

Lawrence General Hospital

Normas de asistencia financiera para los servicios de atención médica

Introducción

Estas normas se aplican a Lawrence General Hospital (“el Hospital”) y a los sitios y proveedores específicos que se indican en este documento.

El Hospital es el principal proveedor de atención médica a todas las personas, que se presentan en sus instalaciones y filiales, independientemente de su capacidad de pago. El Hospital ofrece sus servicios a **todos** los pacientes que acuden a nuestro establecimiento 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 su atención.

El Hospital ayudará a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar cobertura de la atención por medio de un programa de asistencia pública o del programa de asistencia financiera del Hospital (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*), y trabajará con las personas para que se inscriban según corresponda. La asistencia para estos programas se determina examinando, entre otros datos, los ingresos del hogar, los bienes, el tamaño de la familia, los gastos y las necesidades médicas de una persona.

Aunque el Hospital ayuda a los pacientes a obtener cobertura de la atención médica por medio de programas públicos y de asistencia financiera de otras fuentes cuando es apropiado, incluso del Hospital, el Hospital también puede tener la obligación de facturar y cobrar cargos específicos que pueden incluir, pero no se limitan a los copagos, deducibles y depósitos que correspondan y otras sumas que el paciente reconozca como su responsabilidad. El Hospital les recomienda a los pacientes que se pongan en contacto con nuestros asesores financieros cuando se registren para recibir servicios o cuando reciban una factura, para determinar si ellos o un familiar necesitan y cumplen los requisitos para recibir ayuda financiera.

En su trabajo con los pacientes para encontrar programas de asistencia pública o cobertura por medio de la asistencia financiera del Hospital, 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, en lo relacionado con la obtención y verificación de información financiera, los depósitos previos a una hospitalización o tratamiento, los planes de pago, las internaciones diferidas o rechazadas, la determinación de que el paciente reúne los requisitos para ser considerado de bajos ingresos según el sistema de elegibilidad del Conector de salud (*Health Connector*) de Massachusetts o la certificación de la información para dicha determinación. Como tal, estas normas han sido revisadas y aprobadas por:

- *El director ejecutivo, el director financiero, el Comité de Finanzas de la Junta Directiva y la Junta Directiva.*

Aunque comprendemos que la situación financiera de cada persona es única, la información y la asistencia relacionada con la elegibilidad para programas de asistencia pública o la cobertura a través del programa de asistencia financiera del Hospital pueden obtenerse comunicándose con el personal del Hospital:

- *Los asesores financieros están disponibles para hablar con los pacientes en la Oficina de Admisiones de la sede principal del Lawrence General Hospital, situada en 1 General Street, Lawrence MA 01841. El número de teléfono es 978-683-4000, extensiones 2069, 2174, 2820 y 2833. El horario de atención al público es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.*

En el sitio web del Lawrence General Hospital hay más información acerca de estas normas y el programa de asistencia financiera del Hospital, incluyendo el formulario de solicitud y un resumen de las normas en lenguaje sencillo:

- ***lawrencegeneral.org***

Las medidas que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen en las Normas de facturación y cobranza. El público puede obtener una copia gratuita de dichas Normas de facturación y cobranza:

- *Las copias se podrán obtener en el sitio web del Hospital, lawrencegeneral.org. Los asesores financieros, que se encuentran en la sede principal del Hospital, también pueden entregar copias de este documento.*

I. Cobertura de los servicios de salud médicamente necesarios

El Hospital ofrece servicios médicamente necesarios, para la salud física y del comportamiento, a todos los pacientes que acudan a una dependencia del Hospital sin importar su capacidad de pago. Los servicios médicamente necesarios incluyen aquellos que es razonable esperar que prevengan, diagnostiquen, impidan el agravamiento, mitiguen, corrijan o curen problemas que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento, dolor, deformidad física o mal funcionamiento, tengan el potencial de causar o agravar una discapacidad o causen una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios para pacientes internos y ambulatorios autorizados por el título XIX de la Ley Federal de Seguro Social.

El profesional médico tratante determina el tipo y el nivel de la atención y el tratamiento que sean necesarios para cada paciente de acuerdo a sus síntomas clínicos y las normas aplicables de la práctica. El Hospital cumple con los requisitos federales de tratamiento médico de emergencia y del trabajo de parto activo (*Emergency Medical Treatment and Active Labor, EMTALA*) haciendo una evaluación de los pacientes que acuden a una de sus dependencias en busca de atención de emergencia para determinar si se trata de un problema médico de emergencia.

La clasificación de los servicios como emergencia o no se basa en las siguientes definiciones generales y en la determinación del médico tratante. El Hospital también utiliza las siguientes definiciones del carácter urgente o de emergencia de los servicios para determinar qué parte de la deuda incobrable por servicios de emergencia o urgencia están cubiertos por el programa de asistencia financiera del Hospital, incluyendo la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*).

A. Servicios de atención de emergencia y de urgencia

Todo paciente que se presente en un hospital solicitando asistencia de emergencia será evaluado de acuerdo a sus síntomas clínicos, independientemente de su identificación, cobertura del seguro o capacidad para pagar. El Hospital no hará nada para desaconsejar la búsqueda de atención médica de emergencia, como exigir que el paciente pague antes de recibir tratamiento para problemas médicos de emergencia, o interferir con la evaluación o prestación de atención médica de emergencia para hablar primero del programa de asistencia financiera del Hospital o de la elegibilidad del paciente para programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen tratamiento para:
 - i. Una mujer embarazada, o una persona con una afección médica, ya sea física o mental, que cause síntomas suficientemente 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 podría 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, tal como se define en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. Según los requisitos federales, la ley EMTALA se aplica a cualquier persona que acuda a una dependencia del Hospital para solicitar un examen o tratamiento de emergencia (como se define anteriormente) o que entre 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 por un problema médico de emergencia sin cita previa y al mismo tiempo se presenten en otra unidad, clínica u otra zona auxiliar de pacientes internos o ambulatorios, también serán evaluados y posiblemente trasladados a un lugar más apropiado para un examen y una evaluación médica de emergencia de acuerdo con 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 le proporcionarán al paciente y se considerarán atención de nivel de emergencia. El profesional clínico u otro personal médico cualificado del Hospital son quienes determinan si existe una emergencia médica, lo cual se documenta en la historia clínica del Hospital.
- b. Los servicios de atención de urgencia incluyen el tratamiento de lo siguiente:
 - i. Servicios médicamente necesarios proporcionados en un hospital de enfermos agudos 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 el 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 riesgo alto de daños graves a la salud de una persona. Los servicios de atención urgente no incluyen los servicios electivos ni los de atención primaria.

B. Servicios que no son de emergencia ni de urgencia:

En los casos en que (1) el profesional clínico tratante determine que un paciente no necesita atención de emergencia o urgencia o en que (2) el paciente busque atención médica y tratamiento después de la estabilización de una emergencia médica, el Hospital podría considerar que se trata de servicios de atención primaria o electivos.

- a. Los servicios de atención primaria o electivos incluyen los que no son urgentes o de emergencia y una persona o familia los necesita para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Normalmente, estos servicios son citas o procedimientos médicos o de salud conductual programados con antelación o el mismo día, por el paciente o el médico, en una dependencia del Hospital, incluyendo, pero sin limitarse a su sede principal o a una filial externa, así como el consultorio de una práctica médica, una clínica o un centro comunitario de salud afiliados. La atención primaria consiste en los servicios médicos que habitualmente ofrecen médicos generales, médicos de cabecera o de familia, internistas generales, pediatras generales y profesionales de enfermería o asistentes médicos de un servicio de atención primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados del departamento de emergencias de un hospital de enfermos agudos y excluye los servicios auxiliares y de maternidad.
- b. Los servicios de salud que no son de emergencia o de urgencia (es decir, los de atención primaria o electivos) pueden retrasarse o aplazarse en consulta con el personal clínico del Hospital y con el profesional de atención primaria o el médico tratante del paciente si estuvieran disponibles y fuera apropiado. El Hospital puede negarse a proporcionar servicios que no sean de emergencia o urgencia si un paciente está médicamente estable y el Hospital no logra obtener del paciente, o de otras fuentes, información sobre la fuente de pago o la elegibilidad para seguros de salud públicos o privados que cubran el costo de dichos servicios. La cobertura de los servicios médicos y de salud conductual se determina y explica en la sección de necesidad médica de los manuales de las compañías de seguros públicas y privadas. Aunque el Hospital intentará determinar la cobertura con base en la cobertura del seguro del paciente conocida y disponible, podría facturarle al paciente si los servicios no son reembolsables y el paciente lo ha aceptado.
- c. La cobertura de un programa de asistencia financiera público, privado o del Hospital podría no aplicarse a determinados procedimientos electivos o de atención primaria que no son reembolsables por tales opciones de cobertura. Si el paciente no sabe si un servicio está cubierto, debe comunicarse con los asesores financieros del Hospital, que atienden en 1 General Street, Lawrence, MA 01841, para averiguar las opciones de cobertura disponibles.

C. Dependencias del Hospital que ofrecen servicios médicamente necesarios y están cubiertos por las normas de asistencia financiera:

Las Normas de asistencia financiera del Hospital rigen las siguientes dependencias en las que los pacientes también pueden obtener información sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública:

- *Hospital LGH*
 - *Sede principal, 1 General Street, Lawrence, MA 01841*
 - *Andover Medical Center, 323 Lowell Street, Andover, MA 01810*
 - *140 Haverhill Street, Andover, MA 01810*
 - *YMCA, 165 Haverhill Street, Andover, MA 01810*
- *Community Medical Associates – prácticas ubicadas en:*
 - *Marston Medical Building, 25 Marston Street, Lawrence, MA 01841*
 - *Doctors Park II, 138 Haverhill Street, Andover, MA 01810*
 - *YMCA, 165 Haverhill Street, Andover, MA 01810*

Además, las Normas de asistencia financiera del Hospital cubren los servicios de emergencia, urgencia y atención primaria proporcionados por los siguientes departamentos y proveedores de las dependencias del Hospital indicadas anteriormente:

Anestesia
Centro bariátrico y para el control del peso
Tratamiento del cáncer
Centro Cardíaco
Diabetes y Nutrición
Centro de Emergencias
Servicios de Endoscopia
Hospitalistas
Estudios por Imágenes y Radiología
Unidad de Cuidados Intensivos
Unidades y pisos de pacientes hospitalizados
Servicios de Infusión
Servicios de Laboratorio
Salud Materno-Infantil
Clínica MITS (Cirugía Torácica Mínimamente Invasiva)
Salud Ocupacional
Servicios Ambulatorios
Cuidados Paliativos
Servicios de Pediatría
Unidad de Cuidados Postanestesia
Servicios de Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y el lenguaje
Servicios para familias en crecimiento
Centro del Sueño
Sala de Cuidados Especiales para Recién Nacidos
Cirugía
Clínica de Cirugía Torácica
Estudios de la Mujer por Imágenes
Community Medical Associates – Médicos de atención primaria

Los médicos de emergencias, urgencias y atención primaria que son proveedores independientes no empleados por el Hospital y facturan y cobran honorarios profesionales asociados con dichos servicios, no están cubiertos por las Normas de asistencia financiera del LGH, como sigue:

Andover Surgical Group
Andover OB/Gyn
Associates in Orthopedics
Associates in Cardiology
Beth Israel Deaconess Medical Center\Harvard Faculty Medical Practice
Boston Children's Hospital
Center for Behavioral Medicine
Floating Hospital for Children at Tufts Medical Center
Greater Lawrence Family Health Center
L&M Radiology
Lahey Hospital
Lahey Behavioral Health
Lawrence Anesthesia Services
Mass General Hospital
Mass General Physician Organization
Mass General Hospital for Children
Merrimack Valley Pulmonology Associates
Muto Surgical

New England Cardiology
New England ENT (previously Andover ENT)
New England Neurological
Neurocare
Northeast Urological Surgery
Patient First Pathology
Pentucket Medical Associates
Pratt Pediatrics\Tufts Medical Center
Orthopedics Northeast
SMG General Surgery
Tufts Medical Center
Vascular and Vein Associates
Dr. Ali Mobayen, OB\Gyn
Dr. William Cook, General Surgery

Programas de asistencia pública y de asistencia financiera del Hospital

A. Descripción general de la cobertura de salud y los programas de asistencia financiera

Los pacientes del Hospital pueden ser elegibles para recibir servicios de atención médica gratuitos o a un costo reducido por medio de diferentes programas de asistencia pública del estado, o por medio de los programas de asistencia financiera del hospital (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). El propósito de estos programas es ayudar a los pacientes de bajos ingresos teniendo en cuenta la capacidad de cada persona de contribuir a sufragar el costo de su atención. Si un paciente no tiene seguro médico o tiene una cobertura insuficiente, el Hospital, cuando se le solicite, le ayudará a presentar solicitudes de cobertura por medio de programas de asistencia pública o de asistencia financiera del Hospital que cubran una parte o la totalidad de las facturas hospitalarias adeudadas.

B. Programas de asistencia pública del estado

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en programas estatales de cobertura de salud. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector y el Children's Medical Security Program. Los solicitantes pueden presentar su solicitud a estos programas en un sitio web (ubicado centralmente en el sitio web del Conector de salud o Health Connector), completando una solicitud en papel o llamando por teléfono a un representante del servicio de atención al cliente de MassHealth o del Conector de salud. Los pacientes también pueden pedir ayuda a los asesores financieros del Hospital (también denominados consejeros certificados para llenar solicitudes) para presentar la solicitud en papel o a través del sitio web.

C. Asistencia financiera del Hospital

El Hospital también les ofrece asistencia financiera a los pacientes cuyos ingresos no les permiten pagar los servicios prestados total o parcialmente. Los pacientes que residen en Massachusetts o en el área de servicio del Hospital tal vez tengan que completar la solicitud de Medicaid del estado o la cobertura subsidiada de un seguro de salud antes de solicitar la cobertura de una de las opciones de asistencia financiera del Hospital. Los pacientes que reúnan los requisitos son elegibles para la asistencia financiera del Hospital de acuerdo a los siguientes criterios:

C.1 Asistencia financiera del Hospital por medio de Health Safety Net

A través de su participación en la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) de Massachusetts, el Hospital ofrece asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente que residen en Massachusetts y cumplen los requisitos de ingresos. Health Safety Net fue creada para distribuir más equitativamente el costo de prestar atención no compensada a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente brindando atención gratuita o con descuento en hospitales para enfermos agudos de Massachusetts. El fondo común para la asistencia médica no compensada de Health Safety Net se logra evaluando a cada hospital para que cubra los costos de atender a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente con ingresos inferiores al 300% del nivel federal de pobreza. La política del Hospital es que todos los pacientes que reciben ayuda financiera conforme a lo dispuesto en sus Normas de asistencia financiera, incluyan los servicios de Health Safety Net como parte de la asistencia médica no compensada proporcionada a pacientes de bajos ingresos.

Por medio de su participación en la Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos atendidos en el Hospital pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera, incluyendo atención total o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de la Health Safety Net definidos en 101 CMR 613:00.

(a) Cobertura primaria de la Red de seguridad de salud (Health Safety Net - Primary)

Los pacientes no asegurados que residan en Massachusetts y cuyos ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos familiares por dificultad médica (*Medical Hardship*), como se describe en 101 CMR 613.04(1), y que estén entre el 0 y el 300% del nivel federal de pobreza podrían ser elegibles para ciertos servicios de Health Safety Net.

El período de elegibilidad y el tipo de servicios de *Health Safety Net - Primary* se limita a los pacientes elegibles para inscribirse en el programa de asistencia con el pago de la prima (*Premium Assistance Payment Program*) operado por el Conector de salud (*Health Connector*) tal como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de salud estudiantil (*Student Health Program*) de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para la cobertura de *Health Safety Net - Primary*.

(b) Cobertura secundaria de la Red de seguridad de salud (Health Safety Net - Secondary)

Los pacientes que residan en Massachusetts con seguros de salud primario e ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship*), como se describe en 101 CMR 613.04(1), del 0 al 300% del nivel federal de pobreza, podrían ser elegibles para los servicios de la Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios de *Health Safety Net - Secondary* se limita a los pacientes elegibles para inscribirse en el programa de asistencia con el pago de la prima (*Premium Assistance Payment Program*) operado por el Conector de salud (*Health Connector*), tal como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de salud del estudiante (*Student Health Program*) de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para la cobertura de *Health Safety Net - Primary*.

(c) Deducibles parciales de la cobertura de la Red de seguridad de salud (Health Safety Net - Partial Deductibles)

Los pacientes que reúnen los requisitos para la cobertura de *Health Safety Net Primary* o *Health Safety Net - Secondary* 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*) de entre el 150,1% y el 300% del nivel federal de pobreza podrían estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del grupo familiar de facturación de la prima (*Premium*

Billing Family Group, PBFG) tienen ingresos que exceden el 150,1% del nivel federal de pobreza. Este grupo se define en 130 CMR 501.0001.

Si los ingresos de cualquier persona del PBFG son inferiores al 150,1% del nivel federal de pobreza, no se le aplica el deducible a ningún miembro. El deducible anual es la mayor de las sumas siguientes:

1. El programa de asistencia con el pago de la prima más económico operado por el Conector de salud (*Health Connector*), ajustado según el tamaño del PBFG y en proporción a las normas del nivel federal de pobreza de MassHealth, a partir del comienzo del año calendario; o
2. El 40% de la diferencia entre los ingresos familiares brutos ajustados (MAGI, por sus siglas en inglés) de Mass Health más bajos o los ingresos familiares contables por dificultad médica (*Medical Hardship Family Countable*), como se describe en 101 CMR 613.04 (1), en el PBFG del solicitante y el 200% del nivel federal de pobreza.

(d) Health Safety Net - Dificultades médicas (Medical Hardship)

Un residente de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos podría ser elegible para la categoría de Dificultad médica (*Medical Hardship*) por medio de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) si sus gastos médicos permitidos han agotado sus ingresos contables al punto de que es incapaz de pagar los servicios de salud. Para ser elegible para la categoría de Dificultad médica (*Medical Hardship*), los gastos médicos permitidos del solicitante deben superar un porcentaje especificado de sus ingresos contables, como se define en 101 CMR 613 y a continuación:

Nivel de ingresos	Porcentaje de los ingresos contables
0 - 205% del nivel federal de pobreza	10%
205,1 - 305% del nivel federal de pobreza	15%
305.1 - 405% del nivel federal de pobreza	20%
405,1 - 605% del nivel federal de pobreza	30%
>605,1% FPL	40%

La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado de ingresos contables definido en 101 CMR 613.05(1)(b), sobre la base de los ingresos familiares, teniendo en cuenta la Dificultad Médica (*Medical Hardship*) y el nivel federal de pobreza, multiplicado por los ingresos contables reales, y sustrayendo las facturas no elegibles para el pago de la *Health Safety Net*, que siguen siendo responsabilidad del solicitante. Los otros requisitos para la categoría de Dificultad médica (*Medical Hardship*) se especifican en 101 CMR 613.05.

C.2. Asistencia financiera adicional del Hospital

Además de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*), el Hospital ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplen los criterios indicados a continuación. El propósito de esta asistencia financiera es complementar y no sustituir otra cobertura de servicios a fin de asegurar que cuando sea necesaria, la ayuda financiera se brinde. El Hospital, tal como lo disponen sus Normas de asistencia financiera, no negará ayuda financiera por el hecho de que un solicitante no presente información o documentación, a menos que dicha información o documentación se explique en el formulario de solicitud y sea necesaria para la determinación de elegibilidad.

- *El Hospital podría proporcionar atención gratuita o con descuentos a pacientes sin seguro que no reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera a través de un programa de asistencia federal o estatal. El Hospital tiene Normas de crédito y cobranza que explican estas reglas.*
- *Los pacientes sin seguro cuyos ingresos familiares sean del 300% de las pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG), o por debajo de ese nivel, pueden recibir asistencia financiera.*

- *La elegibilidad se determina según los ingresos familiares del paciente.*

D. Limitaciones a los cargos

El hospital no le cobrará a ninguna persona elegible para recibir asistencia según sus Normas de asistencia financiera, la atención de emergencia y medicamento necesaria más que la “cantidad facturada generalmente” (*amount generally billed, AGB*) a quienes tienen seguro para tal atención. Para este propósito, la “cantidad facturada generalmente” se determina mediante el siguiente método:

- *Los cargos de pago por servicio prestados de Medicare con base en los antecedentes o en un período de 12 meses de reclamaciones pagadas, en el caso de los pacientes cubiertos por el programa Medicare, obtenidos del “Medicare Provider Statistical and Reimbursement Report” (informe “PS&R”).*

Las “cantidades facturadas generalmente”, expresadas como un porcentaje de los cargos brutos de cada hospital, como sigue:

- *En el caso de los pacientes elegibles para recibir ayuda financiera, el Hospital reducirá los cargos en un 55%, que es el porcentaje de descuento AGB actual.*

El Hospital le cobrará el resto de la atención, a cualquier persona elegible para recibir ayuda según sus Normas de asistencia financiera, un importe menor al costo bruto de tales servicios.

E. Avisos y solicitud de asistencia financiera del Hospital y de programas de asistencia pública

E.1 Avisos de disponibilidad de asistencia financiera del Hospital y opciones de asistencia pública

Si una persona no tiene seguro médico o tiene una cobertura insuficiente, el Hospital le ayudará a presentar solicitudes a programas de asistencia pública o de asistencia financiera del Hospital que cubran una parte o el total del adeudo de las facturas hospitalarias. A fin de ayudar a las personas sin seguro y con seguro insuficiente a encontrar opciones disponibles y apropiadas, el Hospital les proporcionará a todas las personas un anuncio general sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública y financiera en el momento de su registro inicial para recibir servicios en una dependencia del Hospital, en todas las facturas enviadas a un paciente o garante, y cuando el proveedor sea notificado o se entere, por su propia diligencia debida, de un cambio en la elegibilidad del paciente para la cobertura de un seguro público o privado.

Además, el hospital también coloca avisos generales en zonas de prestación de servicios donde haya un mostrador de registro (incluyendo, pero sin limitarse a los departamentos de pacientes internados, ambulatorios, de emergencias y centros de salud comunitarios afiliados), en las oficinas de los consejeros certificados para llenar solicitudes (*Certified Application Counselor* o CAC) y en oficinas generales a las que habitualmente acuden pacientes (por ejemplo, Admisiones, zonas de registro y oficinas de servicios financieros para pacientes abiertas al público). El anuncio general le informará al paciente de la disponibilidad de programas de asistencia pública y de asistencia financiera del Hospital (incluyendo a MassHealth, el programa de ayuda con el pago de la prima operado por Children’s Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship), y de los lugares del hospital y los números de teléfono donde se puede programar una cita con un consejero certificado para llenar solicitudes. El objetivo de estos avisos es ayudar a las personas a solicitar la cobertura dentro de uno o más de estos programas.

E.2. Solicitud de asistencia financiera del Hospital y de programas de asistencia pública

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa de asistencia pública. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el

Health Connector y el Children's Medical Security Program. Sobre la base de la información suministrada por el paciente, el Hospital también identificará opciones de cobertura disponibles por medio de su programa de asistencia financiera, que incluyen los programas de la Red de seguridad de Salud (*Health Safety Net*) y por Dificultad médica (*Medical Hardship*).

Para todos los programas, salvo el de Dificultad médica (*Medical Hardship*), los solicitantes pueden presentar una solicitud en un sitio web (ubicado centralmente en la página web del Conector de salud o *Health Connector*), completando una solicitud en papel o llamando por teléfono a un representante del servicio de atención al cliente de MassHealth o del Conector de salud. Los pacientes también pueden pedir la colaboración de los consejeros certificados para llenar solicitudes del Hospital, ya sea para presentar la solicitud en papel, o a través del sitio web.

En caso de Dificultad médica (*Medical Hardship*), el hospital colaborará con el paciente para determinar si este programa es el indicado y presentar una solicitud de asistencia por Dificultad médica a la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*). El paciente tiene la obligación de dar toda la información necesaria solicitada por el Hospital en un período apropiado para asegurar que el Hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente entrega toda la información a tiempo, el Hospital procurará presentar la solicitud completa y total dentro de un plazo de cinco (5) días laborables contados a partir de la fecha de recepción de toda la información necesaria solicitada. Si la solicitud completa y total no se presenta dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de toda la información necesaria, no se podrán tomar medidas para cobrarle al paciente las facturas elegibles para el beneficio por Dificultad médica (*Medical Hardship*).

El Hospital también puede ayudar a los pacientes a inscribirse en la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) siguiendo un proceso de determinación presuntiva, que establece un período de elegibilidad limitado. Este proceso es realizado por el Hospital y el personal del centro comunitario de salud, quienes, sobre la base de la certificación de la información financiera por el paciente, considerarán que cumple con la definición de persona de bajos ingresos y tendrá cobertura solamente para los servicios de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*). La cobertura comenzará en la fecha en la que el proveedor haga la determinación y hasta el final del mes siguiente al que se realice la determinación presuntiva. Sin embargo, la cobertura podría rescindirse antes si el paciente presenta una solicitud completa como se describe anteriormente.

Para la asistencia financiera prestada a través del Hospital, la siguiente documentación:

- *Certificación de verificación de ingresos*

El Hospital, tal como lo disponen sus Normas de asistencia financiera, no negará ayuda financiera por falta de información o documentación, a menos que dicha información o documentación se explique en dicha Normas o en el formulario de solicitud.

E.3 Función del asesor financiero del Hospital

El Hospital ayudará a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar cobertura de la atención por medio de un programa de asistencia pública (incluyendo, pero sin limitarse a MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector y Children's Medical Security Program) y trabajará con las personas para que se inscriban según corresponda. El Hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del Hospital, que incluye la cobertura por medio de la Red de seguridad de salud (*Health Safety Net*) y por Dificultad médica (*Medical Hardship*).

El Hospital:

- a) dará información sobre todos los programas, incluyendo MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Conector de salud (*Health Connector*), Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship;
- b) ayudará a las personas a llenar solicitudes de cobertura nueva y de renovación de una cobertura existente;
- c) colaborará con los pacientes para obtener toda la documentación requerida;
- d) presentará solicitudes y renovaciones (junto con toda la documentación requerida);
- e) interactuará, cuando corresponda y según lo permitan las limitaciones del sistema actual, con los programas para averiguar el estado de dichas solicitudes y renovaciones;
- f) ayudará a facilitar la inscripción de los solicitantes y beneficiarios en programas de seguros;
- y
- g) ofrecerá y brindará ayuda para el registro de votantes.

El Hospital le informará al paciente de su obligación de darle al Hospital y a la agencia estatal correspondiente información correcta y oportuna sobre su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si tuviera uno), opciones de cobertura por un seguro actual (por ejemplo, de propietario de una casa o de un vehículo de motor, o de responsabilidad civil, entre otros) que puedan pagar el costo de la atención recibida, así como sobre otros recursos financieros, de ciudadanía y residencia. Esta información se le entregará al estado como parte de la solicitud a un programa de asistencia pública, a fin de determinar la cobertura de los servicios prestados.

Si la persona o su garante no pudieran dar la información necesaria, el Hospital puede (si el paciente lo solicita) hacer esfuerzos razonables para obtener información adicional de otras fuentes. Estos esfuerzos también incluyen colaborar con las personas, cuando lo soliciten, para determinar si una factura de servicios debería enviarse a la persona para ayudarlo a cumplir con el deducible. Esto ocurrirá cuando la persona programe sus servicios, durante el registro previo, la admisión al hospital, el alta o por un período de tiempo razonable después del alta del hospital. La información que el consejero certificado para llenar solicitudes obtenga se mantendrá conforme a las leyes federales, estatales y de privacidad y seguridad aplicables.

El Hospital también notificará al paciente durante el proceso de solicitud acerca de su responsabilidad de informar tanto al Hospital como a la agencia estatal que ofrece la cobertura de los servicios de salud de cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar las reclamaciones; esto incluye la póliza de seguro como propietario de una casa o automóvil u otros seguros de responsabilidad civil. Si el paciente presenta una reclamación o demanda contra terceros, el consejero certificado para llenar solicitudes notificará al paciente de su obligación de informárselo al proveedor y al programa del estado en un plazo de 10 días de tales acciones. También se le informará al paciente que debe reembolsar a la agencia estatal apropiada el importe de la atención médica cubierta por el programa estatal si se recuperara algo con la reclamación, o asignará derechos al estado para permitir que recupere la cantidad correspondiente.

Cuando la persona se comunique con el Hospital, el Hospital intentará determinar si reúne los requisitos para un programa de asistencia pública o por medio del programa de asistencia financiera del Hospital. Una persona inscrita en un programa de asistencia pública puede reunir los requisitos para ciertos beneficios. Las personas también pueden reunir los requisitos para recibir asistencia adicional dependiendo del programa de asistencia financiera del Hospital y de sus ingresos documentados y gastos médicos permitidos.