



NORMAS DE CRÉDITO Y COBRANZA DE LAWRENCE GENERAL HOSPITAL

Normas de crédito y cobranza de Lawrence General Hospital

Índice	1
Introducción	2
I. Prestación de servicios de atención médica	4
II. Elegibilidad para programas de asistencia financiera.....	6
III. Determinación de la responsabilidad financiera del paciente.....	7
IV. Aviso de disponibilidad de asistencia financiera y otras opciones de cobertura	12
V. Prácticas de facturación y cobro del hospital	14
VI. Depósito y planes de pago	21
VII. Derechos y responsabilidades del paciente	22
Definiciones.....	24
VIII. Documentos adjuntos	27

Introducción

Propósito:

Estas Normas de crédito y cobranza se aplican a Lawrence General Hospital (“el Hospital”) y sitios y proveedores específicos identificados en este documento.

El Hospital es el principal proveedor de atención médica a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. El Hospital ofrece sus servicios a *todos* los pacientes que vienen a nuestras instalaciones las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. Por lo tanto, el Hospital se compromete a ofrecerles a todos nuestros pacientes una atención y servicios de alta calidad. Como parte de este compromiso, el Hospital colabora con las personas de bajos ingresos y recursos limitados para ayudarles a encontrar alternativas que cubran el costo de la atención.

Declaración de la misión:

- Operar y mantener el hospital general y de cuidados agudos.
- Proporcionar servicios adecuados relacionados con la salud y hospitalarios a todos los pacientes, sin importar su raza, color, nacionalidad de origen, ciudadanía, condición de extranjero, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad.
- Proporcionar acceso a los servicios que sean médicamente necesarios a los habitantes de la zona, independientemente de su capacidad de pago.
- Asegurar un proceso continuo de mejora de calidad de la atención que los profesionales de la salud atentos y cualificados le brindan al paciente.
- Mantener y apoyar la educación en ciencias de la salud relacionada con los servicios de un hospital para enfermedades agudas.
- Promover y apoyar la investigación científica relacionada con la atención de enfermedades y lesiones.

Principios generales:

- La preocupación por el pago de una factura del hospital nunca debe ser un obstáculo para que un paciente reciba servicios esenciales de salud. El personal del Hospital se comunicará con los pacientes en lo relacionado con su capacidad para acceder a la atención médica necesaria y la disponibilidad de asistencia financiera.
- El propósito de la asistencia financiera es ayudar a los pacientes de bajos ingresos que no cuenten con los medios para pagar los servicios de salud.
- Las normas de asistencia financiera del Hospital son coherentes con su misión y sus valores y toman en cuenta la capacidad de cada persona de contribuir al pago de la atención, y la capacidad del Hospital de ofrecer dicha atención.
- Las normas de asistencia financiera no eliminan la responsabilidad personal. Los pacientes pueden cumplir o no los requisitos para recibir asistencia financiera de programas públicos. Podría esperarse que paguen parte del costo de su atención según su capacidad de pago.
- Estas normas se comunican de una manera clara y fácil de comprender.

Normas:

El Hospital tiene la obligación fiduciaria interna de solicitar el reembolso de los servicios que les ha proporcionado a pacientes capaces de pagarlos, a compañías de seguros responsables de cubrir el costo de la atención y a programas de asistencia para los cuales el paciente es elegible. Para determinar si un paciente es capaz de pagar los servicios proporcionados y para ayudarlo a encontrar otras opciones de cobertura si no tiene seguro de salud, el Hospital se rige por los siguientes criterios relacionados con la facturación y el cobro a los pacientes. Al obtener información financiera personal del paciente y su familia, el Hospital mantiene toda la información de conformidad con la legislación federal y estatal sobre privacidad, seguridad y leyes contra el robo de identidad. Es importante señalar que aunque los gobiernos federal y estatal utilizan diferentes nombres para referirse a las normas que el Hospital debe cumplir a fin de mostrar cómo proporciona asistencia financiera a los pacientes, los requisitos generales son los mismos. Por lo tanto, estas normas se han creado para cumplir con los reglamentos de la Red de seguridad de salud estatal (*State Health Safety Net*) sobre Normas de crédito y cobranza (*Credit and Collection Policies*), y los requisitos de asistencia financiera de la Ley Federal de Reforma de la Atención de Salud (*Federal Health Care Reform Law*), según las aclaraciones recientes del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*) en sus instrucciones del 23 de febrero de 2011 para el formulario 990.

El Hospital no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, ciudadanía, condición de extranjero, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad ni en sus normas ni en la aplicación de éstas, referentes a la obtención y verificación de información financiera, los depósitos previos a una admisión o un tratamiento, los planes de pago, las admisiones diferidas o rechazadas, la determinación de que un paciente es de bajos ingresos según los criterios de la Oficina de Medicaid de Massachusetts; ni en sus prácticas de facturación y cobranza.

Estas “Normas de crédito y cobranza” se han creado para garantizar el cumplimiento con los criterios exigidos por (1) la norma sobre elegibilidad de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net Eligibility Regulation*, 101 CMR 613.00 13.00), (2) los requisitos con respecto a deudas incobrables de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*The Centers for Medicare and Medicaid Services Medicare Bad Debt Requirements*, 42 CFR 413.89), (3) el Manual de reembolso a proveedores de Medicare (*The Medicare Provider Reimbursement Manual*), Parte 1, Capítulo 3, y (4) la Sección 501 (r) del Código del Servicio de Impuestos Internos [*Internal Revenue Code Section 501(r)*] como lo requiere la Sección 9007 (a) de la Protección Federal del Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio [*Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Pub. L. N.º 111-148)*] y en la aclaración del IRS, fechada el 28 de febrero de 2011, con respecto a los reportes de tal información en las declaraciones de impuestos de hospitales en el formulario 990.

Las Normas de crédito y cobranza del Hospital abarcan los siguientes lugares donde los pacientes también pueden obtener información sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública:

Hospital LGH

Sede central, 1 General Street, Lawrence, MA 01841

- Andover Medical Center, 323 Lowell Street, Andover, MA 01810
- 25 Marston Street, Lawrence, MA 01841
- 140 Haverhill Street, Andover, MA 01810
- YMCA, 165 Haverhill Street, Andover, MA 01810

Consultorios médicos de Community Medical Associates ubicados en:

- Marston Medical Building, 25 Marston Street, Lawrence, MA 01841
- Doctors Park II, 138 Haverhill Street, Andover, MA 01841
- YMCA, 165 Haverhill Street, Andover, MA 01810

Los programas de asistencia financiera del Hospital están disponibles en el sitio web:

- ***lawrencegeneral.org***

El hospital archivará una copia electrónica de sus Normas de crédito y cobranza en la oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) según lo dispuesto por 101 CMR 613.00, anteriormente 114.6 CMR 13.08(1)(c).

I. Prestación de servicios de atención médica

Principio general

El Hospital evalúa la prestación de los servicios de atención médica a todos los pacientes que los solicitan sin importar su capacidad de pago. No obstante, los servicios que no son de urgencia o emergencia (es decir, los servicios electivos o primarios) pueden retrasarse o diferirse después de consultar con el personal clínico del hospital y, si es necesario y estuviera disponible, el proveedor de atención primaria del paciente. El Hospital puede negarse a prestar servicios que no son de emergencia o de urgencia a un paciente si el Hospital no logra determinar la fuente de pago o la elegibilidad del paciente para programas de asistencia financiera. Algunos de estos programas son *MassHealth*, *Connector Care*, *Children's Medical Security Plan*, *Health Safety Net* y *Medical Hardship*. Las opciones relacionadas con la prestación de servicios y el acceso a la atención se definen por lo general en el manual de la compañía de seguros o del programa de asistencia financiera.

La urgencia del tratamiento se basa en los síntomas clínicos de cada paciente y es determinada por un profesional médico según las normas de práctica médica locales, estatales y nacionales, y las normas y procedimientos del personal médico del Hospital. Además, el Hospital cumple con los requisitos federales de tratamiento médico de emergencia y de trabajo de parto activo (*Emergency Medical Treatment and Active Labor*, EMTALA) haciendo un examen de evaluación para determinar si se trata de una emergencia. Es importante señalar que la clasificación del estado médico del paciente se hace sólo con fines de administración clínica y que su único propósito es decidir el orden en que los médicos deben atender a los pacientes con base en los síntomas que presenten. Estas clasificaciones no representan ninguna evaluación del problema médico del paciente que se refleje en el diagnóstico final.

Si el paciente no tiene seguro médico o tiene una cobertura insuficiente, el Hospital le ayudará a encontrar un programa de asistencia financiera que cubra una parte o la totalidad del adeudo de la factura hospitalaria. Si el paciente tiene seguro privado, el Hospital debe colaborar con el paciente y su compañía de seguros para determinar qué es lo que cubre su póliza. Como el Hospital no siempre puede obtener esta información de la compañía de seguros oportunamente, el paciente tiene la obligación de saber qué cubre su plan antes de solicitar servicios que no son urgentes o de emergencia. La determinación del tratamiento, con base en el cuadro clínico, se toma según las siguientes definiciones:

A. Los servicios de atención urgente y de emergencia incluyen:

El Hospital proporcionará servicios de urgencia y emergencia sin considerar la identificación, la cobertura del seguro o la capacidad de pago del paciente. El Hospital también utiliza la evaluación del carácter urgente o de emergencia de los servicios, como se define a continuación, para determinar qué parte de la deuda incobrable cubre el fondo de la *Health Safety Net*.

i. Los servicios de emergencia incluyen:

Los servicios médicamente necesarios después del comienzo de una afección médica, ya sea física o mental, que cause síntomas graves como dolor fuerte y que, en la opinión de una persona prudente no experta y con un nivel promedio de conocimientos sobre salud y medicina, de no tratarse oportunamente pueda poner en grave peligro la salud del enfermo o de otra persona, causar un deterioro grave de sus funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o de una mujer embarazada, tal como se definen en la sección 1867 (e) (1) (B) de la Ley del Seguro Social (*Social Security Act*) 42 U.S.C. § 129 Sdd(e) (1) (B). Una evaluación médica y cualquier tratamiento posterior de una problema de salud de emergencia o cualquier otro servicio proporcionado en la medida requerida por la ley federal EMTALA (42 USC 139S dd) cumple los requisitos de un servicio de emergencia (*Emergency Level Service*).

ii. Los servicios de urgencia incluyen:

Los servicios médicamente necesarios tras la aparición repentina de un problema médico, ya sea físico o mental, que cause síntomas agudos de una gravedad suficiente (como dolor fuerte) que, en la opinión de

una persona prudente no experta, de no ser tratado dentro de 24 horas es razonable esperar que ponga en riesgo la salud del paciente, cause un deterioro del funcionamiento corporal o una disfunción en cualquier órgano o parte del cuerpo. La atención urgente no incluye los servicios electivos ni los de atención primaria.

iii. Requisitos del nivel EMTALA:

Según los requisitos federales, la ley EMTALA se aplica a cualquier persona que acuda al Hospital para solicitar ser examinada o recibir tratamiento de emergencia (emergencia médica) o que ingrese al Departamento de Emergencias y solicite el examen o tratamiento de un problema médico. Es común que se presenten personas al Departamento de Emergencias sin cita previa. Sin embargo, quienes soliciten servicios para un problema médico de emergencia mientras acuden a otra unidad de internación, clínica o departamento auxiliar también pueden someterse a un examen de evaluación de la emergencia médica según lo dispuesto por la ley EMTALA. El examen y el tratamiento de problemas médicos de emergencia, o cualquier otro servicio prestado según lo dispuesto por la ley EMTALA, se proporcionarán al paciente y se considerarán atención de emergencia. El médico u otro personal médico cualificado del hospital son quienes determinan si existe una emergencia médica, lo cual se documenta en la historia clínica. De igual manera, es el médico u otro personal médico cualificado del hospital quienes determinan si existe una emergencia médica o un problema médico primario, lo cual se documenta en la historia clínica.

B. Servicios que no son de emergencia, servicios que no son urgentes:

En el caso de los pacientes que (1) llegan al Hospital solicitando atención médica que no es de emergencia o no es urgente o que (2) solicitan atención adicional después de la estabilización de una emergencia médica, el Hospital puede proporcionar servicios electivos después de consultar con su personal clínico y de revisar las opciones de cobertura del paciente.

- i. Servicios electivos:** Servicios médicamente necesarios que no cumplen la definición citada de servicios de emergencia o urgentes. Normalmente, son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o un profesional de la salud (el hospital, un consultorio médico u otros).
- ii.** El Hospital puede negar servicios que no son de emergencia si no confirma que recibirá pagos por sus servicios. Si se determina que los servicios no son médicamente necesarios, pueden diferirse hasta que se hagan los arreglos de pago adecuados.

C. Lugares a donde los pacientes pueden acudir para recibir servicios

Todos los pacientes pueden solicitar servicios de emergencia o urgentes cuando llegan a la sala de emergencias del Hospital o a secciones de atención urgente. Sin embargo, los pacientes con problemas médicos urgentes o de emergencia pueden acudir a otros sitios, como la Unidad de Parto y Alumbramiento, departamentos auxiliares, clínicas del Hospital y otras áreas. El Hospital también ofrece otros servicios electivos en su sede central, sus clínicas y otros consultorios ambulatorios.

D. Recopilación y verificación de la información del paciente

El hospital hará esfuerzos razonables para identificar, obtener, registrar y verificar información financiera y demográfica completa de todo paciente que solicite atención. La información obtenida incluirá los datos demográficos (como nombre del paciente, dirección, número de teléfono, sexo, fecha de nacimiento y formas de identificación pertinentes) y del seguro de salud (como nombre y dirección de la compañía de seguros y del titular de la póliza, copagos, deducibles y coaseguros) que sean necesarios para asegurar el pago de los servicios. El requisito de que el Hospital obtenga información completa dependerá siempre del estado del paciente, priorizando siempre sus necesidades de atención médica

i. Servicios de emergencia y urgentes

El registro y la admisión de pacientes con casos de emergencia y urgentes se harán de conformidad con los

requisitos de la ley EMTALA. La información demográfica y del seguro del paciente debe obtenerse lo más pronto posible, pero esto debe posponerse si retrasa la realización de exámenes médicos o si afecta negativamente el estado médico del paciente. Si un paciente no puede dar información demográfica o de su seguro en el momento del servicio, pero da su consentimiento para entrevistar a familiares, amigos que lo acompañen o a personas que él o ella designen, se debe hacer todo lo posible para hablar con esas personas. Se debe hacer todo lo posible por verificar con la fuente de pago por vía electrónica (EDI, *electronic data interchange*) la información del seguro dada por el paciente.

ii. Servicios que no son de emergencia, servicios que no son urgentes

El registro y la información de admisión de los pacientes que no requieren servicios de emergencia o urgentes se debe hacer antes de prestar los servicios. Se debe hacer todo lo posible por verificar con la fuente de pago por vía electrónica (EDI, *electronic data interchange*) la información del seguro proporcionada por el paciente.

II. Documentación de elegibilidad para programas de asistencia financiera

A. Principios generales

El propósito de la asistencia financiera es ayudar a los pacientes de bajos ingresos que no cuenten con los medios para pagar los servicios de atención médica. Esta asistencia tiene en cuenta la capacidad de cada persona de contribuir al pago de su atención. Si un paciente no tiene seguro médico o tiene una cobertura insuficiente, el Hospital le ayudará a presentar solicitudes a programas de asistencia financiera que cubran una parte o la totalidad de las facturas hospitalarias adeudadas. El Hospital ofrece esta asistencia tanto a residentes como a no residentes de Massachusetts. Sin embargo, los programas de asistencia pública estatales tal vez no cubran los servicios de hospitales de Massachusetts a personas que residan en otros estados. Para que el Hospital pueda ayudar a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar las opciones más adecuadas de cobertura y a determinar si reúnen los requisitos para recibir descuentos, los pacientes deben colaborar activamente con el Hospital para verificar sus ingresos familiares, otras coberturas de seguros y cualquier información que se pueda utilizar para determinar la elegibilidad.

B. Proceso de evaluación y determinación de elegibilidad del Hospital

El Hospital les ofrece a los pacientes información sobre los programas de asistencia financiera disponibles en Massachusetts o en el mismo Hospital que podrían cubrir la totalidad o parte del adeudo de las facturas hospitalarias. El Hospital ayuda a los pacientes que soliciten dicha asistencia evaluando su elegibilidad para programas públicos y ayudándoles a completar las solicitudes. Estos programas incluyen, pero no se limitan a: MassHealth, Connector Care, Children's Medical Security Plan y Health Safety Net. Cuando corresponda, el Hospital también puede ayudar a los pacientes a solicitar la cobertura de servicios (por ejemplo, por dificultades médicas, “Medical Hardship”, en inglés) según los ingresos familiares documentados del paciente, la cobertura de seguro actual y anterior, y otros gastos médicos permitidos.

La responsabilidad del paciente:

El paciente tiene la obligación de darle al Hospital información correcta y oportuna sobre su nombre completo, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social (si tuviera uno), número de teléfono, opciones actuales de cobertura (incluyendo otros seguros u opciones, como el seguro del automóvil o pólizas de compensación al trabajador) que puedan cubrir el costo de la atención recibida, así como otros recursos financieros pertinentes e información de ciudadanía y residencia. Esta información se utilizará para determinar la cobertura de los servicios proporcionados al paciente. Si no hubiera cobertura específica para los servicios prestados, el Hospital utilizará la información para determinar si los servicios podrían estar cubiertos por programas que pagan ciertos servicios considerados deuda incobrable. Además, el Hospital utilizará esta información para hablar de la elegibilidad para ciertos programas de seguro médico. Si el paciente o el garante no pueden dar la información necesaria, el Hospital puede (si el paciente lo solicita) hacer esfuerzos razonables para obtener información adicional de otras fuentes. Esto ocurrirá cuando el paciente programe sus servicios, durante el registro previo, al hospitalizarse, después del alta o durante un período razonable

después del alta del hospital.

La información que el Hospital obtenga se mantendrá conforme a la legislación federal y estatal y las leyes de privacidad y seguridad.

C. Proceso de solicitud

El proceso de evaluación y solicitud para programas públicos de seguro médico se realiza a través del Conector de Salud (*Health Connector*) de Massachusetts o de una solicitud en papel que completa el paciente y también se presenta directamente a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts (*Massachusetts Executive Office of Health and Human Services*) para su procesamiento. La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts se ocupa solamente de las solicitudes a los programas mencionados, que se ofrecen a niños, adultos, ancianos, veteranos, personas sin hogar y discapacitados.

En circunstancias especiales, el Hospital puede presentar una solicitud en nombre del paciente a programas de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) usando un formulario específico creado por la oficina de esta agencia en Massachusetts. Las circunstancias especiales incluyen solicitudes de asistencia financiera por estar encarcelado, ser víctimas de violencia doméstica o en casos de dificultad médica (*Medical hardship*, en inglés).

El Hospital ayuda al paciente específicamente a llenar la solicitud estándar de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts, a presentar la documentación necesaria a la Oficina de Medicaid de Massachusetts y a conseguir otros documentos que se le pidan después de enviar la solicitud. Después de presentar la solicitud para un programa, Massachusetts otorga un plazo máximo de tres días para entregar toda la documentación necesaria. Después de este período de tres días, el paciente y el médico deben colaborar con los Centros de Inscripción de MassHealth para proporcionar la documentación adicional necesaria para la inscripción en el programa de asistencia financiera que corresponda.

Todas las solicitudes presentadas por medio del Conector de Salud y en papel son examinadas y tramitadas por la Oficina de Medicaid de Massachusetts, que emplea las directrices federales de pobreza, la información sobre bienes y la documentación mencionada anteriormente para determinar la elegibilidad para programas de asistencia pública patrocinados por el estado. El Conector de Salud de Massachusetts también determina la elegibilidad para programas de cobertura parcial y total por medio de los programas de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*). El Hospital también ayuda a otros pacientes, como menores que reciben servicios confidenciales o víctimas de maltrato, a obtener cobertura por medio de la Red de seguridad de salud usando el formulario de circunstancias especiales (*Special Circumstance Application*). Se adjunta a estas Normas una copia de las directrices federales de pobreza utilizadas por el estado. Los hospitales no intervienen en la determinación de elegibilidad del Estado pero, si el paciente lo solicita, pueden participar en el proceso de solicitud o de búsqueda de información relacionada con las decisiones de cobertura. El paciente tiene la responsabilidad de informar al Hospital de todas las decisiones de cobertura tomadas por el Estado para garantizar la adjudicación oportuna y correcta de todas las facturas hospitalarias.

D. Programas futuros

A medida que surjan nuevas opciones de cobertura, como las de las propuestas estatales y federales de reforma de la atención a la salud, el Hospital hará los cambios necesarios a estas Normas de crédito y cobranza.

III. Determinación de la responsabilidad financiera del paciente

A. Principios generales

El Hospital hará esfuerzos razonables para determinar la responsabilidad financiera del paciente lo más

pronto posible durante la atención. Cuando sea posible, el Hospital recogerá los saldos que sean responsabilidad del paciente, como los copagos, deducibles, coaseguros o depósitos requeridos, antes de prestar sus servicios. Los pacientes que pertenezcan a planes de atención médica administrada (“managed care”) o tengan seguros con requisitos de acceso específicos son responsables de comprender y cumplir con los requisitos de su plan, como los referimientos, las autorizaciones y otras restricciones de esa red. En algunas circunstancias, como servicios de urgencia o emergencia, estos referimientos y autorizaciones podrán ocurrir después de la prestación del servicio. Todos los pacientes que se prevea que van a deber un saldo por los servicios recibirán información sobre la disponibilidad de asesoramiento financiero para ayudarles a cumplir sus obligaciones con el hospital. La evaluación que cumpla con la ley EMTALA se hará antes de determinar la responsabilidad financiera del paciente.

B. Pacientes asegurados

El Hospital hará esfuerzos razonables para verificar la situación de seguro del paciente y lo ayudará a cumplir con los requisitos de su plan de seguro. Siempre que sea posible, dicha verificación incluirá la determinación de la responsabilidad financiera prevista del paciente, incluyendo coaseguros, deducibles y copagos. Cuando sea posible y clínicamente apropiado, el paciente deberá efectuar el pago de sumas predeterminadas (copagos, deducibles fijos) en el momento de la inscripción. Los pacientes que puedan pagar podrían ser enviados a recibir asesoramiento financiero.

a. Planes de seguros contratados:

El Hospital tiene contratos con varios planes de seguro. En esos casos, el Hospital le solicitará el pago de todos los servicios cubiertos al plan. Si la compañía de seguros determina que un servicio no está cubierto o se niega a pagarlo, entonces el pago de ese servicio se le solicitará directamente al paciente, de acuerdo con el contrato de seguro correspondiente. Siempre que sea posible, el Hospital ayudará al paciente a apelar las denegaciones u otros fallos adversos a su plan de seguro, reconociendo que muchos planes de seguro requieren que el paciente presente estas apelaciones.

b. Planes de seguros no contratados:

Como una cortesía, el Hospital facturará a la compañía de seguros del paciente cuando el Hospital no tenga un contrato con dicha compañía de seguros. Aunque el Hospital le facture al plan de seguro del paciente, en última instancia la responsabilidad financiera recae sobre el paciente o garante. Si la compañía de seguros no responde oportunamente a la factura del Hospital, los servicios se le podrían facturar directamente al paciente. Los saldos pendientes después del pago del seguro se le facturarán al paciente. Siempre que sea posible, el Hospital ayudará al paciente a apelar las denegaciones u otros fallos adversos a su plan de seguro, reconociendo que muchos planes de seguro requieren que el paciente presente estas apelaciones.

c. Pacientes sin seguro:

Si un paciente no tiene seguro médico y no se ha determinado que sea una persona de bajos ingresos (*Low Income Patient*) elegible para la Red de seguridad de Salud (*Health Safety Net*, HSN), se le pedirá que dé un depósito por adelantado para los servicios no requeridos por la ley EMTALA. El depósito será igual al 100% del costo estimado del servicio, menos cualquier descuento que corresponda. Si no es posible hacer una estimación precisa de los cargos, el Hospital puede cobrar una cantidad predeterminada como depósito o solicitar garantías de pago. Si el paciente no efectúa el depósito o indica que no puede pagarlo, podría ser enviado a los servicios de asesoramiento financiero. A los residentes de Massachusetts que no estén asegurados se les ofrecerá asesoramiento para determinar su elegibilidad para programas de asistencia financiera y ayudarles a presentar la solicitud por medio del Conector de Salud de Massachusetts. Estos programas incluyen, pero no se limitan a MassHealth, Connector Care, Children's Medical Security Plan y Health Safety Net. Si no hubiera necesidad inmediata de ofrecer los servicios, la admisión o atención ambulatoria se podrían posponer hasta que el paciente pueda pagar, o hasta que haga arreglos financieros adecuados, consiga seguro o se inscriba en un programa de asistencia financiera que los cubra.

C. Pacientes de bajos ingresos elegibles para la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*)

a. Elegibilidad:

La elegibilidad de un paciente para la cobertura de la Red de seguridad de salud se verificará en el momento de registrarlo mediante el Sistema de verificación de elegibilidad de MassHealth (*MassHealth Eligibility Verification System, EVS*), NEHEN u otros sistemas de registro del Hospital, según corresponda, y cualquier cambio en la situación del paciente se anotará en el historial médico.

b. Limitaciones del servicio:

Las personas identificadas como pacientes de bajos ingresos según los reglamentos de Salud y Servicios Humanos (*Health and Human Services*) 101 CMR 613.00 recibirán, en la medida de lo posible, servicios coherentes con las directrices de cobertura de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*), que incluyen limitaciones de acuerdo a los reglamentos del Estado.

D. Cobertura primaria de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*)

- a. Residentes de Massachusetts que no tengan seguro y que presenten comprobantes de tener ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship Family Countable Income*), como se describe en 101 CMR 613.04(4)(a)1, de entre el 0% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza, con las siguientes excepciones:
- b. Los pacientes de bajos ingresos elegibles para el programa *Premium Assistance Payment Program* operado por el Conector de salud no son elegibles para la cobertura primaria de la Red de seguridad de salud, salvo lo dispuesto en 101 CMR 613.01 (5) (a) a (c). La Red de seguridad de salud no cubre los copagos de este programa.
- c. Los estudiantes sujetos al requisito del Plan de salud para estudiantes calificados (*Qualifying Student Health Plan*) de M.G.L 15, § 18 no son elegibles para cobertura primaria de la Red de seguridad de salud.

E. Cobertura secundaria de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*)

Un residente de Massachusetts es elegible para la cobertura secundaria de la Red de seguridad de salud si tiene otro seguro de salud primario y documenta ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship Family Countable Income*), como se describe en 101 CMR 613.04(4)(a)2, de entre el 0% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza:

- 1.) Los pacientes de bajos ingresos elegibles para el *Premium Assistance Payment Program* operado por el Conector de salud son elegibles solamente para los servicios dentales que no estén cubiertos de otra manera por este programa después de la fecha de comienzo de la cobertura.
- 2.) En el caso de los miembros de MassHealth inscritos en Mass Health Standard, MassHealth CarePlus, CommonHealth o Family Assistance, sin incluir a MassHealth Family Assistance Children, son elegibles solamente para aquellos servicios dentales para adultos que se ofrezcan en un centro de salud comunitario, un centro de salud autorizado del Hospital o en otra clínica satélite que no estén cubiertos por MassHealth.
- 3.) Los pacientes de bajos ingresos inscritos en un plan de salud para estudiantes que cumpla los requisitos son elegibles para la cobertura secundaria de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*). La Red de seguridad de salud pagará sólo los deducibles, coaseguros y servicios de salud reembolsables no cubiertos por la compañía de seguros.
- 4.) En el caso de los miembros de MassHealth inscritos en MassHealth Limited, EAEDC, CMSP, CMSP plus Limited, y MassHealth Family Assistance-Children, la Red de seguridad de salud paga sólo los servicios de salud reembolsables no cubiertos por el beneficios de MassHealth del suscriptor.

5.) Otros requisitos:

a. Seguro asequible:

Una persona con ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship Family Countable Income*), tal como se describe en 101 CMR 613.01 (1), inferiores o iguales al 400% del nivel federal de pobreza, y para la cual se considere que el seguro es asequible, tal como se define en 956 CMR 6.00: *Determining Affordability for the Individual Mandate*, no es elegible para la cobertura primaria de la Red de seguridad de salud. Si el empleador de la persona ofrece cobertura de seguro, la persona no es elegible para la cobertura primaria de la Red de seguridad de salud, excepto durante el período de espera antes de que entre en vigor el seguro del empleador.

b. Determinación de discapacidad pendiente:

Los proveedores pueden presentar reclamaciones para personas elegibles para MassHealth; en ese caso, el proveedor debe anular las reclamaciones presentadas a la Red de seguridad de salud y presentarlas en cambio a MassHealth.

F. Cobertura parcial de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*)

Un residente de Massachusetts elegible para la cobertura primaria o secundaria de la Red de seguridad de salud cuyos ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship Family Countable Income*), como se describe en 101 CMR 613.04 (1), estén entre el 150.1% y el 300% del nivel federal de pobreza se considera elegible para la cobertura parcial de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net-Partial*) y debe pagar el deducible correspondiente, como se describe en 101 CMR 613.04(4)(a)2 y 101 CMR 613.04(6)(c).

G. Deducibles de la cobertura parcial de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*)

Para los pacientes con cobertura parcial de la Red de seguridad de salud con ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) o ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship Family Countable*) de entre el 150,1% y el 300% del nivel federal de pobreza, hay un deducible anual si todos los miembros del grupo familiar de facturación de la prima (PBF, *Premium Billing Family Group*) tienen ingresos que superan el 150,1% del nivel federal de pobreza. Si los ingresos de cualquier persona del PBF son inferiores al 150,1% del nivel federal de pobreza, no se le aplica el deducible a ningún miembro. El 40% de la diferencia entre los ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de Mass Health o los ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship Family Countable*), como se describe en 101 CMR 613.01 (1), en el PBF del solicitante y el 200% del nivel federal de pobreza. El paciente es responsable del pago de todos los servicios prestados hasta ese importe deducible. Sólo hay un deducible por PBF durante el período de elegibilidad. Se debe determinar que cada PBF es un paciente de bajos ingresos para que sus gastos por servicios de salud reembolsables se apliquen al deducible. Si se determina que más de un miembro del PBF es un paciente de bajos ingresos, o si el paciente o los miembros del PBF reciben servicios de más de un proveedor, el paciente es responsable de llevar la cuenta de los deducibles y proporcionarle documentación al Hospital de que se ha alcanzado la suma deducible.

H. Dificultades médicas (*Medical Hardship*)

- a. **Elegibilidad:** Un residente de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos contables puede reunir los requisitos para la categoría de Dificultades médicas si sus gastos médicos permitidos han agotado sus ingresos contables al punto de que es incapaz de pagar el costo de los servicios de salud. Según los reglamentos, esta determinación se toma una sola vez y no es una categoría de elegibilidad continua [101 CMR 613.05(1)(a)].
- b. **Proceso de solicitud:** El Hospital ayudará al paciente a recopilar toda la información pertinente y presentará la solicitud de Dificultades médicas con la documentación requerida ante la oficina de la Red

de seguridad de salud (*Health Safety Net*) dentro de los 5 días laborables para su aprobación.

- c. Gastos médicos permitidos:** Un residente de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos contables puede reunir los requisitos para la categoría de Dificultades médicas si sus gastos médicos permitidos han agotado sus ingresos contables al punto de que es incapaz de pagar el costo de los servicios de salud. (101 CMR 613.05(1)(a) (1)). Los gastos médicos permitidos sólo pueden incluir facturas por Dificultad médica de cualquier proveedor de servicios médicos que, si se pagan, se considerarían gastos médicos deducibles en la declaración federal del impuesto a la renta. Los gastos médicos permitidos incluyen las facturas pagadas y pendientes que son responsabilidad del paciente fechadas hasta 12 meses antes de la fecha de solicitud del beneficio por Dificultades médicas. Si la oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) aprueba dos de estas solicitudes en un período de 12 meses, los importes requeridos se prorratearán. (101 CMR 613.05)
- d. Determinación:** La oficina de la Red de Seguridad de Salud (*Health Safety Net*) notifica la determinación a los solicitantes. La oficina de la Red de seguridad de Salud determinará si el paciente reúne los requisitos para el programa y le informará al Hospital cuáles facturas son la responsabilidad del paciente y cuáles pueden presentarse a la Red de seguridad de salud de acuerdo al reglamento 101 CMR 613.05(2). La determinación de Dificultades médicas se limita a las facturas incluidas con la solicitud. Las facturas incluidas en una solicitud del beneficio de Dificultades médicas no se podrán incluir en solicitudes posteriores del mismo beneficio. Para poder recibir un pago por cualquiera de dichos servicios, el Hospital debe presentar sus reclamaciones a la Red de seguridad de salud dentro de un plazo de 18 meses contados a partir de la fecha del servicio.

I. Responsabilidad financiera del paciente de bajos ingresos (*Low Income Patient*):

a. Requisitos de compartir costos:

Los pacientes de bajos ingresos son responsables de los copagos, según lo dispuesto en 101 CMR 613.04 (6)(b), y de los deducibles, según lo dispuesto en 101 CMR 613.04(6)(c).

b. Depósitos:

- 1.) Un Proveedor puede no requerir depósitos previos a una admisión o tratamiento a las personas que necesitan servicios de emergencia o que se determine que son pacientes de bajos ingresos.
- 2.) Un Proveedor puede solicitarles un depósito a las personas que se determine que son de bajos ingresos. Dichos depósitos deben limitarse al 20% de la cantidad deducible, con un límite de \$500. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecido en 101 CMR 613.08(1) (f)
- 3.) Un Proveedor puede solicitarles un depósito a los pacientes elegibles para el beneficio de Dificultad médica. Los depósitos se limitan al 20% de la contribución por Dificultades médicas, hasta \$1.000,00. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecido en 101 CMR 613.08(1)(f).

c. Planes de pago:

Un Proveedor puede solicitar un depósito a los pacientes elegibles para el beneficio de Dificultad médica. Los depósitos se limitan al 20% de la contribución por Dificultades médicas, con un límite de \$1.000. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecido en 101 CMR 613.08(1) (f) A un paciente con un saldo de \$1.000 o menos, después del depósito inicial, se le debe ofrecer como mínimo un plan de pago a un año sin intereses, con un pago mínimo mensual de no más de \$25,00. A un paciente con un saldo de \$1.000 o menos, después del depósito inicial, se le debe ofrecer como mínimo un plan de pago a dos años sin intereses.

d. Seguimiento de los deducibles:

La suma deducible anual se aplica a todos los servicios de salud reembolsables proporcionados a un paciente o PBFG de bajos ingresos durante el período de elegibilidad. Se debe determinar que cada miembro del grupo familiar de facturación de la prima (PBFG, *Premium Billing Family Group*) es un

paciente de bajos ingresos para que sus gastos reembolsables por servicios de salud se apliquen al deducible. El Hospital realizará un seguimiento del servicio de salud reembolsable del paciente que se aplicará al deducible. Si se determina que más de un miembro del PBFG es un paciente de bajos ingresos, o si el paciente o los miembros del PBFG reciben servicios de más de un proveedor, el paciente es responsable de llevar la cuenta de los deducibles y proporcionarle documentación al Hospital de que se ha alcanzado la suma deducible.

e. Determinaciones pendientes:

Los pacientes para quienes el Hospital haya presentado una solicitud al Conector de Salud (*Health Connector*) de Massachusetts serán procesados como pacientes que pagan sus propias cuentas (*Self Pay*) hasta que MassHealth haya tomado una determinación.

IV. Aviso de disponibilidad de asistencia financiera y otras opciones de cobertura

A. Principios generales

Si un paciente no tiene seguro médico o tiene una cobertura insuficiente, el Hospital le ayudará a presentar solicitudes a programas de asistencia financiera que cubran una parte o el total del adeudo de las facturas hospitalarias. A fin de ayudar a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente a encontrar programas de asistencia financiera adecuados, el Hospital les enviará a dichos pacientes un aviso general sobre la disponibilidad de programas, tanto en las facturas que les envía como en los avisos generales que fijarán en todo el Hospital.

El objetivo de estos avisos es ayudarles a solicitar cobertura a programas de asistencia financiera como MassHealth, Connector Care, Children's Medical Security Plan y Health Safety Net. Cuando corresponda, el Hospital también puede ayudar a los pacientes a solicitar la cobertura de servicios, por ejemplo, por Dificultades médicas (*Medical Hardship*), de acuerdo a los ingresos documentados del paciente y a los gastos médicos permitidos. El Hospital proporcionará, previa solicitud, información específica sobre el proceso de determinación de elegibilidad para ser un Paciente de bajos ingresos según los criterios de la Red de seguridad de Salud (*Health Safety Net*) de Massachusetts, o asistencia adicional a pacientes de bajos ingresos por medio del programa de asistencia financiera del Hospital. El Hospital también notificará al paciente acerca de los planes de pago disponibles de acuerdo al tamaño de la familia y sus ingresos.

B. El papel de los asesores financieros del Hospital y otros funcionarios de finanzas

El Hospital hará esfuerzos razonables para identificar las opciones de cobertura disponibles para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente por medio de sus programas de seguros actuales cuando el paciente esté programando sus servicios, mientras esté en el hospital, al darle el alta y, por un período de tiempo razonable, después del alta del Hospital. El personal encargado de registro y admisiones del Hospital dirigirá a todos los pacientes que estén buscando opciones de cobertura o asistencia financiera a la Oficina de Asesoramiento Financiero del Hospital para que se determine si reúnen los requisitos y accedan a una opción de cobertura adecuada. Luego el Hospital ayudará al paciente a solicitar las opciones de cobertura adecuadas disponibles o les notificará la disponibilidad de asistencia financiera por medio del programa interno del Hospital. El Hospital también les dará información sobre cómo comunicarse con el personal apropiado de la oficina de finanzas del Hospital si desean verificar que una factura es correcta o cuestionar alguno de los cargos.

Solicitud a programas

El Hospital ayudará a los pacientes a completar todas las solicitudes necesarias para MassHealth y/o de determinación de ser Paciente de bajos ingresos según las regulaciones vigentes. Esto podría incluir:

- i.** Completar una solicitud conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*, ACA)
- ii.** Completar una solicitud del beneficio por Dificultades médicas (*Medical Hardship*).

C. Aprobación de la cobertura

La Oficina de Medicaid es responsable de adjudicar las solicitudes a MassHealth y otras determinaciones de Pacientes de bajos ingresos. Esto puede incluir la determinación de cobertura por la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) o el Conector de salud (*Health Connector*). La oficina de Medicaid emitirá todos los avisos de elegibilidad.

D. Proceso de quejas

Una persona puede solicitar que la Oficina revise la determinación de Paciente de bajos ingresos o de Cumplimiento del proveedor con las disposiciones de 101 CMR613.00. La Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) hará la revisión utilizando el siguiente proceso:

- a) La persona debe enviar una queja por escrito a la Oficina con la documentación de apoyo. Para pedir la revisión de una determinación, la persona debe enviar la solicitud de reconsideración dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el solicitante recibió la notificación oficial de la determinación. Si la Oficina pide información adicional, ésta se debe presentar dentro de un plazo de 30 días.
- b) La Oficina emitirá una decisión y una explicación por escrito de los motivos de su decisión al reclamante y a las otras partes pertinentes dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la información necesaria.

E. Prácticas de notificación

El Hospital fijará un aviso (carteles) de la disponibilidad de asistencia financiera en los siguientes lugares:

- Zonas de prestación de servicios (por ejemplo, hospital, clínicas, departamento de urgencias y salas de espera);
- Zonas donde trabajen asesores financieros del paciente;
- Zonas de admisión central y de registro de pacientes; y/o
- Sección de la oficina de cuentas abierta a los pacientes.

Los carteles deberán colocarse de manera que los pacientes que acudan a estas áreas puedan verlos y leerlos claramente. Todos los carteles y avisos se traducirán a otro idioma (distinto del inglés) si el 10% o más de la población que vive en la zona de servicio del hospital habla ese idioma. En la actualidad, el Hospital traduce los avisos a los siguientes idiomas: inglés y español. El Hospital también incluirá un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todas las facturas iniciales.

Cuando el paciente se ponga en contacto con el Hospital, el personal de finanzas del Hospital intentará determinar si reúne los requisitos para un programa de asistencia financiera pública o un plan de pago. Los pacientes inscritos en ciertos programas de asistencia financiera pública (como MassHealth o Health Safety Net) pueden reunir los requisitos para ciertos planes.

Los pacientes también pueden reunir los requisitos para otra asistencia de acuerdo a los criterios internos de asistencia financiera del Hospital, o para la cobertura de ciertos servicios por Dificultades médicas (*Medical Hardship*), dependiendo de sus ingresos y de los gastos médicos permitidos.

En los casos en que el hospital use la solicitud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*, ACA), el Hospital le ayudará al paciente a completar la solicitud de MassHealth, Connector Care, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, Medical Hardship u otros formularios de programas de asistencia financiera conforme pasen a formar parte del programa del Conector de salud (*Health Connector*) de Massachusetts.

V.Prácticas de facturación y cobro del hospital Principios generales

El Hospital no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad, en sus políticas o en su aplicación de políticas en lo referente a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o al tratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, situación de ser paciente de bajos ingresos según lo determina la oficina de Medicaid de Massachusetts, la determinación de que un paciente sea de bajos ingresos, o en sus prácticas de facturación y cobro. El Hospital tiene el deber fiduciario de solicitar el reembolso de los servicios que les ha proporcionado a las personas que pueden pagar, a compañías de seguros que cubren el costo de la atención y a otros programas de asistencia para los cuales el paciente es elegible. Para determinar si un paciente puede pagar los servicios proporcionados y para ayudarle a encontrar otras opciones de cobertura si no tiene seguro de salud o su seguro es insuficiente, el Hospital se rige por los siguientes criterios relacionados con la facturación y el cobro a pacientes.

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

a. Obligaciones del paciente:

El Hospital trabajará con el paciente para informarle de su obligación de dar la siguiente información clave:

Antes de proporcionar cualquier servicio de salud (excepto los servicios que se prestan para estabilizar a un paciente si se ha determinado que tiene un problema médico de emergencia o necesita atención urgente), el paciente tiene el deber de dar oportunamente datos exactos sobre su información demográfica,

situación de seguro actual, cambios en los ingresos familiares o el seguro, deducibles o copagos que adeude con base en su póliza actual o en sus obligaciones de pago al programa financiero. La información detallada para cada punto debe incluir:

- 1) Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si lo tuviera), opciones actuales de cobertura de seguro de salud, situación de ciudadanía y residencia, y recursos financieros que pudieran utilizarse para pagar la factura.
- 2) Nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si lo tuviera), opciones actuales de cobertura de seguro de salud, y recursos financieros aplicables que pudieran usarse para pagar la factura del paciente.
- 3) Otros recursos que pudieran utilizarse para pagar la factura, incluyendo otros programas de seguro, como las pólizas de seguro de automóvil o de propietario de una vivienda si el tratamiento se debiera a un accidente, programas de compensación del trabajador, póliza de seguros de estudiante y cualquier otro ingreso familiar como herencias, donaciones o distribuciones de un fideicomiso, entre otros.

El paciente tiene el deber de llevar la cuenta de las facturas del hospital no pagadas, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles, y de comunicarse con el hospital si necesita ayuda para pagar una parte o la totalidad de la factura. El paciente también debe informar a su compañía de seguros actual (si la tiene) o a la agencia estatal que determinó su elegibilidad para programas de seguro públicos de cualquier cambio en los ingresos familiares o la situación de seguro. El Hospital también puede ayudar al paciente a actualizar su elegibilidad en un programa público si cambian los ingresos familiares o la situación de seguro, pero únicamente si el paciente informa al Hospital de hechos que podrían indicar que su elegibilidad ha cambiado.

El Hospital colaborará con el paciente para asegurar que sepa que es su deber notificar al programa público en el que esté inscrito (por ej., la Oficina de Medicaid, el Conector de salud, la Red de seguridad de salud o el beneficio por Dificultades médicas) de cualquier información relacionada con cambios en los ingresos familiares o si es parte de una reclamación de seguro que pudiera cubrir el costo de los servicios prestados por el Hospital. Si hubiera terceros (incluyendo, pero sin limitarse a un seguro de propietario de una vivienda o de un automóvil) responsables de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el

paciente colaborará con el Hospital o el programa correspondiente (incluyendo, pero sin limitarse a MassHealth, el Conector de salud o la Red de seguridad de salud) para asignar el derecho de recuperar las sumas pagadas y adeudadas por los servicios.

Un paciente de bajos ingresos debe:

- 1) Presentar una reclamación de pago al seguro, si lo hubiera.
- 2) Asignar a la oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) o a su agente, el derecho a cobrar un importe igual a los beneficios proporcionados, de los ingresos derivados de cualquier reclamación o procedimiento contra un tercero.
- 3) Dar información sobre la reclamación o cualquier otro procedimiento y cooperar plenamente con la Oficina, a menos que la Oficina determine que la cooperación no sería provechosa para el solicitante o miembro, o que le produciría daños graves o emocionales.
- 4) Notificar a la Oficina o a MassHealth por escrito en un plazo de 10 días contados a partir de la presentación de cualquier reclamación, demanda civil o procedimiento.
- 5) Pagarle a la Oficina del dinero recibido de un tercero todos los servicios de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) prestados en la fecha del accidente o incidente o después de ésta. Si el paciente está involucrado en un accidente u otro incidente después de determinarse que es elegible para la Red de seguridad de salud, la devolución se limitará a los servicios proporcionados por ésta como consecuencia del accidente o incidente.

b. Obligaciones del Hospital:

El Hospital hará esfuerzos razonables y diligentes para obtener los datos del seguro del paciente y otra información necesaria para verificar la cobertura para los servicios de salud prestados por el Hospital. Estos esfuerzos pueden ocurrir cuando el paciente está programando los servicios, durante el registro previo, durante el proceso de admisión al hospital, al darle el alta o durante el proceso de cobranza, que puede ocurrir durante un tiempo razonable después del alta del hospital. Además, el Hospital notificará al paciente de la disponibilidad de opciones de cobertura por medio de programas de asistencia financiera del Hospital o de asistencia pública, como la cobertura de MassHealth, el programa de ayuda con el pago de la prima operado por el Conector de Salud (*Health Connector*), Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship, en las facturas que se envían al paciente o a su garante después de la prestación de los servicios. Esta información será obtenida antes de proporcionar cualquier servicio de salud que no sea de emergencia ni urgente (es decir, procedimientos electivos como se define en estas Normas de crédito y cobranza). El Hospital retrasará cualquier intento de obtener esta información mientras el paciente esté recibiendo tratamiento para un problema médico de emergencia o de urgencia que sea necesario.

Los procedimientos de diligencia debida del Hospital incluyen, pero no se limitan a solicitar información sobre la situación del seguro del paciente, hacer búsquedas en las bases de datos de seguro públicas y privadas después de la facturación y las reglas de autorización. Para muchos pacientes, las determinaciones de cobertura se hacen ya sea pidiendo una copia de la tarjeta de seguro del paciente o buscando la cobertura en el sistema de verificación de elegibilidad de MassHealth (EVS) por un programa público.

Cuando el personal de registro o de Admisiones del Hospital tenga toda esa información, también notificará a los pacientes de su deber de informar a los programas de asistencia pública apropiados de cualquier cambio en los ingresos familiares, la situación del seguro u otros recursos que se pudieran usar para pagar la cuenta del paciente (como un seguro de automóvil o de propietario de vivienda, compensación al trabajador o seguro estudiantil).

El Hospital presentará reclamaciones a todas las compañías de seguros con el código de servicio asignado al servicio prestado.

El Hospital apelará cualquier reclamación denegada cuando el servicio sea abonado en su totalidad o en parte por una empresa de seguros de terceros conocida que podría ser responsable de los costos de los

servicios de salud recientes del paciente. una compañía de seguros y devolverá cualquier pago recibido de MassHealth cuando se haya identificado un recurso de terceros.

Si el paciente, garante o tutor no pudiera dar la información necesaria, y el paciente da su consentimiento, el Hospital hará esfuerzos razonables para comunicarse con parientes, amigos, el garante o tutor y/o las terceras partes para obtener información adicional. Esto podría ocurrir cuando el paciente esté programando sus servicios, durante el registro previo, la admisión al hospital, el alta o por un período de tiempo razonable después del alta del hospital.

c) Accidentes de vehículos de motor y reclamaciones de responsabilidad de terceros

El hospital también hará esfuerzos razonables y diligentes para investigar si un recurso de terceros podría ser responsable de los servicios prestados por el Hospital, incluyendo pero sin limitarse a: (1) una póliza de vehículo de motor o propietario de vivienda, (2) pólizas generales de protección contra accidentes o lesiones personales, (3) programas de compensación del trabajador, (4) seguro estudiantil, entre otras. Según los reglamentos estatales o el contrato de seguro, para cualquier reclamación en la que los esfuerzos razonables y diligentes del Hospital den lugar al pago de una compañía de seguros privada o de un programa público, el Hospital informará el pago y lo aplicará a cualquier reclamación que haya sido pagada por la compañía de seguros privada o el programa público. En el caso de los programas de asistencia pública, el Hospital no tiene que obtener la asignación del derecho del paciente a la cobertura de terceros por servicios prestados por un accidente. En estos casos, el estado de Massachusetts intentará buscar la asignación de los costos de los servicios que se prestaron al paciente y que fueron pagados por la Oficina de Medicaid o la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*).

Además el Hospital mantiene toda la información de conformidad con la legislación federal y estatal sobre privacidad y seguridad, y las leyes contra el robo de identidad.

B. Prácticas de facturación del Hospital

El Hospital hace el mismo esfuerzo razonable y sigue el mismo proceso razonable que con los demás pacientes para cobrar las facturas adeudadas por un paciente sin seguro médico. El Hospital mostrará primero que hay un saldo impago relacionado con servicios prestados al paciente que no están cubiertos por una compañía de seguros privada ni por un programa de asistencia financiera. El Hospital sigue procedimientos razonables de cobranza y facturación, que incluyen:

- a)** La factura inicial que el Hospital le enviará al paciente o a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente. La factura inicial incluye información sobre la disponibilidad de asistencia financiera (incluyendo, pero sin limitarse a MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship) para cubrir el costo de la factura del hospital.
- b)** Las facturas, llamadas telefónicas, cartas de cobranza, notificaciones de contacto personales o por computadora o cualquier otro método de notificación posterior que constituya un esfuerzo genuino para comunicarse con la parte responsable de la factura adeudada, que también incluirá información sobre la manera en que el paciente puede ponerse en contacto con el Hospital si necesita asistencia financiera.
- c)** Enviar un aviso final por correo certificado a los pacientes sin seguro (que no estén inscritos en un programa de salud como MassHealth o Health Safety Net) que incurran en un saldo impago de emergencia superior a \$1.000 por servicios de emergencia solamente, cuando los avisos no sean devueltos por "domicilio incorrecto" o por ser "imposibles de entregar", y también notificar a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera en la comunicación.
- d)** Si es posible, documentar los esfuerzos alternativos para localizar a la parte responsable de su obligación o determinar la dirección correcta de las facturas devueltas por el Servicio Postal de

Estados Unidos por “domicilio incorrecto” o por ser “imposibles de entregar”.

- e) La documentación de la facturación continua o de las actividades de cobranza realizadas durante 120 días a partir de la fecha del servicio se mantiene y está a la disposición de los programas estatales y federales que correspondan para que puedan comprobar estos esfuerzos.
- f) Comprobar en el sistema de verificación de elegibilidad de Massachusetts (*Massachusetts Eligibility Verification System*, EVS) que el paciente no es un paciente de bajos ingresos y no ha presentado una solicitud a MassHealth, al programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Conector de Salud (*Health Connector*), al Children’s Medical Security Program, a Health Safety Net o a Medical Hardship, antes de presentar reclamaciones a la oficina de cobertura de deudas incobrables por servicios de emergencia o urgencia de Health Safety Net.

C. Programas de asistencia financiera del hospital

Los pacientes elegibles para inscribirse en un programa de asistencia pública del estado (como MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector, el Children’s Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship), se considerarán inscritos en un programa de asistencia financiera. A todos los pacientes inscritos en dichos programas de asistencia pública del estado, el hospital puede facturarles sólo el copago, coaseguro o deducible que se explica en las normas estatales aplicables, que también pueden indicarse en el sistema de gestión de información estatal de Medicaid (*Medicaid Management Information System*, MMIS).

El Hospital solicitará un pago especificado a los pacientes que no sean elegibles para programas de asistencia pública de Massachusetts, por ejemplo, personas de otros estados que si vivieran aquí podrían satisfacer las categorías de elegibilidad financiera para programas de asistencia pública estatales. En dichos casos, el Hospital notificará al paciente si tales recursos adicionales están disponibles con base en los ingresos del paciente y otros criterios, tal como se describe en las normas de asistencia financiera del Hospital.

El Hospital, cuando el paciente lo solicite y con base en una revisión interna de la situación financiera de cada paciente, también puede ofrecerle al paciente un descuento adicional u otra asistencia financiera. Dichas revisiones serán parte de un programa separado de asistencia financiera del Hospital que se aplica a los pacientes de manera uniforme y toma en consideración la situación financiera documentada del paciente y su incapacidad para pagar después de tomar medidas razonables de cobranza. Todos los descuentos ofrecidos por el Hospital cumplen con los requisitos federales y estatales, y no influyen en que el paciente reciba los servicios del Hospital.

D. Poblaciones exentas de las actividades de cobranza

El Hospital tomará medidas razonables para asegurar que no se inicien actividades como llamadas telefónicas, facturas o cartas, para cobrar saldos pendientes de pacientes que podrían estar exentos. Según las normas y regulaciones estatales, las siguientes personas y poblaciones de pacientes están exentas de los procedimientos de cobranza o facturación:

Los pacientes inscritos en un programa de seguro de salud pública, como MassHealth, Ayuda de emergencia a ancianos (*Emergency Aid to the Elderly*), Plan de seguridad médica para personas discapacitadas y niños (*Disabled and Children's Medical Security Plan*), si los ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) son iguales o inferiores al 300% del nivel federal de pobreza; los pacientes de bajos ingresos (salvo los que se consideran de bajos ingresos sólo para servicios dentales) según lo determinado por MassHealth y la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*), incluyendo los que tienen ingresos familiares brutos ajustados o ingresos familiares contables por dificultades médicas de entre el 150,1% y el 300% del nivel federal de pobreza; y los que están en la categoría de Dificultad médica (*Medical Hardship*), con las siguientes excepciones:

- 1.) El Hospital puede solicitar el cobro de los copagos y deducibles establecidos por cada programa específico a los pacientes inscritos en los programas mencionados anteriormente.

- 2.) El Hospital también pueden enviar facturas o iniciar actividades de cobranza a un paciente que declare que participa en un programa de asistencia financiera que cubra el costo de los servicios del hospital, pero no presente un comprobante de dicha participación. Cuando se reciban pruebas satisfactorias de que el paciente participa en un programa de asistencia financiera (como recibos o comprobantes de la solicitud firmada), el Hospital cesará las actividades de facturación y cobranza.
- 3.) El Hospital puede continuar las actividades de cobranza con pacientes de bajos ingresos por servicios prestados antes de la determinación de que es un paciente de bajos ingresos, siempre que la condición de paciente de bajos ingresos haya sido revocada, haya caducado o no se pueda identificar en el sistema estatal de verificación de elegibilidad (*Eligibility Verification System* o EVS) o en el sistema de gestión de información de Medicaid (*Medicaid Management Information System*). Sin embargo, una vez que se haya determinado que el paciente es elegible y está inscrito en MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Conector de salud (*Health Connector*), Children's Medical Security Plan o Medical Hardship, el Hospital suspenderá la actividad de cobranza de los servicios (con la excepción de copagos y deducibles) provistos antes del comienzo de la elegibilidad.
- 4.) El Hospital puede iniciar actividades de cobranza con cualquier paciente que participe en los programas mencionados anteriormente por servicios no cubiertos de los cuales el paciente haya aceptado ser responsable, siempre que el Hospital haya obtenido el consentimiento previo por escrito del paciente para que se le facture el servicio. Sin embargo, aun en estas circunstancias, el Hospital no puede facturarle al paciente reclamaciones relacionadas con errores médicos ni reclamaciones denegadas por la compañía principal de seguros del paciente debido a un error administrativo o de facturación.

E. Medidas de cobranza extraordinarias

- a) El Hospital no iniciará ninguna "medida de cobranza extraordinaria" hasta haber hecho esfuerzos razonables y un análisis razonable de la situación financiera del paciente y de otra información necesaria para determinar su elegibilidad para la asistencia financiera, lo cual determinará si un paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera o está exento de cualquier actividad de cobranza o facturación según estas Normas de crédito y cobranza. El Hospital guardará toda la documentación que haya utilizado para tomar esta determinación, según lo dispuesto en las normas correspondientes de retención de registros.
- b) Conforme a sus normas de asistencia financiera, el Hospital aceptará y procesará la solicitud de asistencia financiera presentada por un paciente durante todo el "período de la solicitud". El "período de la solicitud" comenzará en la fecha en que se proporcionen los cuidados y finalizará 240 días después de la fecha de envío de la primera factura después del alta, sujeto a los siguientes requisitos adicionales. El período de la solicitud no termina antes de los 30 días posteriores a que el Hospital le haya proporcionado al paciente el aviso de 30 días que se describe a continuación. En el caso de un paciente que el Hospital haya determinado que es presuntamente elegible para recibir menos que la asistencia más generosa conforme a las normas de asistencia financiera, la solicitud no termina antes de que finalice un período razonable para que el paciente solicite una asistencia financiera más generosa, tal como se describe a continuación.
- c) Las medidas de cobranza extraordinarias incluyen:
 - i) Venta de la deuda de un paciente a un tercero (salvo en el caso de que se cumplan los requisitos especiales que se establecen a continuación);
 - ii) Informar a las agencias de informes de crédito o de crédito;
 - iii) Aplazar, negar o solicitar un pago antes de prestar atención médicamente necesaria, por falta de pago de una o más facturas de atención previamente cubiertas según las normas de asistencia financiera del Hospital (lo cual se considera una medida de cobranza extraordinaria de la atención proporcionada anteriormente).
 - iv) Acciones que requieren un proceso legal o judicial, incluyendo:
 - (1) Colocar un embargo preventivo a la propiedad de un paciente;
 - (2) Ejecutar la hipoteca de un bien inmueble;

- (3) Incautar una cuenta bancaria u otra propiedad personal;
 - (4) Iniciar una acción civil contra un paciente;
 - (5) Causar la detención de un paciente;
 - (6) Hacer que un paciente sea objeto de una orden de embargo; y
 - (7) Embargar el salario de un paciente.
- v) El Hospital tratará la venta de la deuda de un paciente a terceros como una medida de cobranza extraordinaria a menos que el Hospital firme un acuerdo vinculante por escrito con el comprador de la deuda según el cual, (i) el comprador tiene prohibido participar en cualquier medida extraordinaria de cobranza para obtener el pago de la atención; (ii) el comprador tiene prohibido cobrar intereses sobre la deuda a una tasa superior a la tasa correspondiente de pago insuficiente del IRS; (iii) la deuda puede ser devuelta al Hospital o éste la puede recuperar si se determina que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera; y (iv) si se determina que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera y la deuda no se devuelve al Hospital ni éste la retira, el comprador está obligado a cumplir con los procedimientos que garantizan que el paciente no le pague al comprador más de lo que el paciente es responsable de pagar personalmente según las normas de asistencia financiera.
- vi) Las medidas de cobranza extraordinarias incluyen las medidas tomadas para obtener el pago de la atención de cualquier otro paciente que haya aceptado o tenga la obligación de aceptar la responsabilidad de la factura del Hospital por los servicios prestados.
- d) El Hospital se abstendrá de iniciar medidas de cobranza extraordinarias contra un paciente durante un período mínimo de 120 días a partir de la fecha en que el hospital presente la primera factura después del alta; aunque se aplican requisitos especiales para diferir o negar la atención médicamente necesaria por falta de pago, tal como se describe a continuación.
- e) Además de abstenerse de iniciar medidas de cobranza extraordinarias en el periodo de 120 días ya descrito, el Hospital se abstendrá de iniciar medidas de cobranza extraordinarias durante un período de al menos 30 días después de haber notificado al paciente de sus normas de asistencia financiera de la siguiente manera: el hospital (i) le entrega al paciente una notificación por escrito que indica que hay asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles, que identifica las medidas de cobranza extraordinarias que el Hospital (u otra parte autorizada) tiene la intención de ejecutar para obtener el pago de la atención, y que establece un plazo después del cual se pueden iniciar medidas de cobranza extraordinarias que no puede ocurrir antes de los 30 días posteriores a la fecha en que se entrega la notificación escrita; (ii) le ofrece al paciente un resumen de las normas de asistencia financiera en lenguaje simple; y (iii) hace un esfuerzo razonable para informarle oralmente al paciente las normas de asistencia financiera y las maneras en que el paciente puede obtenerla siguiendo el proceso de solicitud correspondiente; con la salvedad de que se aplican requisitos especiales para diferir o negar la atención médicamente necesaria, como se describe a continuación.
- f) El Hospital cumplirá los siguientes requisitos especiales en el caso de diferir o negar la atención por falta de pago de servicios previos que eran elegibles para la asistencia financiera. El Hospital puede proporcionar menos de los 30 días de aviso previo, como ya se describió, si le entrega al paciente un formulario de solicitud de asistencia financiera y una notificación por escrito indicando que hay asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles. El aviso por escrito establece una fecha límite después de la cual el Hospital dejará de aceptar y procesar solicitudes de asistencia financiera, esa fecha límite no será antes de que termine el período de solicitud ni 30 días después de la fecha de la primera notificación escrita. Si el paciente presenta su solicitud antes de la fecha límite, el Hospital la procesará en forma expedita.
- g) Si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta de asistencia financiera según las normas de asistencia financiera del Hospital durante el período de solicitud, el Hospital suspenderá cualquier medida de cobranza extraordinaria para obtener el pago de la atención. En tal caso, el Hospital no iniciará ni continuará otras medidas de cobranza extraordinarias hasta que (i) el Hospital haya determinado si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera conforme a las normas de asistencia financiera, o (ii) si una solicitud de asistencia financiera estuviera incompleta, el paciente no ha respondido a las solicitudes de información y/o documentación adicional en un período de tiempo razonable. El Hospital también tomará medidas adicionales, dependiendo de si la solicitud está completa o incompleta, como se describe a continuación.
- h) Si el paciente presenta una solicitud completa para obtener asistencia financiera durante el período de solicitud, el Hospital también determinará si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Si el

Hospital determina que el paciente es elegible para recibir asistencia diferente de la del fondo de atención gratuita, el Hospital (i) le proporcionará al paciente una factura que indica la cantidad que le corresponde como paciente elegible para asistencia financiera y le explica cómo puede obtener información acerca de los importes que generalmente se facturan por la atención,

(ii) le reembolsará al paciente cualquier cantidad que haya pagado por la atención en exceso de la cantidad que se hubiera determinado que es su responsabilidad personal y (iii) tomará todas las medidas razonables para revertir cualquier medida de cobranza extraordinaria (con las excepciones de venta de la deuda y de diferir, negar o exigir un pago antes de prestar atención médicamente necesaria por falta de pago de facturas previas de atención anterior para la cual el paciente era elegible para asistencia financiera) tomada contra el paciente para obtener el pago de su atención. Las medidas razonables para revertir dicha cobranza extraordinaria incluyen medidas para suspender cualquier fallo, gravamen o embargo, y retirar del informe de crédito del paciente cualquier información negativa enviada a agencias de informes del consumidor o de calificación del crédito.

- i) Si un paciente presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el período de la solicitud, el Hospital debe además hacerle llegar al paciente un aviso escrito que describa la información o documentación adicional requerida según las normas de asistencia financiera y que incluya la información de contacto.
- j) El Hospital puede determinar presuntivamente que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera según las normas de asistencia financiera con base en información diferente de la que ha dado el paciente o en una determinación previa de elegibilidad. Si se determina que un paciente es elegible para menos que la asistencia más generosa disponible según las normas de asistencia financiera, el Hospital: (i) le informará al paciente en qué se basa la determinación presuntiva de elegibilidad y cómo solicitar asistencia más generosa conforme a las normas de asistencia financiera; (ii) le dará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar asistencia más generosa antes de tomar medidas de cobranza extraordinarias para obtener la suma con descuento que adeuda; y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa de asistencia financiera más generosa durante el período de la solicitud, determinará si el paciente es elegible para el descuento más generoso.
- k) El Hospital no incautará el salario ni impondrá un embargo preventivo a la residencia personal o a un vehículo de un paciente de bajos ingresos ni de su garante, a menos que: (1) el Hospital pueda demostrar que el paciente o su garante tienen la capacidad de pagar, (2) el paciente o su garante no respondan a las solicitudes de información del Hospital o se nieguen a cooperar con el Hospital para buscar un programa de asistencia financiera, y (3) para los propósitos de embargo, éste haya sido aprobado por el Consejo de Administración del Hospital analizando individualmente cada caso.
- l) El Hospital y sus agentes no podrán continuar los esfuerzos de cobranza o facturación con un paciente involucrado en un procedimiento de quiebra, salvo para proteger sus derechos como acreedor en el orden apropiado (el programa de asistencia pública correspondiente que haya pagado los servicios puede tomar medidas similares). El Hospital y sus agentes tampoco le cobrarán intereses sobre el saldo vencido a un paciente de bajos ingresos ni a pacientes que cumplan los criterios de cobertura por medio del programa interno de asistencia financiera del Hospital.
- m) El Hospital cumple con los requisitos correspondientes de facturación y los requisitos federales y estatales aplicables relacionados con la falta de pago de servicios específicos que fueron el resultado de un evento grave de declaración obligatoria (*Serious Reportable Event, SRE*), o están directamente relacionados con él, la corrección de dicho evento, una complicación posterior causada por dicho evento o una nueva hospitalización en el mismo establecimiento por servicios relacionados con dicho evento.

Los eventos graves de declaración obligatoria que no ocurran en el hospital están excluidos de esta determinación de no pago siempre que el establecimiento tratante y el responsable de dicho evento no tengan un propietario común ni formen parte de la misma corporación. El Hospital tampoco solicitará pagos de un paciente de bajos ingresos por medio del programa de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*), si sus reclamaciones fueron denegadas inicialmente por un programa de seguros debido a un error administrativo de facturación por parte del hospital.

F. Agencias de cobranzas externas

El Hospital puede contratar a una agencia de cobranzas externa para ayudar a cobrar ciertas cuentas, incluyendo importes que son responsabilidad del paciente y no se han resuelto después de 120 días de medidas de cobranza continuas. El Hospital también puede firmar contratos vinculantes con agencias de cobranzas externas. Cualquier contrato que permita la venta de deuda que no se trate como una medida de cobranza extraordinaria cumplirá con los requisitos descritos anteriormente. En todos los demás casos, si el hospital vende o remite la deuda de un paciente a otra parte, el acuerdo con la otra parte será diseñado razonablemente para garantizar que no se tomen medidas extraordinarias de cobranza hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, incluyendo los siguientes:

- i. si un paciente presenta su solicitud antes del final del período de solicitud, la parte suspenderá las medidas de cobranza extraordinarias;
- ii. si el paciente presenta una solicitud de asistencia financiera antes del final del período de solicitud y se determina que es elegible para recibir asistencia financiera, la parte seguirá procedimientos para asegurar que el paciente no le pague a dicha parte y al hospital más de lo que el paciente está obligado a pagar según las normas de asistencia financiera, y para revertir cualquier medida extraordinaria de cobranza; y
- iii. si la parte remite o vende la deuda a otra parte, la parte obtendrá un acuerdo escrito que satisfaga todos los requisitos anteriores.

Todas las agencias de cobranza externas contratadas por el Hospital le darán al paciente la oportunidad de presentar una queja y enviarán al Hospital los resultados de tales quejas del paciente. El Hospital exige que cualquier agencia de cobranza externa que utilice opere de conformidad con los requisitos federales y estatales de cobranza justa de deudas.

G. Deuda incobrable

El hospital hará esfuerzos razonables para cobrar los saldos pendientes. El hospital enviará una factura inicial y seguirá enviando estados de cuentas mensuales por un período de 120 días. Si al final de este ciclo de facturación no se hubiera cumplido con el pago del saldo pendiente o con el plan de pago en cuotas, se le enviará un aviso final al paciente o al garante. Las cuentas que sigan sin pagar (10) días después de la fecha del aviso final se revisarán y, a discreción del Hospital, se anularán como deuda incobrable. Las cuentas se colocarán en agencias de cobranza por un período determinado. Al final del período designado, el agente le devolverá al Hospital todas las cuentas que sigan sin pagar o en las que no se haya cumplido con el plan de pago en cuotas. El agente suspenderá todos los esfuerzos de cobranza.

VI. Depósitos y planes de pago

Según lo dispuesto en los reglamentos del Plan de seguridad de salud (*Health Safety Net*) de Massachusetts con respecto a pacientes que: (1) se haya determinado que son de “bajos ingresos” o (2) sean elegibles para el beneficio por Dificultad médica (*Medical Hardship*), el Hospital establece los siguientes depósitos y planes de pago. Cualquier otro plan se basará en el programa de asistencia financiera interno del Hospital, y no se aplicará a los pacientes que puedan pagar.

a) Servicios de emergencia

El Hospital podría no exigir depósitos antes de la hospitalización o el tratamiento a personas que necesitan servicios de nivel de emergencia o que se determine que son pacientes de bajos ingresos.

b) Depósitos de pacientes de bajos ingresos

El Hospital puede solicitarles un depósito a las personas que se determine que son de bajos ingresos. Tales depósitos deben limitarse al 20% de la cantidad deducible, con un límite de \$500. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101CMR 613.08(1)(f).

c) Depósitos para pacientes con Dificultad médica (*Medical Hardship*)

El Hospital puede solicitarles un depósito a los pacientes elegibles para el beneficio de Dificultad médica (*Medical Hardship*). Los depósitos se limitarán

Al 20% de la contribución por Dificultad médica, con un límite de \$1.000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecido en 101 CMR 613.08(1)(f).

d) Planes de pago para pacientes de bajos ingresos según el programa de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) de Massachusetts

Hay planes de pago disponibles para pacientes; serán determinados por los asesores financieros LGH de acuerdo con los reglamentos actuales de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) de

Massachusetts. A un paciente que tenga un saldo de

\$1.000 o menos después del depósito inicial, se le debe ofrecer al menos un plan de pago a un año sin intereses, con un pago mensual mínimo de no más de \$25. A un paciente que tenga un saldo de más de \$1.000 después del depósito inicial, se le debe ofrecer como mínimo un plan de pago a dos años sin intereses.

e) Deducible único de CommonHealth

A pedido del paciente, el Hospital puede facturarle a un paciente de bajos ingresos para permitirle que cumpla con los requisitos del deducible único de CommonHealth.

f) Planes de pago para pacientes de Health Safety Net parcialmente de bajos ingresos según este programa de Massachusetts, para servicios prestados fuera de las instalaciones del Hospital

El Hospital también les ofrece a los pacientes parcialmente de bajos ingresos de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) un plan de coaseguro, que les permite pagar el 20% del pago de *Health Safety Net* por cada visita hasta que el paciente alcance su deducible anual. El saldo restante se cancelará con *Health Safety Net*.

VII. Derechos y responsabilidades del paciente

El Hospital asesorará a los pacientes según lo establecido en 101CMR 613.08(2).

- a. El derecho del paciente a presentar solicitudes a todos los programas de asistencia pública, que incluyen a MassHealth, los programas del Conector de Salud (*Health Connector*), la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) y por Dificultades médicas (*Medical Hardship*). El Hospital les ayudará a completar las solicitudes.
- b. El Hospital les informará a los pacientes de su derecho a hacer un plan de pago.
- c. El Hospital les informará a los pacientes de su deber de presentar toda la documentación requerida por el estado para la tramitación de solicitudes a programas de asistencia pública.
- d. El Hospital les informará a los pacientes de su deber de informarle al estado de cualquier cambio en su situación de elegibilidad, los ingresos del hogar y la responsabilidad de terceros.
- e. El Hospital les informará a los pacientes de su deber de llevar la cuenta de los deducibles del paciente y de presentarle documentación al Proveedor cuando se haya alcanzado el deducible.
- f. El Hospital le informará al paciente de su deber de informar a MassHealth o la oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) si el paciente ha estado involucrado en un accidente o si sufre de alguna enfermedad o lesión u otras pérdidas que den o puedan dar lugar a una demanda o reclamación a un seguro, y presentará una reclamación de compensación si hubiera lugar.
- g. El Hospital les informará a los pacientes de su deber de asignar a la Oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) el derecho a recuperar un importe igual al pago de la HSN que surja de cualquier reclamación o procedimiento contra terceros.
- h. El Hospital les informará a los pacientes de su deber de suministrar información sobre la demanda o cualquier otro procedimiento y de cooperar plenamente con la Oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) o su contratista.
- i. El Hospital les informará a los pacientes de su deber de notificar por escrito a la Oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) o a la agencia de MassHealth de cualquier

reclamación, acción civil o de otra índole en un plazo de diez días contados a partir de la fecha de dicha notificación.

- j. El Hospital les informará a los pacientes de su deber de devolverle a la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) el dinero recibido de terceros por todos los servicios elegibles prestados en o después de la fecha de un accidente o incidente, después de que se determine que es un Paciente de bajos ingresos para los fines de pago a la Red de seguridad de salud.
- k. El Hospital les informará a los pacientes que la oficina de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) recupera sumas directamente del paciente en tanto éste haya recibido pagos de terceros por la atención médica pagada por la Red de seguridad de salud o en la medida especificada en 101CMR 613.06(5).

Definiciones

Atención primaria o electiva

Atención médica que una persona o familia necesita que es apropiada para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. La atención primaria consiste en los servicios médicos que por lo general ofrecen médicos de cabecera o de familia, internistas generales, pediatras generales y profesionales de enfermería o asistentes médicos de atención primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados del departamento de emergencias de un hospital y excluye los servicios auxiliares y de maternidad.

Clínica satélite

Establecimiento que opera con licencia de hospital de enfermos agudos, está sujeto a la gestión fiscal, administrativa y clínica de un hospital de enfermos agudos, presta servicios exclusivamente ambulatorios, no está ubicado en el mismo sitio que el hospital de enfermos agudos, y cumple la definición de proveedor de 42 CFR 413.65.

Deuda incobrable

Cuenta por cobrar con base en servicios prestados a un paciente que se consideran incobrables, después de hacer gestiones de cobro razonables conforme a los requisitos de 101CMR 613; que se designan como pérdida de crédito; que no son la obligación de una unidad gubernamental ni del gobierno federal o estatal ni de ninguna de sus agencias; que no son servicios de salud reembolsables; y cuando no se trata de un paciente de bajos ingresos (Low Income Patient), tal como se define en las presentes normas.

Deuda incobrable por emergencias

La suma de deuda incobrable por servicios de emergencia que cumple los criterios establecidos en 114.6 CMR13.05.

Estado médico de emergencia

Una afección médica, ya sea física o mental, que cause síntomas graves como dolor fuerte y que, en la opinión de una persona prudente no experta y con un nivel promedio de conocimientos sobre salud y medicina, de no tratarse oportunamente pueda poner en grave peligro la salud del enfermo o de otra persona, causar un deterioro grave de sus funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o de una mujer embarazada, tal como se definen en 42 U.S.C.§1395dd(e)(1)(B).

EVS

Siglas en inglés de Eligibility Verification System, el sistema de verificación de elegibilidad de MassHealth

Medidas de cobranza

Cualquier actividad por medio de la cual el Hospital, sus entidades o un agente designado solicitan el pago de los servicios a un paciente o a la parte responsable. Las medidas de cobranza incluyen solicitar depósitos antes de una hospitalización o tratamiento, enviar facturas, cartas, hacer llamadas telefónicas, contactos personales y actividades de agencias de cobranza y abogados.

Paciente con seguro insuficiente

Paciente cuyo plan de seguro de salud (patrocinado o pagado por el paciente), no paga, ni en su totalidad ni en parte, servicios de salud elegibles para su pago por la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*), siempre que el paciente cumpla con los criterios de ingresos establecidos en 101 CMR 63.04.

Paciente de bajos ingresos

Una persona que cumple con los criterios establecidos en 101 CMR 613.04(1). Un paciente que cumple con los criterios financieros para recibir atención parcial o totalmente gratuita según la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) con base en sus ingresos y activos (para personas que viven en Massachusetts). Las personas que no cumplan los requisitos o no vivan en Massachusetts serán evaluadas según los criterios del programa de asistencia financiera complementaria de Lawrence General Hospital.

Paciente sin seguro

Paciente que vive en Massachusetts, no está cubierto por un seguro de salud (ni patrocinado ni pagado por el paciente) y no es elegible para un programa de asistencia médica. Paciente que tiene una póliza de seguro de salud o es miembro de un programa de seguro o beneficios que requiere que el paciente pague los deducibles o copagos, o que no cubra determinados servicios o procedimientos médicos, no se considera paciente sin seguro.

Programas de asistencia financiera

Un programa de asistencia financiera es uno que tiene por fin ayudar a los pacientes de bajos ingresos que no cuentan con los medios para pagar los servicios de atención médica. Dicha asistencia debe tener en cuenta la capacidad de cada persona de contribuir a sufragar el costo de su atención, incluyendo una revisión de todas las fuentes de ingresos de la familia y otros seguros. También se considera a pacientes que han agotado sus beneficios de seguro y/o que exceden los criterios de elegibilidad financiera, pero enfrentan gastos médicos extraordinarios. Un programa de asistencia financiera no reemplaza a los programas patrocinados por un empleador, ni a la asistencia financiera pública, ni al seguro comprado por una persona.

Los programas de asistencia pública del estado incluyen:

- Mass Health: un programa de seguro médico público para residentes de bajos ingresos de Massachusetts que cubre la totalidad o una parte de los servicios de salud.
- Connector Care: seguro médico para residentes de bajos ingresos de Massachusetts que no tienen seguro.
- CommonHealth: programa de MassHealth para adultos y niños con discapacidades administrado por la Agencia de MassHealth.
- Children's Medical Security Plan (CMSP): seguro de salud para residentes de Massachusetts que no tienen seguro, son menores de 19 años y cumplen los requisitos para MassHealth.
- Prescription Advantage: plan de seguro que les cubre los medicamentos recetados a las personas mayores o discapacitadas.
- Health Safety Net: programa para residentes de Massachusetts que no son elegibles para un seguro médico o no pueden pagar el costo de los servicios de salud.

Residente

Persona que vive en Massachusetts y tiene la intención de quedarse, tal como se define en 130 CMR 503.002(A) a (D). No se consideran residentes: (a) las personas que han venido a Massachusetts para recibir atención médica en un establecimiento diferente de un centro de enfermería y mantienen un domicilio fuera de Massachusetts; (b) las personas cuyo paradero se desconoce; o (c) los reclusos en establecimientos penitenciarios, salvo en las siguientes circunstancias:

1. Son pacientes de un establecimiento médico; o
2. Viven fuera de la institución penal, están en libertad vigilada o libertad condicional, cumplen arresto domiciliario y no regresan a la institución para pasar la noche.

Estar inscrito en un establecimiento de educación superior de Massachusetts o estar recluido en una institución médica de Massachusetts, con la excepción de un centro de enfermería, no es suficiente para ser considerados residentes.

Servicios de atención médica

Servicios a nivel de hospital (como paciente interno o ambulatorio) que es razonable esperar que prevengan, diagnostiquen, impidan el agravamiento, mitiguen, corrijan o curen problemas que ponen en peligro la vida humana, causan sufrimiento, dolor, deformidad física o mal funcionamiento, que tienen el potencial de causar o agravar una discapacidad, o causan una enfermedad o dolencia.

Servicios de atención urgente

Servicios médicamente necesarios proporcionados en un hospital de enfermos agudos o en un centro comunitario de salud tras la aparición repentina de un problema médico físico o mental que se manifiesta mediante síntomas agudos (como dolor intenso) y es de una gravedad tal que, a juicio de una persona común y prudente, si no son tratados por profesionales médicos en un plazo de 24 horas podrían poner en riesgo la salud del paciente, deteriorar su funcionamiento corporal o causar el mal funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo. Los

servicios de atención urgente se ofrecen para problemas que no ponen la vida en peligro ni representan un alto riesgo de daños graves a la salud de una persona. Los servicios de atención urgente no incluyen los servicios electivos ni los de atención primaria.

Servicios electivos

Servicios médicamente necesarios que no cumplen la definición de servicios de emergencia o urgentes. Normalmente, son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o un profesional de la salud (el hospital, un consultorio médico u otros).

Servicio médicamente necesario

Servicio que es razonable esperar que logre prevenir, diagnosticar, impedir el agravamiento, mitigar, corregir o curar problemas que ponen en peligro la vida; causan sufrimiento, dolor, deformidad física o mal funcionamiento; amenazan con causar o agravar una discapacidad; o causan una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios como paciente interno y ambulatorio autorizados por el título XIX de la Ley Federal de Seguro Social.

Terceros

Cualquier persona, entidad o programa que sea o pueda ser responsable del pago total o parcial del costo de los servicios médicos.

VIII. Archivos adjuntos/anexos

- 1) Señalización: publicados en inglés y español (ref. V. A.)
 - a) “Disponibilidad de asistencia financiera y de programas de asistencia pública”
 - b) “Disponibilidad de asistencia financiera y de programas de asistencia pública”

- 2) Formulario de autorización de MassHealth para compartir información (*Permission to Share Information* o PSI, en inglés)
 - a) Inglés
 - b) Español

- 3) Acuerdo de plan de pago y descuento para personas sin seguro
 - a) Inglés
 - b) Español

- 4) Formulario de certificación de ingresos y descuento para personas sin seguro
 - a) Inglés
 - b) Español

- 5) Desglose de cargos al paciente (frente y dorso)

- 6) Estados de cuenta para pacientes con seguro 1, 2, 3 (frente y dorso)

- 7) Estados de cuenta para pacientes que pagan por cuenta propia 1, 2, 3 (frente y dorso)

- 8) Aviso final al paciente (frente y dorso)

- 9) Pautas de pobreza de Massachusetts, 2016

- 10) Folleto del programa de asistencia financiera
 - a) Inglés
 - b) Español