetts, los servicios prestados en un centro de salud con licencia del hospital se deben ofrecer con los mismos planes de pago que en el campus principal.

El hospital también les ofrece a los pacientes de bajos ingresos parciales de Health Safety Net un plan de coseguro que les permite pagar el 20 % del pago de Health Safety Net por cada visita hasta alcanzar el deducible anual. El saldo restante se le asignará a Health Safety Net.

VI. Glosario

Deuda incobrable

Es la suma de los servicios prestados a un paciente que se considera incobrable tras realizar esfuerzos razonables de cobro de acuerdo con las pautas de crédito y cobro del hospital. Esta deuda no se cuenta como pérdida crediticia, no es obligación de ninguna agencia federal ni estatal y no es un Servicio de Salud Reembolsable.

Medidas de cobro

Es una actividad mediante la cual el hospital o su agente designado solicita el pago de servicios al paciente o a la parte responsable. Una medida de cobro incluye solicitar los depósitos de preadmisión y pretratamiento, correspondencia sobre estados de cuenta y datos, cartas de cobro, contacto telefónico, contacto personal y las actividades de agencias de cobro y abogados.

Servicios de emergencia

Según se define en las Reglamentaciones del Estado de Massachusetts (101 CMR sección 613.02), son servicios médicamente necesarios brindados tras la aparición de una condición médica física o mental —que se manifieste a través de síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor agudo— que ante la ausencia de atención médica inmediata cualquier lego prudente, con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, razonablemente esperaría que cause un grave peligro a la salud del paciente, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de ella y su hijo no nacido, un deterioro grave en las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo, o, en relación con una mujer embarazada, según lo definido en la Sección 1867 (e) (1) (B) de la Ley de Seguridad Social, 42 U.S.C. Sección 1395dd (e) (1) (B).

Programas de asistencia financiera

Un programa de asistencia financiera es aquel que tiene como fin asistir a los pacientes de bajos ingresos que no tienen la capacidad de pagar los servicios del cuidado de la salud. Esta asistencia debe tener en cuenta la capacidad de cada persona de contribuir con el costo de su cuidado, lo que incluye una revisión de todas las fuentes de ingreso familiar y el estado de otros seguros. También se tiene en cuenta a pacientes que han agotado sus beneficios de seguro o que excedieron los criterios de elegibilidad financiera, pero que enfrentan costos médicos extraordinarios. Un programa de asistencia financiera no reemplaza los programas patrocinados por el empleador, los programas de asistencia financiera pública ni los programas de seguro adquiridos individualmente.

Consulte también el portal: www.nebh.org/policies.

"Notificación a pacientes de New England Baptist Hospital sobre la disponibilidad de asistencia financiera"

"Política de elegibilidad de asistencia financiera: resumen"

"Política de asistencia financiera (FAP)"; "Solicitud de asistencia financiera"

"Determinación de los montos generalmente facturados (AGB)"; "Proveedores afiliados"

Health Safety Net (anteriormente, Free Care)

Comprende los servicios médicamente necesarios brindados a los pacientes que se considera que son financieramente incapaces de pagar la totalidad o una parte del cuidado de hospital, de acuerdo con

los criterios establecidos por Commonwealth Connector. Se estableció un proceso para habilitar a los pacientes a recibir cobertura mediante una Solicitud de Beneficios Médicos (MBR, por sus siglas en inglés) que permite solicitar los servicios de MassHealth, Commonwealth Care y Health Safety Net con una sola solicitud.

Servicios del cuidado de la salud

Servicios de hospital (brindados a pacientes internados o de modo ambulatorio) que se pueden esperar razonablemente que prevengan, diagnostiquen, eviten el empeoramiento, alivien, mejoren o curen condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, u ocasionen una enfermedad o dolencia.

Paciente de bajos ingresos

Persona que cumple con los criterios establecidos en 101 CMR 613.04. Para ser considerado paciente de bajos ingresos, la persona debe ser residente del estado y tener un ingreso familiar documentado igual o menor al 300 % del FPL. El nivel de cobertura (primario, secundario, parcial) será determinado por Health Safety Net.

Las siguientes personas son elegibles para ser consideradas pacientes de bajos ingresos:

- i. Personas inscritas en los programas de MassHealth Standard y MassHealth Family Assistance/Direct Coverage.
- ii. Personas que fueron consideradas como elegibles para un programa de MassHealth, incluido MassHealth Premium Assistance, pero que no pudieron inscribirse.
- iii. Personas cuya inscripción en MassHealth o Commonwealth Care haya sido finalizada debido a la falta de pago de las primas.

Servicio médicamente necesario

Servicio que se pueden esperar razonablemente que prevenga, diagnostique, evite el empeoramiento, alivie, mejore o cure condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, u ocasionen una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios ambulatorios y de internación según lo autoriza el Título XIX de la Ley de Seguridad Social.

Servicios de salud reembolsables

Servicios elegibles brindados por hospitales de agudos o centros de salud comunitarios a pacientes no asegurados o subasegurados que se considera que son financieramente incapaces de pagar su cuidado, en su totalidad o en parte, y que reúnen los requisitos para ser pacientes de bajos ingresos, en caso de que estos servicios no sean elegibles para reembolso por parte de un pagador público o tercero pagador.

Residente

Una persona que vive en Massachusetts con la intención de quedarse allí de forma permanente o por un período indefinido. Un residente no está obligado a mantener una dirección fija. Estar inscrito en una institución de enseñanza superior o internado en una institución médica de Massachusetts, que no sea un centro de enfermería, no es suficiente para establecer residencia.

Los programas de asistencia pública incluyen los siguientes:

- MassHealth Standard: un programa de servicios del cuidado de la salud para personas elegibles administrado por la agencia de MassHealth de conformidad con 130 CMR 505.000.
- MassHealth Limited: un programa de servicios del cuidado de la salud de emergencia para personas administrado por la agencia de MassHealth de conformidad con 130 CMR 505.000.
- Medical Hardship: un tipo de elegibilidad para Health Safety Net disponible para los residentes de Massachusetts con cualquier nivel de ingreso contable cuyos gastos médicos permitidos hayan agotado sus ingresos contables de manera que no puedan pagar los servicios elegibles según se describe en 101 CMR 613.05.
- CommonHealth: un programa de MassHealth para adultos y niños discapacitados administrado por la agencia de MassHealth de conformidad con M.G.L. c. 118E.
- Health Connector: Commonwealth Health Insurance Connector Authority o Health Connector establecidos de conformidad con M.G.L. c. 176Q, s. 2.
- CarePlus: nuevo tipo de cobertura de MassHealth para ciudadanos adultos y no ciudadanos elegibles menores de 65 años de edad.
- Commonwealth Choice: Health Connector brinda acceso a los planes de salud llamados Planes de Salud Calificados (QHP, por sus siglas en inglés) que reúnen los requisitos de beneficio mínimos federales y estatales.
- Insurance Partnership: brinda seguro de salud para empleados no asegurados y trabajadores autónomos.
- Children's Medical Security Plan: un programa de servicios primarios y preventivos de cuidado pediátrico de la salud para niños elegibles, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, administrado por la agencia de MassHealth de conformidad con M.G.L. c. 118E, s. 10F.
- Healthy Start: cuidado prenatal y de posparto para mujeres no aseguradas.
- Prescription Advantage: plan de seguro de medicamentos con receta para residentes discapacitados y de la tercera edad que brinda cobertura primaria de medicamentos con receta.
- Health Safety Net: un programa para los residentes de Massachusetts que no son elegibles para algún servicio de salud o que no pueden pagar los servicios del cuidado de la salud.

El hospital

Se refiere a New England Baptist Hospital.

Paciente subasegurado

Un paciente cuyo plan de seguro de salud o plan de autoseguro no paga, en su totalidad o en parte, los servicios de salud que son elegibles para ser pagados por Health Safety Net Trust Fund, en caso de que el paciente cumpla con los estándares de elegibilidad de ingresos establecidos en 101 CMR 613.03.

Paciente no asegurado

Un paciente que es residente del estado, que no tiene cobertura de un plan de seguro de salud o de un plan de autoseguro y que no es elegible para los programas de asistencia médica. Un paciente que tiene una póliza de seguro de salud o es miembro de un seguro de salud o programa de beneficios que requiere que dicho paciente pague los deducibles o copagos, o que no cubre ciertos servicios o procedimientos médicos, es un paciente no asegurado.

Servicios urgentes

Según se define en las Reglamentaciones del Estado de Massachusetts (CMR 114.6, Sección 12.02), son servicios médicamente necesarios brindados en un hospital o centro de salud comunitario tras la aparición repentina de una condición médica física o mental —que se manifieste a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor agudo)—que ante la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas cualquier lego prudente razonablemente esperaría que cause un grave peligro a la salud de un paciente, un deterioro grave en las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo.

VII. Adjuntos y anexos

1. Se adjuntan las siguientes copias de notificaciones financieras para pacientes:
 - a. Copias de las notificaciones generales de hospitales o agentes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
 - b. Copias de los letreros publicados sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
2. Notificaciones de planes de pago para pacientes de bajos ingresos y pacientes elegibles para Medical Hardship.
3. Copia de las Pautas de ingreso que definen el nivel de pobreza usadas por el Estado de Massachusetts para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia financiera pública.
4. Declaraciones del paciente
 - a. Primero,
 - b. segundo,
 - c. tercero
 - d. y cuarto aviso de cobro con 10 días de antelación.
 - e. Plan de pago establecido.
 - f. Recibo del plan de pago programado no recibido.

DISPONIBILIDAD DE CUIDADO GRATUITO Y ASISTENCIA PÚBLICA

Es posible que haya asistencia financiera disponible mediante esta institución. Comuníquese con el consejero financiero del hospital llamando al 617-754-5974, de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 4 p. m. Al comparar la cantidad de integrantes y el ingreso de su familia con las pautas federales de ingreso que definen el nivel de pobreza, es posible que nuestros consejeros puedan inscribirlo a usted y a otros miembros de su familia en una opción de cobertura de seguro de salud gratuita o de bajo costo.

Es su responsabilidad comunicarse con New England Baptist Hospital para obtener información o para trabajar con nuestros consejeros y completar la solicitud para estas opciones de cobertura.

NRO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	PORCENTAJE DE FPG (INGRESO ANUAL DEL GRUPO FAMILIAR)						
	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %
1	11,770	17,655	23,540	29,425	35,310	41,195	47,080
2	15,930	23,895	31,860	39,825	47,790	55,755	63,720
3	20,090	30,135	40,180	50,225	60,270	70,315	80,360
4	24,250	36,375	48,500	60,625	72,750	84,875	97,000
5	28,410	42,615	56,820	71,025	85,230	99,435	113,640
6	32,570	48,855	65,140	81,425	97,710	113,995	130,280
7	36,730	55,095	73,460	91,825	110,190	128,555	146,920
8	40,890	61,335	81,780	102,225	122,670	143,115	163,560

NRO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	PORCENTAJE DE FPG (MENSUAL ANUAL DEL GRUPO FAMILIAR)						
	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %
1	981	1,471	1,962	2,452	2,943	3,433	3,923
2	1,328	1,991	2,655	3,319	3,983	4,646	5,310
3	1,674	2,511	3,348	4,185	5,023	5,860	6,697
4	2,021	3,031	4,042	5,052	6,063	7,073	8,083
5	2,368	3,551	4,735	5,919	7,103	8,286	9,470
6	2,714	4,071	5,428	6,785	8,143	9,500	10,857
7	3,061	4,591	6,122	7,652	9,183	10,713	12,243
8	3,408	5,111	6,815	8,519	10,223	11,926	13,630