

Sistema de Salud de MerrimackHealth

Póliza de asistencia financiera para servicios de salud

Introducción

Esta póliza se aplica a MerrimackHealth de los campus de Lawrence, Methuen y Haverhill (“el sistema de salud”) y a los lugares y proveedores específicos que se identifican en ella.

“El Sistema de salud” es el proveedor principal de atención médica que proporciona la atención médicamente necesaria a todas las personas que acuden a sus instalaciones y sus otras ubicaciones, independientemente de su capacidad de pago. “El Sistema de salud” ofrece esta atención a todos los pacientes que acuden a nuestras instalaciones las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Por lo tanto, “el Sistema de salud” se compromete a brindar a todos nuestros pacientes atención y servicios de alta calidad. Como parte de este compromiso, “el Sistema de salud” trabaja con personas con ingresos y recursos limitados para encontrar opciones disponibles que cubran el costo de su atención médica.

“El sistema de salud” ayudará a las personas sin seguro médico o con seguro insuficiente a solicitar cobertura médica a través de un programa de asistencia pública o del programa de asistencia financiera “del hospital” (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, la Red de Seguridad de la Salud (Health Safety Net) y el programa de dificultad médica), y colaborará con las personas para que se inscriban según corresponda. La asistencia para estos programas se determina revisando, entre otros factores, los ingresos, el patrimonio, el tamaño de la familia, los gastos y las necesidades médicas del individuo.

Si bien “el sistema de salud” ayuda a los pacientes a obtener cobertura médica a través de programas públicos y asistencia financiera a través de otras fuentes, siempre que sea apropiado, incluido hospitales y “el sistema de salud”, también podría estar obligado a facturar y cobrar pagos específicos, que pueden incluir, entre otros, copagos, deducibles, depósitos y otros montos aplicables que el paciente acepta pagar. Al registrarse para recibir servicios o si recibe una factura, “el sistema de salud” recomienda a los pacientes que se comuniquen con nuestro equipo de asesoría financiera para determinar si ellos o un familiar necesitan y cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera.

Al colaborar con los pacientes para encontrar asistencia pública disponible o cobertura a través de la asistencia financiera “del sistema de salud”, éste no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad ni discapacidad en sus pólizas ni en la aplicación de las mismas. “El hospital” también colabora en lo que respecta a la obtención y verificación de información financiera, depósitos previos al ingreso o al tratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, determinación de que una persona cumple los requisitos para la condición de paciente con bajos ingresos según el sistema de elegibilidad de Massachusetts MassHealth/Connector o certificación de información para determinar la condición de paciente con bajos ingresos. Por lo tanto, esta póliza fue revisada y aprobada por:

- *El Director Ejecutivo, el Director Financiero, el Comité de Finanzas de la Junta Directiva y la Junta Directiva*

Si bien entendemos que cada persona tiene una situación financiera específica, podemos obtener información y asistencia sobre la elegibilidad para los programas de asistencia pública y/o la cobertura a través del programa de asistencia financiera “del sistema de salud”:

- *Los asesores financieros están disponibles para hablar con los pacientes y se encuentran en el campus de la oficina de admisiones de MerrimackHealth de Lawrence, ubicada en 1 General Street, Lawrence, MA 01841. El número de teléfono es 978-683-4000, extensiones 2069, 2174, 2820 ó 2833. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.*

Puede encontrar más información sobre esta póliza y el programa de asistencia financiera “del sistema de salud”, así como el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo sobre la póliza de asistencia financiera, en el sitio web “del sistema de salud”:

- ***merrimackhealth.org***

Las medidas que el hospital puede tomar en caso de impago se describen en la póliza de facturación y cobros del “sistema de salud” que se publica por separado. El público puede obtener una copia gratuita de dicha póliza:

- *Habrará copias disponibles en el sitio web “del sistema de salud”, merrimackhealth.org. También puede obtener los documentos a través de los asesores financieros ubicados en el campus del sistema de salud de Lawrence y Methuen.*

I. Cobertura de servicios necesarios de atención médica

“El sistema de salud” proporciona servicios que requieran atención médica y de salud del comportamiento a todos los pacientes que acuden a un hospital, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios médicamente necesarios incluyen aquellos que tienen una expectativa razonable de prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad o disfunción física, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, según lo autorizado por el Título XIX de la Ley del Seguro Social.

El profesional médico tratante determinará el tipo y el nivel de atención y tratamiento necesarios para cada paciente, basándose en sus síntomas clínicos y siguiendo las normas de práctica aplicables. “El sistema de salud” cumple con los requisitos de la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (*EMTALA, por sus siglas en inglés*), realizando un examen médico de detección a los pacientes que acuden a un hospital en busca de servicios de emergencia para determinar si existe una afección médica de emergencia.

La clasificación de los servicios de emergencia y no emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como en la determinación médica del profesional médico tratante. Las definiciones de servicios de atención de emergencia o urgencia proporcionadas a continuación son utilizadas por “el

sistema de salud” para los efectos de determinar la cobertura de deudas incobrables de emergencia y urgencia permitida bajo el programa de asistencia financiera “del sistema de salud”, incluido La Red de Seguridad de la Salud (Health Safety Net).

A. Servicios de emergencia y atención de urgencias

Todo paciente que se presente en un hospital solicitando asistencia de emergencia será evaluado según sus síntomas clínicos, sin importar su identificación, cobertura de seguro ni capacidad de pago. “El hospital” no realizará acciones que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia, tales como exigir que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia, ni interferir con la evaluación y la prestación de atención médica de emergencia consultando primero el programa de asistencia financiera “del sistema de salud” o la elegibilidad para programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen el tratamiento para:
 - i. Una afección médica, ya sea física o mental, que se manifieste con síntomas de suficiente gravedad, incluyendo dolor intenso, de modo que una persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina podría razonablemente esperar que la falta de atención médica inmediata ponga en grave peligro la salud de la persona o de otra persona, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o, en el caso de una mujer embarazada, como se define con más detalle en el Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC). § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. De acuerdo con los requisitos federales, la Ley de Atención Médica de Emergencia (EMTALA) se aplica a cualquier persona que se presente en un hospital solicitando un examen o tratamiento de emergencia (según se define líneas arriba) o que ingrese al servicio de urgencias solicitando un examen o tratamiento para una afección médica, con más frecuencia, las personas que se presentan sin cita previa al servicio de urgencias. Sin embargo, las personas que solicitan servicios por una afección médica de emergencia mientras se presentan en otra unidad de hospitalización/ambulatoria, clínica u otra área auxiliar también serán evaluadas y posiblemente transferidas a un lugar más adecuado para una evaluación médica de emergencia de acuerdo con EMTALA. Se proporcionará al paciente el examen y tratamiento para afecciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por EMTALA, la cual será considerada atención de emergencia. La determinación de que existe una afección médica de emergencia la realiza el médico tratante u otro personal médico calificado “del hospital”, según lo documentado en el expediente médico “del hospital”.
- b. Los servicios de atención de urgencias incluyen el tratamiento para lo siguiente:
 - i. Servicios médicamente necesarios prestados en un hospital de cuidados intensivos tras la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) *como para que una persona prudente considere que la falta de atención médica en un plazo de 24 horas podría poner en peligro la salud del paciente, afectar sus funciones corporales o causar disfunción de algún órgano o parte del cuerpo.* Los servicios de urgencia se proporcionan para afecciones que no ponen en peligro la

vida ni suponen un alto riesgo de daño grave para la salud. Los servicios de urgencia no incluyen atención primaria ni electiva.

B. Servicios no urgentes ni emergentes:

Para pacientes que (1) el profesional clínico tratante determine que se trata de un nivel de atención no urgente o (2) que buscan atención y tratamiento tras la estabilización de una afección médica de emergencia, “el sistema de salud” puede considerar que dicha atención es un servicio primario o electivo.

- a. Los servicios primarios o electivos incluyen la atención médica que no es de nivel de atención urgente ni de emergencia y que las personas o familias requieren para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Por lo general, estos servicios son procedimientos o consultas médicas o de salud del comportamiento programados con anticipación o para el mismo día por el paciente o por el profesional de la salud en una de las áreas “del hospital”, incluyendo, entre otros, el campus principal, un centro o ubicación distante, así como un consultorio médico, una clínica o un centro de salud comunitario afiliado. La atención primaria consiste en los servicios de atención médica que suelen prestar médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeros de atención primaria o auxiliares médicos en un servicio de atención primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados de un servicio de urgencias de un hospital de cuidados intensivos y excluye los servicios auxiliares y los servicios de maternidad.
- b. Los servicios de atención médica no urgentes ni emergentes (es decir, atención primaria o electiva) pueden retrasarse o diferirse según la consulta con el personal clínico del hospital, así como con el médico de cabecera o el proveedor de atención médica del paciente, si está disponible y es requerido. “El sistema de salud” también puede negarse a brindar servicios no urgentes ni emergentes a un paciente si éste se encuentra médicamente estable y no se puede obtener del paciente ni de otras fuentes, información sobre el pago o la elegibilidad de un seguro médico público o privado que cubra el costo de la atención no urgente ni emergente. La cobertura de los servicios de atención médica, incluyendo la salud del comportamiento, se determina y se describe en los manuales de necesidad médica y cobertura de las aseguradoras de salud públicas y privadas. Si bien el hospital intentará determinar la cobertura basándose en la cobertura del seguro médico disponible del paciente, podría facturarle si los servicios no son reembolsables y el paciente ha aceptado la facturación.
- c. La cobertura de un programa de asistencia financiera público, privado u hospitalario podría no aplicarse a ciertos procedimientos primarios o electivos que no son reembolsables por dichas opciones de cobertura. Si el paciente no está seguro de si un servicio no está cubierto, debe comunicarse con el personal de asesoría financiera del hospital, ubicado en el campus de Lawrence en 1 General Street, Lawrence, MA 01841 o en el campus de Methuen en 70 East Street Methuen, MA 01844 para determinar las opciones de cobertura disponibles.

C. Lugares del hospital que brindan servicios médicamente necesarios y están cubiertas por la póliza de asistencia financiera:

La póliza de asistencia financiera “del sistema de salud” cubre los siguientes lugares donde los pacientes también pueden obtener información sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública:

- *Sistema de salud MerrimackHealth de Lawrence*
 - *Campus 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 – Consultorios médicos ubicados 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, la póliza de asistencia financiera “del sistema de salud” cubre los servicios de atención primaria, urgente y emergente proporcionados por los proveedores dentro de los lugares “del sistema de salud” enumerados anteriormente y/o por los siguientes departamentos:

Anestesia
Centro bariátrico y de pérdida de peso
Atención oncológica
Centro cardíaco
Diabetes & nutrición
Centro de emergencias
Servicios de endoscopia
Hospitalistas
Radiología e imagen
Unidad de Cuidados Intensivos
Unidades de hospitalización
Servicios de infusión
Servicios de laboratorio
Salud Materno-Infantil
Clínica de Cirugía Torácica Mínimamente Invasiva (*MITS por sus siglas en inglés*)
Salud Ocupacional
Servicios ambulatorios
Cuidados paliativos
Servicios pediátricos
Unidad de Cuidados Postanestésicos
Servicios de Rehabilitación - Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del habla
Patología
Servicios para familias en crecimiento
Centro del Sueño
Cuidados especiales del recién nacido
Cirugía
Clínica de cirugía torácica
Estudios por imágenes para la salud de la mujer

Community Medical Associates – Médicos de atención primaria

Aquellos médicos de atención primaria, urgente y de emergencia que sean proveedores independientes y no empleados por “el sistema de salud” facturarán y cobrarán los honorarios por servicios profesionales asociados con estos servicios que no están cubiertos por la póliza de asistencia financiera del sistema MerimackHealth de la siguiente manera:

Andover Surgical Group
Andover OB\Gyn
Associates in Orthopedics
Associates in Cardiology
Boston Children’s Hospital
Center for Behavioral Medicine
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
Tufts Medical Center
Vascular and Vein Associates
Dr. Ali Mobayen, Ginecóloga
Dr. William Cook, Cirujano General

Programas de asistencia pública y asistencia financiera del “sistema de salud”

A. Resumen general de la cobertura médica y de los programas de asistencia financiera

Los pacientes del “sistema de salud” pueden ser elegibles para recibir servicios de atención médica gratuitos o con costo reducido a través de diversos programas estatales de asistencia pública, así como de los programas de asistencia financiera hospitalaria (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, la Red de Seguridad de Salud y el programa de dificultad médica). Estos programas están diseñados para ayudar a los pacientes de bajos

ingresos, considerando la capacidad de cada persona para contribuir al costo de su atención. Para las personas sin seguro médico o con seguro insuficiente, si lo piden, “el sistema de salud” les ayudará a solicitar cobertura a través de programas de asistencia pública o programas de asistencia financiera hospitalaria que pueden cubrir la totalidad o parte de sus facturas hospitalarias pendientes de pago.

B. Programas estatales de asistencia pública

“El sistema de salud” está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en los programas estatales de cobertura médica. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector y el Plan de Seguridad Médica Infantil. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar su solicitud a través de un sitio web en línea (ubicado en el sitio web estatal del Health Connector), a través de una solicitud en papel o por teléfono con un representante de servicio al cliente de MassHealth o de Connector. También pueden solicitar ayuda a los asesores financieros “del sistema de salud” (también llamados asesores certificados de solicitudes) para presentar la solicitud, ya sea a través del sitio web o mediante una solicitud impresa.

C. Asistencia Financiera del hospital

“El sistema de salud” también brinda asistencia financiera a pacientes cuyos ingresos demuestran la incapacidad de pagar la totalidad o parte de los servicios prestados. Es posible que se requiera que los pacientes residentes de Massachusetts o que se encuentren en el área de servicio “del sistema de salud” completen la solicitud de cobertura de Medicaid o un seguro médico subsidiado de su estado antes de buscar cobertura a través de las opciones de asistencia financiera del hospital. Los pacientes que califican son elegibles para la póliza de asistencia financiera “del sistema de salud” según los siguientes criterios:

C.1. Asistencia financiera hospitalaria a través de la Red de Seguridad de Salud

Mediante su participación en la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts, “el sistema de salud” brinda asistencia financiera a pacientes con bajos ingresos sin seguro médico o con seguro insuficiente, residentes de Massachusetts y que cumplen con los requisitos de ingresos. La Red de Seguridad de Salud se creó para distribuir de manera más equitativa el costo de la atención no remunerada a pacientes con bajos ingresos sin seguro médico o con seguro insuficiente, mediante atención gratuita o con descuento en los hospitales de cuidados intensivos de Massachusetts. La agrupación de la atención no remunerada de la Red de Seguridad de Salud se logra mediante una cuota a cada hospital para cubrir el costo de la atención para pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente con ingresos inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza. La póliza “del sistema de salud” es que todos los pacientes que reciben asistencia financiera bajo la póliza de asistencia financiera “del sistema de salud” incluyan los servicios de la Red de Seguridad de Salud como parte de la atención no remunerada brindada a pacientes con bajos ingresos.

A través de su participación en la Red de Seguridad de Salud, los pacientes con bajos ingresos que reciben servicios en “el sistema de salud” pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera, incluyendo atención gratuita o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de la Red de Seguridad de Salud, definidos en el Título 101 del Código de Regulaciones Médicas (CMR) 613:00.

(a) Red de Seguridad de Salud - Primaria

Los pacientes residentes de Massachusetts sin seguro médico y con ingreso familiar con ingresos brutos ajustados con modificaciones (*MAGI*, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos

familiares por dificultades médicas verificados, según se describe en el Título 101 del CMR 613.04(1), entre el 0 % y el 300 % del Nivel Federal de Pobreza (*FPL, por sus siglas en inglés*), pueden ser elegibles para los servicios elegibles de la Red de Seguridad de Salud.

El período de elegibilidad y el tipo de servicios para la Red de Seguridad de Salud - Primaria son limitados para los pacientes elegibles para la inscripción en el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, según se describe en el Título 101 del CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del programa de salud para estudiantes de la Ley General de Massachusetts (M.G.L. c. 15A, § 18) no son elegibles para la *Red de Seguridad de Salud - Primaria*.

(b) Red de Seguridad de Salud - Secundaria

Los pacientes residentes de Massachusetts con seguro médico principal e ingreso familiar con ingresos brutos ajustados con modificaciones (*MAGI, por sus siglas en inglés*) de MassHealth o ingresos familiares contables por dificultades médicas, según se describe en 101 CMR 613.04(1), entre el 0 % y el 300 % del FPL, pueden ser elegibles para los servicios elegibles de la Red de Seguridad de Salud. El período de elegibilidad y el tipo de servicios para la Red de Seguridad de Salud - Secundaria son limitados para los pacientes elegibles para la inscripción en el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, según se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del programa de salud para estudiantes de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para la *Red de Seguridad de Salud - Primaria*.

(c) Red de Seguridad de Salud - Deducibles Parciales

Los pacientes que califican para la Red de Seguridad de Salud Primaria o la Red de Seguridad de Salud Secundaria con un ingreso familiar con ingresos brutos ajustados (MAGI) de MassHealth o un ingreso familiar contable por dificultades médicas entre el 150.1% y el 300% del Nivel de Pobreza Federal (*FPL, por sus siglas en inglés*) podrían estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del grupo familiar de facturación de primas (*PBFG, por sus siglas en inglés*) tienen ingresos superiores al 150.1% del FPL. Este grupo se define en el Título 130 del Código de Regulaciones de California (CMR) 501.0001.

Si algún miembro del grupo familiar de facturación de primas (PBFG) tiene un Nivel de Pobreza Federal (FPL) inferior al 150.1%, no hay deducible para ningún miembro del PBFG. El deducible anual es equivalente a la cantidad mayor de:

1. la prima más baja del programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, ajustada al monto del grupo familiar de facturación de primas (PBFG) en proporción a los estándares de ingresos del Nivel de Pobreza Federal (FPL) de MassHealth, al inicio del año calendario; o
2. el 40% de la diferencia entre el ingreso familiar con ingresos brutos ajustados (MAGI) de MassHealth más bajo o el ingreso familiar contable por dificultades médicas, según se describe en 101 CMR 613.04(1), en el grupo familiar de facturación de primas (PBFG) del solicitante y el 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL).

(d) Red de Seguridad de Salud - Dificultades Médicas

Un residente de Massachusetts, independientemente de su ingreso, puede calificar para *el programa de dificultades médicas* a través de la Red de Seguridad de Salud si los gastos médicos permitidos han reducido sus ingresos contables de tal manera que no puede pagar los servicios de salud. Para calificar para dificultades médicas, los gastos médicos permitidos del solicitante deben exceder un porcentaje específico del ingreso contable del solicitante definido en 101 CMR 613 de la siguiente manera:

Nivel de ingreso	Porcentaje de ingreso contable
0 - 205% FPL	10%
205.1 - 305% FPL	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605% FPL	30%
>605.1% FPL	40%

La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado de los ingresos contables en 101 CMR 613.05(1)(b), basado en el Nivel de Pobreza Federal (FPL) de la familia con dificultades médicas multiplicado por los ingresos contables reales, menos las facturas no elegibles para el pago de la Red de Seguridad de Salud, de las cuales el solicitante seguirá siendo responsable. Los requisitos adicionales para el programa de dificultades médicas se especifican en 101 CMR 613.05.

C.2. Asistencia financiera adicional “del sistema de salud”

Además de la Red de Seguridad de Salud, “el hospital” ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplen con los criterios que se describen a continuación. Esta asistencia financiera complementa y no reemplaza la cobertura de otros servicios para garantizar que se brinde cuando sea necesario. “El hospital” no denegará asistencia financiera, según su póliza, por falta de información o documentación del solicitante, a menos que dicha información o documentación se describa en el formulario de solicitud y sea necesaria para la determinación de la asistencia financiera.

- *“El sistema de salud” puede brindar atención gratuita o con descuento a pacientes que puedan calificar para la categoría de pacientes sin seguro médico y que no califiquen para recibir asistencia financiera a través de un programa de asistencia federal o estatal. “El sistema de salud” cuenta con una póliza de crédito y cobranza que se describe en estas mismas pólizas.*
- *Los pacientes sin seguro médico con ingresos familiares iguales o inferiores al 300 % del Índice Federal de Pobreza (FPG) pueden recibir asistencia financiera.*
- *La elegibilidad se determina según los ingresos familiares del paciente.*

D. Limitaciones en los cobros

Según su póliza de asistencia financiera por atención de emergencia y médicamente necesaria, “el sistema de salud” no cobrará a ninguna persona que es elegible para recibir asistencia más de la "cantidad facturada por regla general" (*AGB, por sus siglas en inglés*) para personas con seguro médico

para dicha atención. Para ello, la "cantidad facturada por regla general" se determina mediante el siguiente método:

- *Las tarifas de Medicare por servicio se basan en un método retrospectivo o en 12 meses de reclamos pagados para pacientes cubiertos por el programa Medicare, según el informe estadístico y de reembolso de proveedores de Medicare ("PS&R").*

La "cantidad facturada por regla general", expresada como porcentaje de los cargos brutos de cada centro hospitalario, es la siguiente:

- *Para los pacientes que cumplan los requisitos para recibir asistencia financiera, "el sistema de salud" reducirá los cargos en un 55%, el porcentaje de descuento actual de la cantidad facturada por regla general (AGB).*

Según su póliza de asistencia financiera "el sistema de salud" cobrará a cualquier persona que es elegible para recibir asistencia financiera, por cualquier otra atención, un monto inferior a los cargos brutos correspondientes a dicha atención.

E. Avisos y solicitud de asistencia financiera del sistema de salud y programas de asistencia pública

E.1 Avisos sobre la asistencia financiera del sistema de salud y las opciones de asistencia pública disponibles Para las personas sin seguro médico o con seguro insuficiente, "el sistema de salud" colaborará con los pacientes para ayudarles a solicitar asistencia pública o programas de asistencia financiera del sistema de salud que puedan cubrir parte o la totalidad de sus facturas hospitalarias pendientes. Para ayudar a las personas sin seguro médico o con seguro insuficiente a encontrar opciones disponibles y adecuadas, "el sistema de salud" les proporcionará un aviso general sobre la disponibilidad de asistencia pública y programas de asistencia financiera durante el registro inicial del paciente en persona en "el hospital" para recibir un servicio. Este aviso está adjunto a todas las facturas que se envíen al paciente o a su garante y el proveedor será notificado para que tenga conocimiento de algún cambio en la elegibilidad del paciente para la cobertura de un seguro público o privado.

Además, "el sistema de salud" publica avisos generales en las áreas de prestación de servicios donde haya un área de registro o ingreso (incluyendo, entre otros, las áreas de hospitalización, consulta externa, urgencias y centros de salud comunitarios afiliados), en las oficinas de los asesores certificados de solicitud (*CAC, por sus siglas en inglés*) y en las áreas de oficina general que los pacientes suelen utilizar (por ejemplo, áreas de admisión y registro u oficinas de servicios financieros para pacientes abiertas al público). El aviso general informará al paciente sobre la disponibilidad de asistencia pública y asistencia financiera hospitalaria (incluyendo MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, Red de Seguridad de Salud y el programa de dificultad médica), así como las áreas dentro del hospital y/o los números de teléfono para programar una cita con un asesor certificado de solicitudes (CAC). El objetivo de estos avisos es ayudar a las personas a solicitar cobertura con uno o más de estos programas.

E.2. Solicitud de asistencia financiera hospitalaria y programas de asistencia pública "El sistema de salud" está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa estatal de

asistencia pública. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por el Health Connector estatal y el Plan de Seguridad Médica Infantil. En base a la información proporcionada por el paciente, “el sistema de salud” también identificará las opciones de cobertura disponibles a través de su programa de asistencia financiera, incluyendo los programas Red de Seguridad de Salud y el programa de dificultad médica.

Para programas distintos al programa de dificultad médica, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un sitio web en línea (ubicado en el sitio web del Health Connector estatal), una solicitud en papel o por teléfono con un representante de servicio al cliente de MassHealth o de Connector. También pueden solicitar ayuda al asesor certificado de solicitudes “del sistema de salud” para presentar la solicitud, ya sea a través del sitio web o mediante una solicitud impresa.

Para el programa de dificultad médica, “el sistema de salud” trabajará con el paciente para determinar si un programa como el programa de dificultad médica es el adecuado y presentará una solicitud del programa de dificultad médica a la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net). Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria que solicite “el sistema de salud” en un plazo adecuado para garantizar que “el sistema de salud” pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente proporciona toda la información oportunamente, “el sistema de salud” se esforzará por presentar la solicitud completa dentro de los cinco (5) días laborables siguientes a la recepción de toda la información necesaria. Si no se presenta la solicitud completa dentro de los cinco días laborables siguientes a la recepción de toda la información necesaria, no se podrán tomar medidas de cobro contra el paciente en relación con las facturas que califican para la asistencia de dificultad médica.

“El sistema de salud” también puede ayudar a los pacientes a inscribirse en la Red de Seguridad de Salud mediante un proceso probable de determinación, que ofrece un período limitado de elegibilidad. Este proceso lo lleva a cabo el personal “del hospital” y del centro de salud comunitario, quien, basándose en la autodeclaración de la información financiera del paciente, considerará que el paciente cumple con la definición de paciente con bajos ingresos y estará cubierto únicamente por los servicios de la Red de Seguridad de Salud. La cobertura comenzará en la fecha en que el proveedor tome la determinación y durará hasta el final del mes siguiente a la probable determinación. Sin embargo, la cobertura puede cancelarse antes si el paciente presenta una solicitud completa como se describe anteriormente.

Para la asistencia financiera proporcionada a través “del hospital”, se requiere la siguiente documentación:

- *Certificación de verificación de ingresos*

Según su póliza de asistencia financiera, “el sistema de salud” no denegará asistencia financiera por información o documentación, a menos que dicha información o documentación se describa en su póliza de asistencia financiera o en el formulario de solicitud.

E.3 Función del asesor financiero “del hospital”

“El sistema de salud” ayudará a las personas sin seguro médico o con seguro insuficiente a solicitar cobertura médica a través de un programa de asistencia pública (incluyendo, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector y el Programa de Seguridad Médica Infantil) y colaborará con estas personas para inscribirlas según corresponda. “El

sistema de salud” también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera, que incluye cobertura a través de la Red de Seguridad de Salud y el programa de dificultad médica.

“El sistema de salud”:

- a) proporcionará información sobre todos los programas, incluyendo MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, La Red de Seguridad de Salud y el programa de dificultad médica;
- b) ayudará a las personas a completar una nueva solicitud de cobertura o a presentar una renovación de la cobertura existente;
- c) colaborará con el solicitante para obtener toda la documentación requerida;
- d) presentará solicitudes o renovaciones (junto con toda la documentación requerida);
- e) interactuará, cuando corresponda y según lo permitan las limitaciones del sistema actual, con los programas sobre el estado de dichas solicitudes y renovaciones;
- f) ayudará a facilitar la inscripción de solicitantes o beneficiarios en los programas de seguros; y
- g) ofrecerá asistencia para el registro de votantes.

“El sistema de salud” informará al paciente sobre su obligación de proporcionar al hospital y a la agencia estatal correspondiente información precisa y oportuna sobre su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si lo tiene), opciones de cobertura de seguro vigentes (incluidos seguros de vivienda, vehículo motorizado y otros seguros de responsabilidad civil) que cubran el costo de la atención recibida, cualquier otro recurso financiero aplicable e información sobre ciudadanía y residencia. Esta información se enviará al estado como parte de la solicitud de asistencia del programa público para determinar la cobertura de los servicios prestados a la persona.

Si la persona o el garante no pueden proporcionar la información necesaria, “el hospital” podrá (a petición de la persona) hacer esfuerzos razonables para obtener información adicional de otras fuentes. Estos esfuerzos también incluyen colaborar con las personas, cuando lo soliciten, para determinar si se les debe enviar una factura por los servicios para ayudarlas a cumplir con el deducible único. Esto ocurrirá cuando la persona programe sus servicios, durante el pre-registro, mientras esté en el “sistema de salud”, al ser dada de alta o durante un tiempo razonable después del alta hospitalaria. La información que obtenga el asesor certificado de solicitudes (CAC) deberá estar de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables de privacidad y seguridad.

“El sistema de salud” también notificará al paciente durante el proceso de solicitud sobre su responsabilidad de informar tanto al hospital como a la agencia estatal que brinda cobertura de servicios de salud sobre cualquier tercero que pueda ser responsable del pago de reclamos, incluyendo pólizas de seguro de hogar, automóvil u otras pólizas de responsabilidad civil. Si el paciente ha presentado un reclamo a un tercero o una demanda contra un tercero, el asesor certificado de solicitudes (CAC) le notificará sobre la obligación de avisar al proveedor y al programa estatal dentro de los 10 días posteriores a dichas acciones. También se le informará al paciente que debe reembolsar a la agencia estatal correspondiente el monto de la atención médica cubierta por el programa estatal si se recupera el reclamo o ceder derechos al estado para que pueda recuperar el monto correspondiente.

Cuando la persona se comuniquen con “el sistema de salud”, este intentará determinar si cumple los requisitos para un programa de asistencia pública o para el programa de asistencia financiera “del hospital”. Una persona inscrita en un programa de asistencia pública podría tener derecho a ciertos beneficios. También podría tener derecho a asistencia adicional según el programa de asistencia financiera “del sistema de salud”, según sus ingresos comprobados y sus gastos médicos permitidos.

E.4. Procedimiento para la aplicación de descuentos

Para pacientes nacionales (ciudadanos estadounidenses), “el sistema de salud” proporcionará al paciente/garante un presupuesto de los cargos por cualquier servicio médico de autopago solicitado. Para aquellos pacientes que cumplan con los criterios de esta póliza, “el sistema de salud” aplicará un descuento del 62% al presupuesto. El paciente/garante deberá pagar el monto establecido en el presupuesto (después de aplicar el descuento), en su totalidad, cuarenta y cinco (45) días antes de la prestación de los servicios; sin embargo, no se requerirá el pago antes de la prestación de servicios de emergencia.

Para pacientes internacionales, “el sistema de salud” proporcionará al paciente/garante un presupuesto de los cargos por los servicios y aplicará un descuento del 25% al presupuesto. El paciente/garante deberá pagar el monto establecido en el presupuesto, en su totalidad, cuarenta y cinco (45) días antes de la prestación de servicios médicamente necesarios; sin embargo, no se requerirá el pago antes de la prestación de servicios de emergencia.

Una vez finalizado el tratamiento del paciente, cualquier pago que genere un saldo a favor dará lugar a un reembolso al paciente/garante.