

MerrimackHealth

MERRIMACK HEALTH

PÓLIZA DE CRÉDITO Y COBRANZA

Merrimack Health

Póliza de Crédito y Cobranza

Tabla de contenidos	1
Introducción	2
I. Prestación de servicios de atención médica	4
II. Elegibilidad para los programas de ayuda financiera	6
III. Determinación de la responsabilidad financiera del paciente.....	7
IV. Aviso sobre la disponibilidad de ayuda financiera y otras opciones de cobertura .	11
V. Prácticas de facturación y cobranzas del Sistema de Salud.....	13
VI. Depósitos y planes de pago	20
VII. Descuentos.....	20
Definiciones	22
VIII. Derechos y responsabilidades del paciente.....	25.

Introducción

Propósito:

Esta póliza de crédito y cobranza se aplica al Sistema de Salud Merrimack Health (“el Sistema de Salud”) y a las ubicaciones y proveedores específicos identificados en esta póliza.

El Sistema de Salud Merrimack Health es el proveedor de atención en primera línea que brinda atención médicamente necesaria a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. El Sistema de Salud Merrimack Health ofrece esta atención **a todos** los pacientes que acuden a nuestras instalaciones, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Como resultado, el Sistema de Salud Merrimack Health está comprometido a proporcionar atención y servicios de alta calidad a todos nuestros pacientes. Como parte de este compromiso, el Sistema de Salud Merrimack Health trabaja con personas de ingresos y recursos limitados para encontrar opciones disponibles que cubran el costo de la atención médica.

Nuestra misión:

- Operar y mantener el cuidado intensivo de un Sistema de Salud general.
- Proporcionar un Sistema de Salud apropiado y otros servicios de salud relacionados a todos los pacientes sin importar su raza, color, nacionalidad de origen, ciudadanía, estatus migratorio, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad.
- Brindar acceso a servicios médicamente necesarios a los residentes del área, independientemente de su capacidad de pago.
- Asegurar un proceso continuo de mejora en la calidad del cuidado del paciente, ofrecido por profesionales de la salud capacitados y con vocación.
- Mantener y apoyar la educación en ciencias de la salud relacionada con los servicios hospitalarios que requieren atención inmediata e intensiva.
- Promover y apoyar la investigación científica relacionada con los enfermos y lesionados.

Principios generales:

- El temor a una factura hospitalaria nunca debe impedir que los pacientes reciban servicios esenciales de salud. El personal del Sistema de Salud Merrimack Health se comunicará con los pacientes sobre su acceso a la atención médicamente necesaria y sobre la disponibilidad de ayuda financiera.
- La ayuda financiera está destinada a ayudar a los pacientes de bajos ingresos que de alguna manera no pueden pagar por sus servicios de salud.
- Las pólizas de ayuda financiera del Sistema de Salud Merrimack Health son consecuentes con su misión y valores, además toman en cuenta la capacidad de cada individuo para contribuir al costo de su atención y la capacidad del Sistema de Salud para proporcionar este cuidado.
- Las pólizas de ayuda financiera no eliminan la responsabilidad personal. Los pacientes pueden calificar o no para ayuda financiera de programas públicos. Según su capacidad de pago, se les puede pedir que contribuyan con el costo de su atención.
- Estas pólizas son notificadas de manera clara y comprensible.

Póliza:

El Sistema de Salud Merrimack Health tiene la responsabilidad fiduciaria interna de buscar el reembolso por los servicios prestados a los pacientes que pueden pagar, a través de aseguradoras de terceros responsables que cubran los costos de atención del paciente y de otros programas de ayuda para los cuales el paciente sea elegible. Para determinar si un paciente puede pagar por los servicios prestados, así como para ayudarlo a encontrar opciones de cobertura en caso de no contar con seguro o tener un seguro insuficiente, el Sistema de Salud sigue los siguientes criterios relacionados con la facturación y cobro a los pacientes. Al obtener la información financiera personal del paciente y de su familia, el Sistema de Salud mantiene toda la información conforme a las leyes federales y estatales aplicables sobre privacidad, seguridad y robo de identidad. Es importante señalar que, si bien el gobierno federal y estatal utilizan diferentes nombres para las pólizas que el Sistema de Salud debe seguir para demostrar cómo brinda ayuda financiera a los pacientes, los requisitos generales son los mismos. Como resultado, esta póliza está diseñada para cumplir tanto con las regulaciones de la Red de Seguridad de la Salud del Estado (*State Health Safety Net, en inglés*) sobre “Pólizas de crédito y cobranza”, como con los requisitos de la “Póliza de Ayuda Financiera” de la Ley Federal de Reforma del Cuidado de la Salud (*Federal Health Care Reform Law, en inglés*) tal como fueron aclarados recientemente por el Servicio de Impuestos Internos (*IRS, por sus siglas en inglés*) en sus instrucciones del 23 de febrero de 2011 sobre el formulario 990.

El Sistema de Salud no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, ciudadanía, estatus migratorio, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en ninguna de sus pólizas ni en la aplicación de las mismas. Este punto se relaciona con la obtención y verificación de información financiera, con los depósitos previos a la hospitalización o al tratamiento, con los planes de pago, con las hospitalizaciones diferidas o rechazadas, con el estatus del paciente con bajos ingresos según lo determine la oficina de Medicaid de Massachusetts, con la determinación de que un paciente tiene bajos ingresos o con sus prácticas de facturación y cobranza.

Esta póliza de crédito y cobranza ha sido desarrollada para asegurar el cumplimiento con los criterios aplicables requeridos por:

(1) la regulación de elegibilidad de la Red de Seguridad de la Salud del Estado (101 CMR 613.00 13.00), (2) los requisitos de deuda incobrable de Medicare establecidos por los centros para los servicios de Medicare y Medicaid (42 CFR 413.89), (3) el manual de reembolso para proveedores de Medicare (Parte 1, Capítulo 3) y (4) la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos, según lo requerido en la Sección 9007(a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a bajo precio (*Affordable Care Act, en inglés*) (Publicación L. No. 111-148), así como en la aclaración emitida por el IRS el 28 de febrero de 2011 respecto a la presentación de dicha información en el formulario de impuestos 990 del hospital.

La póliza de crédito y cobranza del Sistema de Salud abarca las siguientes ubicaciones, donde los pacientes también pueden obtener información sobre la disponibilidad de programas de ayuda pública:

Los campus de Lawrence, Methuen y Haverhill de Merrimack Health, 1 General Street, Lawrence, MA 01841, 70 East Street Methuen, MA 01844 y 140 Lincoln Avenue Haverhill, MA 01830

- 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

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

Los programas de ayuda financiera del Sistema de Salud están disponibles en el sitio web del Sistema de Salud:

- ***merrimackhealth.org***

El Sistema de Salud presentará electrónicamente una copia de su póliza de crédito y cobranza ante la oficina de la Red de Seguridad de la Salud del Estado, según lo requiere la regulación 101 CMR 613.00, antes 114.6 CMR 13.08(1)(c).

I. Prestación de servicios de atención médica

Principio general

El Sistema de Salud evalúa la prestación de servicios de atención médica para todos los pacientes que se presenten para recibir servicios, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, los servicios de atención médica no urgentes o no emergentes (es decir, los servicios electivos o primarios) pueden ser postergados o aplazados en consulta con el personal clínico del Sistema de Salud y con el proveedor de atención primaria del paciente, si es necesario y está disponible. El Sistema de Salud puede negarse a proporcionar servicios no urgentes y no emergentes en aquellos casos en los que no pueda identificarse una fuente de pago ni determinarse elegibilidad en un programa de ayuda financiera. Dichos programas incluyen MassHealth, Connector Care, el Plan de Seguridad Médica Infantil (*Children's Medical Security Plan, en inglés*), la Red de Seguridad de la Salud (Health Safety Net) o ayuda por ayuda por dificultades médicas. Las decisiones relacionadas con la prestación y el acceso a la atención a menudo están definidas en el manual de cobertura del asegurador o del programa de ayuda financiera.

La urgencia del tratamiento asociado con los síntomas clínicos que presenta cada paciente será determinada por un profesional médico, de acuerdo con los estándares locales de práctica, los estándares clínicos nacionales y estatales de atención y las pólizas y procedimientos del personal médico del Sistema de Salud. Además, el Sistema de Salud cumple con los requisitos federales de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA*, por sus siglas en inglés) realizando una evaluación médica para determinar si existe una condición médica de emergencia. Es importante señalar que la clasificación de la condición médica de los pacientes se realiza solo con fines de gestión clínica. Dichas clasificaciones están destinadas a establecer el orden en que los médicos deben atender a los pacientes en función de los síntomas clínicos presentados. Estas clasificaciones no reflejan la evaluación definitiva de la condición médica del paciente según se indica en el diagnóstico final.

Para aquellos pacientes que no tienen seguro o que tienen seguro insuficiente, el Sistema de Salud colaborará con ellos para ayudarlos a encontrar un programa de ayuda financiera que pueda cubrir total o parcialmente su(s) factura(s) hospitalaria(s) pendiente(s). Para aquellos pacientes con seguro privado, el Sistema de Salud debe coordinar con el paciente y la aseguradora para determinar qué servicios están cubiertos por la póliza del paciente. Como el Hospital a menudo no puede obtener esta información de la aseguradora de manera oportuna, es responsabilidad del paciente conocer qué servicios están cubiertos antes de buscar atención médica que no sea de emergencia o urgencia. La determinación del tratamiento según las condiciones médicas se realiza de acuerdo con las siguientes definiciones:

A. Servicios de atención de emergencia y urgencia incluyen:

El Sistema de Salud proporcionará servicios de emergencia y urgencia sin tener en cuenta la identificación del paciente, su cobertura de seguro o su capacidad de pago. La evaluación de los servicios de atención de emergencia o urgencia, tal como se definen a continuación, también es utilizada por el Sistema de Salud para efectos de determinar la cobertura permitida de deudas incobrables de emergencia y urgencia bajo los fondos de la Red de Seguridad de la Salud.

i. Los servicios de emergencia incluyen:

Servicios médicamente necesarios brindados después del inicio de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas de bastante gravedad, incluido dolor intenso, y que la ausencia de atención médica inmediata podría ser considerada por una persona razonablemente sensata con conocimientos promedio sobre salud y medicina dando como resultado el poner en grave peligro la salud del paciente o de otra persona, causar un deterioro serio en las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. En el caso de una mujer embarazada, se aplican las definiciones adicionales contenidas en la Sección 1867(e)(1)(B) de la Ley del Seguro

Social, 42 U.S.C. § 129 Sdd(e)(1)(B). Una evaluación médica de detección y cualquier tratamiento posterior para una condición médica de emergencia existente o cualquier otro servicio proporcionado conforme a lo requerido por la ley federal EMTALA (42 USC § 1395dd), se califica como un servicio de nivel de emergencia.

ii. **Los servicios de urgencia incluyen:**

Servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) y que una persona razonablemente sensata consideraría que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría resultar en: poner en peligro la salud del paciente, causar deterioro en la función corporal o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de atención urgente no incluyen la atención electiva o primaria.

iii. **Requisitos de alto nivel de EMTALA:**

De acuerdo con los requisitos federales, EMTALA se activa para cualquier persona que se presente en la propiedad del Sistema de Salud solicitando examen o tratamiento de servicios a nivel de emergencia (condición médica de emergencia) o que ingrese al departamento de emergencias solicitando examen o tratamiento por una condición médica. La mayoría de las personas que no tienen cita previa se presentan en el departamento de emergencias. Sin embargo, las personas sin cita que solicitan servicios por una condición médica de emergencia mientras se encuentran en otra unidad hospitalaria, clínica u otra área auxiliar también pueden estar sujetas a un examen médico de emergencia según EMTALA. El examen y tratamiento para condiciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio brindado en la medida requerida por EMTALA, serán proporcionados al paciente y se calificarán como atención de emergencia. La determinación de que existe una condición médica de emergencia es realizada por el médico examinador u otro personal médico calificado del Sistema de Salud, según consta en el historial médico. Asimismo, la determinación de que existe una condición médica urgente o primaria también la realiza el médico examinador u otro personal médico calificado del Sistema de Salud y queda documentada en el historial médico.

B. Servicios no emergentes y no urgentes:

Para los pacientes que (1) llegan al Hospital en busca de atención de nivel no emergente o no urgente o (2) solicitan atención adicional después de la estabilización de una condición médica de emergencia, el Hospital podrá brindar servicios electivos tras consultar con el personal clínico del Sistema de Salud y revisar las opciones de cobertura del paciente.

- i. **Servicios electivos:** Servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de emergentes o urgentes mencionada anteriormente. Normalmente, estos servicios son atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o el proveedor de atención médica (hospital, consultorio médico u otro).
- ii. El Sistema de Salud puede negarse a proporcionar servicios no emergentes al paciente en aquellos casos en los que no se logre determinar que se realizará el pago por dichos servicios. Los servicios que se determinen como no médicamente necesarios podrán ser aplazados hasta que se puedan establecer arreglos adecuados de pago.

C. Lugares donde los pacientes pueden presentarse para recibir servicios

Todos los pacientes pueden buscar servicios de atención de emergencia y atención urgente cuando acuden al departamento de emergencias del Sistema de Salud o a las áreas designadas de atención urgente. Sin embargo, los pacientes con condiciones emergentes y urgentes también pueden presentarse en otros lugares, incluyendo, pero no limitado a, salas de parto, unidades auxiliares, clínicas hospitalarias y otras áreas. El Sistema de Salud también ofrece otros servicios electivos en la instalación principal, clínicas y otros lugares ambulatorios.

D. Recopilación y verificación de la información del paciente

El Sistema de Salud hará esfuerzos razonables para identificar, obtener, registrar y verificar de manera positiva, la información demográfica y financiera completa de cada paciente que solicite atención. La información que se obtendrá incluirá datos demográficos (como nombre del paciente, dirección, número de teléfono, género, fecha de nacimiento e identificación del paciente, según corresponda) e información del seguro de salud (incluyendo el nombre y dirección del asegurador, información del titular de la póliza y datos sobre beneficios como copagos, deducibles y montos de co-seguro), información suficiente para garantizar el pago de los servicios. El requisito del Sistema de Salud para obtener información completa siempre estará sujeto a la condición médica del paciente, dando prioridad a las necesidades inmediatas de atención médica del paciente.

i. Servicios emergentes y urgentes

El proceso de registro y la admisión de pacientes con condiciones emergentes y urgentes se llevarán a cabo de acuerdo con los requisitos de EMTALA. La información demográfica y del seguro del paciente debe recopilarse tan pronto como sea posible; sin embargo, la recopilación de esta información deberá posponerse si dicha acción pudiera retrasar la evaluación médica o afectar negativamente la condición clínica del paciente. Cuando un paciente no pueda proporcionar información demográfica o del seguro en el momento del servicio y otorgue su consentimiento, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para entrevistar a familiares o amigos que lo acompañen o que puedan ser identificados por el propio paciente. Se deben hacer todos los esfuerzos razonables para verificar la información del seguro proporcionada por el paciente con el asegurador mediante intercambio electrónico de datos (*EDI, por sus siglas en inglés*).

ii. Servicios no emergentes y no urgentes

El proceso de registro y la admisión de pacientes con condiciones no emergentes ni urgentes deben realizarse antes de que se presten los servicios. Se deben hacer todos los esfuerzos razonables para verificar la información del seguro proporcionada por el paciente con el asegurador mediante intercambio electrónico de datos (*EDI, por sus siglas en inglés*).

II. Documentación sobre la elegibilidad de programas de ayuda financiera

A. Principios generales

La ayuda financiera está destinada a ayudar a los pacientes con bajos ingresos que, de otro modo, no tienen la capacidad de pagar por sus servicios de atención médica. Dicha ayuda toma en cuenta la capacidad individual de cada persona para contribuir al costo de su atención. Para aquellos pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, el Sistema de Salud trabajará con ellos para ayudarlos a solicitar programas de ayuda financiera disponibles que puedan cubrir total o parcialmente sus facturas hospitalarias impagas. El Sistema de Salud ofrece esta ayuda tanto a residentes como a no residentes de Massachusetts; sin embargo, puede que no exista cobertura en un programa estatal de ayuda pública para los servicios de hospitales de Massachusetts para residentes de otros estados. Para que el Sistema de Salud pueda ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar las opciones de cobertura más apropiadas, así como para determinar si el paciente cumple con los requisitos financieros para acceder a descuentos en los pagos, los pacientes deben colaborar activamente con el Sistema de Salud para verificar los ingresos familiares documentados, otras coberturas de seguro y cualquier otra información que pueda utilizarse para determinar su elegibilidad.

B. Proceso de evaluación del Sistema de Salud y aprobación de la elegibilidad

El Sistema de Salud proporciona a los pacientes información sobre programas de ayuda financiera disponibles a través de la Mancomunidad de Massachusetts o a través del propio programa de ayuda financiera del Hospital, que puede cubrir total o parcialmente su factura hospitalaria impaga. Para aquellos pacientes que soliciten dicha ayuda, el Sistema de Salud los ayuda evaluando su elegibilidad para programas públicos disponibles y asistiendo con la solicitud al programa correspondiente. Estos programas incluyen, entre otros: MassHealth, Connector Care, el Plan de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Plan), la Red de Seguridad de la Salud (Health Safety Net), y otros. Cuando sea aplicable, el Sistema de Salud también puede ayudar a los pacientes a solicitar cobertura de servicios por dificultad por razones médicas, según los ingresos familiares documentados del paciente, cobertura de seguro actual y pasada y gastos médicos permitidos.

Responsabilidad del paciente:

Es obligación del paciente proporcionar al Sistema de Salud información exacta y oportuna sobre su nombre completo, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), número de teléfono, opciones actuales de cobertura de seguro médico, incluyendo cualquier otro seguro o cobertura (como póliza de seguro de automóvil, póliza de compensación laboral) que pueda cubrir el costo de la atención recibida, así como otros recursos financieros aplicables y la información sobre ciudadanía y residencia. Esta información se utilizará para determinar la cobertura de los servicios proporcionados al paciente. Si no existe una cobertura específica para los servicios prestados, el Sistema de Salud utilizará la información para determinar si los servicios pueden ser cubiertos por un programa aplicable que cubra ciertos servicios clasificados como deudas incobrables. Además, el Sistema de Salud usará esta información para determinar la elegibilidad para ciertos programas de seguro médico. Si el paciente o el garante no pueden proporcionar la información necesaria, el Sistema de Salud podrá (a solicitud del paciente) hacer esfuerzos razonables para obtener información adicional de otras fuentes. Esto podrá hacerse cuando el paciente programe sus servicios, durante el proceso de preinscripción, mientras esté hospitalizado, al momento del alta o por un período razonable después del alta del Sistema de Salud.

La información que el Sistema de Salud obtenga se mantendrá de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables de privacidad y seguridad.

C. Proceso de solicitud

El proceso de evaluación y solicitud para programas públicos de seguro de salud se realiza a través de Massachusetts Health Connector o mediante una solicitud estándar por escrito que completa el paciente y que también se envía directamente a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts para su procesamiento. La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts administra exclusivamente el proceso de solicitud para los programas mencionados anteriormente, los cuales están disponibles para niños, adultos, personas mayores, veteranos, personas sin hogar y personas con discapacidades.

En circunstancias especiales, el Sistema de Salud puede presentar una solicitud en nombre del paciente para determinar su elegibilidad en el programa Health Safety Net, utilizando un formulario específico diseñado por la oficina de Health Safety Net de Massachusetts. Las circunstancias especiales incluyen personas que solicitan cobertura de ayuda financiera debido a estar encarceladas, ser víctimas de abuso conyugal o presentar una solicitud por ayuda por dificultades médicas.

El Sistema de Salud ayuda específicamente al paciente a completar la solicitud estándar de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts, a reunir la documentación necesaria para la oficina de Medicaid de Massachusetts y a conseguir documentación adicional si así lo solicita el estado después de completar la solicitud. Massachusetts impone un plazo de tres días para enviar toda la documentación necesaria después de haber presentado la solicitud para un programa. Una vez transcurrido este período de tres días, el paciente y el proveedor deben trabajar con los centros de inscripción de MassHealth para obtener la documentación adicional necesaria para la inscripción en el programa de ayuda financiera correspondiente.

Todas las solicitudes de Massachusetts Health Connector y las solicitudes por escrito son revisadas y procesadas por la oficina de Medicaid de Massachusetts que utiliza las guías federales de pobreza, información sobre activos, así como la documentación necesaria mencionada anteriormente como base para determinar la elegibilidad para los programas de ayuda pública patrocinados por el estado. La elegibilidad para la inscripción en el programa Health Safety Net, ya sea cobertura total o parcial, también se determina a través de Massachusetts Health Connector. El Hospital también ayudará a otros pacientes, como menores que reciben servicios confidenciales o personas que han sido maltratadas o abusadas, a obtener cobertura a través de Health Safety Net utilizando la solicitud por circunstancia especial. Se adjunta a esta póliza una copia de las guías federales de pobreza utilizadas por el estado. Los hospitales no juegan ningún papel en la determinación de elegibilidad para los programas, ya que esta decisión la toma exclusivamente el estado; sin embargo, a solicitud del paciente, el Sistema de Salud puede desempeñar un papel directo en la presentación de la solicitud o en la obtención de información relacionada con las decisiones de cobertura. Es responsabilidad del paciente informar al Sistema de Salud sobre todas las decisiones de cobertura tomadas por el estado para garantizar una tramitación precisa y oportuna de todas las facturas hospitalarias.

D. Programas futuros

A medida que se desarrollen futuras opciones de cobertura, según lo indicado en las propuestas de reforma del sistema de salud tanto a nivel federal como estatal, el Sistema de Salud realizará los cambios apropiados en esta póliza de crédito y cobranza.

III. Determinación de la responsabilidad financiera del paciente

A. Principios generales

El Sistema de Salud hará esfuerzos razonables para determinar la responsabilidad financiera del paciente en la medida en que sea razonablemente posible durante el curso de atención del paciente. Cuando sea oportuno, el Sistema de Salud cobrará los saldos a cargo del paciente, tales como copagos, deducibles, montos de co-seguro o depósitos requeridos antes de la prestación de cualquier servicio. Los pacientes que son miembros de planes de salud de atención administrada o planes de seguro con requisitos

específicos de

acceso, son responsables de comprender y cumplir con los requisitos de su plan de seguro, tales como derivaciones, autorizaciones y otras restricciones de la red. Bajo algunas circunstancias, incluidos los servicios de atención urgente y de emergencia, estas derivaciones y autorizaciones pueden gestionarse después de la prestación del servicio. Todos los pacientes que se espera incurran en un saldo por servicios, serán informados de la disponibilidad de servicios de consejería financiera para ayudarlos a cumplir con su responsabilidad financiera con el Sistema de Salud. Se realizará una evaluación coherente con EMTALA antes de llevar a cabo actividades para determinar la responsabilidad financiera del paciente.

B. Pacientes asegurados

El Sistema de Salud hará esfuerzos razonables para verificar el estado del seguro del paciente y ayudar al paciente a cumplir con los requisitos de su plan de seguro. Siempre que sea posible, esta verificación incluirá una determinación de la responsabilidad financiera esperada del paciente, incluidos los copagos, deducibles y co-seguros aplicables. Cuando sea factible y clínicamente apropiado, se asegurará el pago de los montos predeterminados (copagos, deducibles fijos) en el momento del proceso de registro. Los pacientes que no puedan proporcionar el pago pueden ser referidos a consejería financiera.

a. Planes de Seguro con contrato:

El Sistema de Salud mantiene contratos con varios planes de seguro. En esos casos, el Sistema de Salud solicitará el pago al plan de seguro por todos los servicios cubiertos. Si un servicio en particular es determinado por el asegurador como no cubierto o de otra manera rechazado para pago, entonces el pago por dicho servicio se solicitará directamente al paciente de acuerdo con el contrato de seguro correspondiente. Siempre que sea posible, el Sistema de Salud ayudará al paciente a apelar denegaciones u otras decisiones adversas con su plan de seguro, reconociendo que, con frecuencia, el plan de seguro requiere que estas apelaciones sean presentadas por el propio paciente.

b. Planes de Seguro sin contrato:

El Sistema de Salud ofrecerá la cortesía de facturar a la compañía de seguros del paciente en aquellos casos en los que el Sistema de Salud no tenga un contrato con el asegurador. Aunque el Sistema de Salud emitirá la factura al plan de seguro del paciente, la responsabilidad financiera final recae sobre el paciente o su garante. La falta de respuesta del asegurador a la factura del Sistema de Salud en un plazo razonable, puede resultar en que el paciente reciba la factura directamente por los servicios. Los saldos restantes después de cualquier pago del seguro serán facturados al paciente. Siempre que sea posible, el Sistema de Salud ayudará al paciente a apelar denegaciones u otras decisiones adversas con su plan de seguro, reconociendo que frecuentemente, el plan de seguro requiere que estas apelaciones sean presentadas por el paciente.

c. Pacientes sin seguro

Los pacientes que no tienen seguro de salud y que no hayan sido previamente determinados como "pacientes con bajos ingresos" con derecho al Health Safety Net (*HSN*), se les solicitará un depósito por adelantado para servicios que no estén obligados a realizarse bajo EMTALA. El depósito será equivalente al 100% de los cargos estimados por el servicio a proporcionar menos cualquier descuento. En aquellos casos donde no sea posible estimar con precisión los cargos, el Sistema de Salud podrá cobrar una cantidad predeterminada como depósito o asegurar de otra forma garantías de pago. Si el paciente no proporciona el depósito o indica su incapacidad para pagarlo, podrá ser referido a consejería financiera. A los residentes de Massachusetts sin seguro se les ofrecerá consejería financiera para determinar su elegibilidad para cualquiera de los programas de ayuda financiera disponibles, así como para ayudarles a solicitar dichos programas a través de Commonwealth of Massachusetts Health Connector. Estos programas incluyen, pero no se limitan a, MassHealth, Connector Care, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, entre otros. Si no existe una necesidad inmediata de proporcionar los servicios, la admisión o el servicio ambulatorio podrá ser postergado hasta que el paciente pueda pagar, establecer arreglos financieros adecuados, obtener seguro o inscribirse en un programa de ayuda financiera que cubra el servicio.

C. Pacientes con bajos ingresos – Elegibles para la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net, en inglés)

a. Elegibilidad:

El estado de elegibilidad de un paciente para la cobertura bajo la Red de Seguridad de Salud será verificado en el momento del registro utilizando el Sistema de Verificación de Elegibilidad de MassHealth (*EVS, por sus siglas en inglés*), NEHEN, u otros sistemas de registro hospitalarios, según corresponda. Cualquier cambio en el estado del paciente será registrado en su expediente.

b. Limitaciones de servicios:

A los pacientes identificados con bajos ingresos según las regulaciones aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos 101 CMR 613.00 se les proporcionarán, en la medida de lo posible, servicios coherentes con las pautas de cobertura de la Red de Seguridad de Salud, incluyendo las limitaciones de “Servicios Elegibles” bajo las regulaciones estatales.

D. Red de Seguridad de Salud – Cobertura primaria completa

- a.** Un residente del estado de Massachusetts que no tiene seguro médico y documenta ingresos familiares según el método MAGI de MassHealth o ingresos familiares contables por ayuda por dificultades médicas, tal como se describe en 101 CMR 613.04(4)(a)1, entre el 0% y el 300% del nivel federal de pobreza (*FPL, por sus siglas en inglés*), sujeto a las siguientes excepciones:
- b.** Los pacientes con bajos ingresos elegibles para la inscripción en el programa de ayuda con el pago de primas, operado por Health Connector, no son elegibles para la Red de Seguridad de Salud - Primaria, excepto según lo establecido en 101 CMR 613.01 (5)(a) a (c). La Red de Seguridad de Salud no cubre copagos para este programa.
- c.** Los estudiantes sujetos al requisito de tener un Plan de Salud Estudiantil Calificado, conforme a M.G.L. 15, § 18, no son elegibles para la Red de Seguridad - Primaria.

E. Red de Seguridad de Salud – Cobertura secundaria

Un residente de Massachusetts es elegible para la Red de Seguridad de Salud - Secundaria si tiene otro seguro de salud primario y documenta ingresos familiares según el método MAGI de MassHealth o ingresos familiares contables por ayuda por dificultades médicas, tal como se describe en 101 CMR 613.04(4)(a)2, entre el 0% y el 300% del FPL, sujeto a las siguientes excepciones:

- 1.) Los pacientes con bajos ingresos inscritos en el programa de ayuda con el pago de primas, operado por Health Connector, son elegibles solo para servicios dentales no cubiertos por dicho programa después de la fecha en que comienza la cobertura.
- 2.) Los miembros de MassHealth inscritos en MassHealth Standard, MassHealth CarePlus, CommonHealth y Family Assistance, excluyendo a MassHealth Family Assistance – Children, son elegibles únicamente para servicios dentales para adultos ofrecidos en un centro de salud comunitario, centro de salud con licencia hospitalaria u otra clínica satélite que no estén cubiertos por MassHealth.
- 3.) Los pacientes con bajos ingresos inscritos en un Plan de Salud Estudiantil calificado son elegibles para la Red de Seguridad de Salud – Secundaria. La Red de Seguridad de Salud cubrirá únicamente deducibles, co-seguros y servicios médicos reembolsables no cubiertos por el asegurador.
- 4.) Para los miembros de MassHealth inscritos en MassHealth Limited, EAEDC, CMSP, CMSP plus Limited y para MassHealth Family Assistance – Children, la Red de Seguridad de Salud cubre únicamente los servicios médicos reembolsables que no estén cubiertos por el beneficio de MassHealth del miembro.

5.) Otros requisitos:

a. Seguro accesible:

Una persona con ingresos familiares según el método MAGI de MassHealth o ingresos familiares contables por dificultad médica, tal como se describe en 101 CMR 613.01(1), iguales o inferiores al 400% del FPL, y para quien el seguro se considera accesible conforme a 956 CMR 6.00: La determinación de accesibilidad para el mandato individual, no es elegible para la Red de Seguridad de Salud – Primaria. Si el empleador de dicha persona ofrece un seguro patrocinado por el empleador, esta persona no es elegible para la Red de Seguridad de Salud – Primaria, excepto durante el período de espera antes de que entre en vigor el seguro patrocinado por el empleador.

b. Determinación pendiente de discapacidad:

Los proveedores pueden presentar reclamos para personas cuya elegibilidad para MassHealth esté siendo evaluada. Si se determina que la persona es elegible para MassHealth, el proveedor debe anular los reclamos presentados a la Red de Seguridad de Salud y presentar los reclamos por los servicios directamente a MassHealth.

F. Red de Seguridad de Salud - Parcial

Un residente del estado de Massachusetts elegible para la Red de Seguridad de Salud – Primaria o Secundaria, cuyo ingreso familiar según el método MAGI de MassHealth o ingreso familiar contable por ayuda por dificultades médicas, tal como se describe en 101 CMR 613.04(1), esté entre el 150.1% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), se considera como beneficiario de la Red de Seguridad de Salud – Parcial y debe cumplir con el deducible correspondiente a dicha categoría, conforme a lo descrito en 101 CMR 613.04(4)(a)2 y 101 CMR 613.04(6)(c).

G. Deducibles de la Red de Seguridad de Salud - Parcial

Para los pacientes de la Red de Seguridad de Salud – Parcial (HSN – Partial) con ingresos familiares según el método MAGI de MassHealth o ingresos familiares contables por ayuda por dificultades médicas entre el 150.1% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), se aplica un deducible anual si todos los miembros del grupo familiar con facturación de prima (*PBFG, por sus siglas en inglés*) tienen un FPL superior al 150.1%. Si cualquier miembro del PBFG tiene un FPL por debajo del 150.1%, no se aplicará deducible a ningún miembro del PBFG. El monto del deducible se calcula como el 40% de la diferencia entre el ingreso familiar más bajo (según MAGI o por ayuda por dificultades médicas, como se describe en 101 CMR 613.01(1)) dentro del PBFG del solicitante y el 200% del FPL. El paciente es responsable del pago de todos los servicios prestados hasta alcanzar ese monto de deducible. Solo se permite un deducible por PBFG durante el período de elegibilidad. Cada miembro del PBFG debe ser determinado como paciente con bajos ingresos para que sus gastos sean aplicados al deducible por los Servicios de Salud Reembolsables. Si más de un miembro del PBFG es determinado como paciente con bajos ingresos o si el paciente o miembros del PBFG reciben servicios de más de un proveedor, será responsabilidad del paciente hacer el seguimiento del deducible y proporcionar la documentación al Hospital que demuestre que dicho deducible ya ha sido alcanzado.

H. Ayuda por dificultades médicas

- a. Elegibilidad:** Un residente del estado de Massachusetts, sin importar su nivel de ingreso contable, puede calificar para la categoría de ayuda por dificultades médicas si los gastos médicos permitidos han reducido sus ingresos contables al punto de no poder pagar por los servicios de salud. Según las regulaciones, esta es una determinación única y no constituye una categoría de elegibilidad continua (101 CMR 613.05(1)(a)).
- b. Proceso de solicitud:** El Sistema de Salud asistirá al paciente en la recopilación de toda la información pertinente y enviará la solicitud de ayuda por dificultades médicas, junto con la documentación requerida, a la oficina de la Red de Seguridad de Salud (*Health Safety Net Office*) dentro de los 5 días hábiles para su aprobación.

- c. Gastos médicos permitidos:** Un residente de Massachusetts, independientemente de su nivel de ingreso contable, puede calificar para ayuda por dificultades médicas si los gastos médicos permitidos han reducido sus ingresos contables al punto de no poder pagar por los servicios de salud (101 CMR 613.05(1)(a)(1)). Los gastos médicos permitidos incluyen únicamente facturas médicas familiares por ayuda por dificultades médicas de cualquier proveedor de atención médica que, si se pagaran, calificarían como gastos médicos deducibles para fines del impuesto federal sobre la renta. Los gastos médicos permitidos incluyen tanto facturas pagadas como no pagadas de las que el paciente sea responsable, correspondientes a un periodo de hasta 12 meses anteriores a la fecha de la solicitud por ayuda por dificultades médicas. Si la oficina de la Red de Seguridad de Salud aprueba dos solicitudes de ayuda por dificultades médicas dentro de un período de 12 meses, dividirá los montos de contribución requeridos (101 CMR 613.05).
- d. Determinación:** La oficina de la Red de Seguridad de Salud notificará a los solicitantes el resultado de la evaluación. Esta oficina determinará si el paciente califica para el programa y notificará al Sistema de Salud las facturas que son responsabilidad del paciente y las que pueden ser presentadas a la Red de Seguridad de Salud bajo la norma 101 CMR 613.05(2). La determinación de ayuda por dificultades médicas se limita a las facturas incluidas en la solicitud. Las facturas incluidas en una determinación de ayuda por dificultades médicas no se podrán volver a incluir en una solicitud posterior. Para que los servicios correspondientes sean elegibles para pago, el Sistema de Salud deberá presentar los reclamos a la Red de Seguridad de Salud dentro de los 18 meses desde la fecha del servicio.

I. Responsabilidad financiera del paciente con bajos ingresos:

a. Requisitos de costos compartidos:

Los pacientes con bajos ingresos son responsables de pagar los copagos conforme a 101 CMR 613.04(6)(b) y los deducibles conforme a 101 CMR 613.04(6)(c).

b. Depósitos:

- 1.) Un proveedor no puede exigir depósitos previos a la admisión o al tratamiento a individuos que requieran servicios de emergencia o que hayan sido determinados como pacientes con bajos ingresos.
- 2.) Un proveedor puede solicitar un depósito a individuos determinados como pacientes con bajos ingresos. Dichos depósitos deben estar limitados al 20% del monto del deducible, con un tope de \$500. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones de planes de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(f).
- 3.) Un proveedor puede solicitar un depósito a pacientes elegibles para ayuda por dificultades médicas. Estos depósitos están limitados al 20% de la contribución por ayuda por dificultades médicas, hasta un máximo de \$1,000.00. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones de planes de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(f).

c. Planes de pago:

Un proveedor puede solicitar un depósito a pacientes elegibles para ayuda por dificultades médicas, limitado al 20% de la contribución por ayuda por dificultades médicas, hasta un máximo de \$1,000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones de planes de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(f). Un paciente con un saldo de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, debe recibir una oferta de un plan de pago a un año, sin intereses, con un pago mensual mínimo de no más de \$25.00. Un paciente con un saldo de más de \$1,000 después del depósito inicial, debe recibir una oferta de un plan de pago a dos años, sin intereses.

d. Seguimiento del deducible:

El deducible anual se aplica a todos los servicios de salud reembolsables prestados a un paciente con bajos ingresos o al Grupo Familiar con Facturación de Prima (PBFG) durante el período de elegibilidad. Cada miembro del PBFG debe ser determinado como paciente con bajos ingresos para que sus gastos en servicios reembolsables se apliquen al deducible. El Sistema de Salud realizará el seguimiento de los servicios reembolsables del paciente que se aplican al deducible. Si más de un

miembro del PBFG es determinado como paciente con bajos ingresos o si el paciente o los miembros del PBFG reciben servicios de más de un proveedor, será responsabilidad del paciente llevar el control del deducible y proporcionar documentación al Sistema de Salud indicando que dicho deducible ha sido alcanzado.

e. Determinaciones pendientes:

Los pacientes para quienes el Sistema de Salud haya presentado una solicitud al Massachusetts Health Connector serán tratados como pagadores por cuenta propia (*Self Pay*) hasta que MassHealth emita una determinación.

IV. Aviso sobre la disponibilidad de ayuda financiera y otras opciones de cobertura

A. Principios generales

Para aquellos pacientes que no tienen seguro médico o están insuficientemente asegurados, el Sistema de Salud trabajará con ellos para ayudarlos a solicitar programas de ayuda financiera disponibles que puedan cubrir total o parcialmente sus facturas hospitalarias impagas.

Con el fin de ayudar a estos pacientes a encontrar programas apropiados y disponible de ayuda financiera, el Sistema de Salud proporcionará un aviso general sobre la disponibilidad de dichos programas, tanto en las facturas enviadas a los pacientes como en avisos colocados en distintas áreas del Sistema de Salud.

El objetivo de estos avisos es ayudar a los pacientes a solicitar cobertura dentro de un programa de ayuda financiera, por ejemplo: MassHealth, ConnectorCare, el Plan de Seguridad Médica Infantil (*Children's Medical Security Plan*) y la Red de Seguridad de Salud (*Health Safety Net*).

Cuando sea pertinente, el Sistema de Salud también podrá asistir a los pacientes en la solicitud de cobertura para servicios bajo la categoría de ayuda por dificultades médicas en función de los ingresos documentados del paciente y de los gastos médicos permitidos. A solicitud del paciente, el Sistema de Salud proporcionará información específica sobre el proceso de elegibilidad para ser considerado paciente con bajos ingresos bajo el programa de la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts o sobre ayuda adicional para pacientes con bajos ingresos a través del propio programa de ayuda financiera del Sistema de Salud. Asimismo, el Sistema de Salud notificará al paciente sobre los planes de pago disponibles en función del tamaño de su familia y sus ingresos.

B. Función de los consejeros financieros de los pacientes y de otro personal financiero

El Sistema de Salud hará esfuerzos razonables para identificar opciones de cobertura disponibles para los pacientes que puedan estar sin seguro o que estén insuficientemente asegurados con su plan actual, al momento de programar sus servicios, durante su estadía en el Sistema de Salud, al momento del alta médica y durante un tiempo razonable posterior al alta. El personal de registro y admisión del Sistema de Salud instruirá a todos los pacientes a que busquen opciones de cobertura o ayuda financiera a la oficina de consejería financiera para pacientes del Sistema de Salud, donde se evaluará si son elegibles para opciones de cobertura adecuadas. El Sistema de Salud asistirá al paciente en la solicitud de las opciones de cobertura disponibles o lo notificará sobre la disponibilidad de ayuda financiera a través del programa interno de ayuda del Sistema de Salud. El Sistema de Salud también proporcionará información sobre cómo contactar al personal correspondiente del departamento de finanzas para verificar la exactitud de una factura hospitalaria o verificar ciertos cargos.

Solicitud de programas

El Sistema de Salud asistirá a los pacientes a completar todas las solicitudes necesarias para MassHealth y/o para la determinación como paciente con bajos ingresos, conforme a las regulaciones vigentes. Esto puede incluir:

- i. Completar una solicitud conforme a la Ley del Cuidado de Salud Accesible (*ACA*, por sus siglas en inglés)
- ii. Completar una solicitud por ayuda por dificultades médicas.

C. Aprobación de la cobertura

La oficina de Medicaid es responsable de la evaluación de las solicitudes para MassHealth y otras designaciones como paciente con bajos ingresos. Esto puede incluir la determinación de cobertura bajo la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net) o el Connector. La oficina de Medicaid emitirá todas las notificaciones de elegibilidad.

D. Proceso de reclamo

Un individuo puede solicitar que la oficina revise una determinación relacionada con el estatus de paciente con bajos ingresos o con el cumplimiento por parte del proveedor de las disposiciones del 101 CMR 613.00. La Red de Seguridad de Salud llevará a cabo una revisión siguiendo el siguiente proceso:

- a) El individuo debe enviar un reclamo por escrito a la oficina, junto con la documentación de respaldo. Para solicitar la revisión de una determinación, el individuo debe enviar la solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que recibió la notificación oficial de dicha determinación. Si la oficina solicita información adicional, esta deberá ser presentada dentro de un plazo de 30 días.
- b) La oficina emitirá una decisión escrita con una explicación de los motivos al reclamante y a otras partes relevantes dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la información necesaria.

E. Prácticas de notificación

El Sistema de Salud colocará avisos (letreros) sobre la disponibilidad de ayuda financiera en los siguientes lugares:

- Áreas de prestación de servicios (por ejemplo: hospitalización, clínicas, salas de emergencia y/o salas de espera);
- Áreas de consejería financiera para pacientes;
- Áreas centrales de admisión/registro; y/o
- Oficinas administrativas accesibles a los pacientes.

Los letreros colocados serán claramente visibles y legibles para los pacientes que visiten estas áreas. Todos los avisos y letreros deberán ser traducidos a otros idiomas distintos del inglés si el 10% o más de la población residente en el área de servicio del Sistema de Salud habla dicho idioma. Actualmente, el Sistema de Salud traduce los avisos al inglés y al español. Además, el Sistema de Salud incluirá un aviso sobre la disponibilidad de ayuda financiera en todas las facturas iniciales.

Cuando el paciente contacte al Sistema de Salud, el personal del área de finanzas intentará identificar si el paciente califica para un programa público de ayuda financiera o para un plan de pago. Un paciente inscrito en un programa público de ayuda financiera (por ejemplo: MassHealth o Health Safety Net) puede calificar para ciertos planes de pago.

Los pacientes también pueden calificar para ayuda adicional basada en los criterios internos del Sistema de Salud para ayuda financiera, o bien calificar para cobertura de servicios bajo la categoría de ayuda por dificultades médicas, en función de los ingresos documentados del paciente y de los gastos médicos permitidos.

En los casos en que el Sistema de Salud utilice la solicitud de la Ley de Cuidado de Salud Accesible (*ACA*, por sus siglas en inglés), el Hospital ayudará al paciente a completar la solicitud para MassHealth, ConnectorCare,

el Plan de Seguridad Médica Infantil (*Children's Medical Security Plan*), Health Safety Net, ayuda por dificultades médicas u otras formas de programas de ayuda financiera que pasen a formar parte del programa del Massachusetts Health Connector.

V. Prácticas de facturación y cobro del Sistema de Salud

Principios generales

El Sistema de Salud no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, estatus migratorio, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus pólizas ni en su aplicación, en lo que respecta a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o tratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, estatus como paciente con bajos ingresos según lo determinado por la oficina de Medicaid de Massachusetts, determinación de bajos ingresos, ni en sus prácticas de facturación y cobro. El Sistema de Salud tiene el deber fiduciario de buscar el reembolso por los servicios prestados por parte de individuos que puedan pagar, aseguradoras que cubran el costo de la atención y otros programas de ayuda para los cuales el paciente sea elegible. Para determinar si un paciente puede pagar los servicios brindados y para ayudarlo a encontrar opciones de cobertura alternativa si no tiene seguro o si su seguro es insuficiente, el Sistema de Salud sigue los siguientes criterios relacionados con la facturación y el cobro a pacientes.

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

a. Obligaciones del paciente:

El Sistema de Salud colaborará con el paciente para informarle sobre su deber de proporcionar la siguiente información importante:

Antes de que se brinden servicios médicos (excepto servicios destinados a estabilizar a un paciente con una condición médica de emergencia o que necesite atención urgente), el paciente tiene el deber de proporcionar información exacta y oportuna sobre sus datos demográficos, estatus actual del seguro, cambios en los ingresos familiares o en la cobertura del seguro, información sobre deducibles o copagos adeudados según su seguro existente o programa financiero. La información detallada debe incluir:

- 1) Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones actuales de cobertura médica, información sobre ciudadanía y residencia, y los recursos financieros aplicables que puedan usarse para pagar su factura.
- 2) Nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones actuales de cobertura médica y recursos financieros aplicables para cubrir la factura del paciente.
- 3) Otros recursos que puedan utilizarse para pagar la factura, incluyendo otros seguros, como pólizas de seguro de automóvil o de la casa si el tratamiento fue por un accidente, programas de compensación laboral, seguros estudiantiles y otros ingresos familiares como herencias, donaciones o distribuciones de un fideicomiso disponible, entre otros.

El paciente tiene el deber de hacer seguimiento de su factura hospitalaria pendiente, incluidos copagos, co-seguro y deducibles existentes y de contactar al Sistema de Salud si necesita ayuda para pagar parcial o totalmente su factura. También está obligado a informar a su aseguradora actual (si tiene una) o a la agencia estatal que determinó su elegibilidad en un programa de seguro público sobre cualquier cambio en los ingresos familiares o estatus del seguro. El Sistema de Salud puede ayudar al paciente a actualizar su elegibilidad en un programa público si hay cambios en los ingresos o el seguro, pero solo si el paciente informa al Sistema de Salud sobre hechos que puedan indicar un cambio en su elegibilidad.

El Sistema de Salud colaborará con el paciente para asegurarse de que esté consciente de su deber de notificar al programa público correspondiente en el que esté inscrito (por ejemplo, oficina de Medicaid, Connector, Health Safety Net o programa de ayuda por dificultades médicas) sobre cualquier cambio en los ingresos familiares o si forma parte de un reclamo de seguro que podría cubrir los servicios brindados por el Sistema de Salud. Si hay un tercero (como una aseguradora de auto o de la casa) responsable de cubrir los costos debido a un accidente u otro incidente, el

paciente

trabajará con el Sistema de Salud o el programa correspondiente (incluyendo MassHealth, Connector o Health Safety Net) para ceder el derecho de recuperar los montos pagados y no pagados por dichos servicios.

Un paciente con bajos ingresos debe:

- 1) Presentar un reclamo al seguro por compensación, si está disponible.
- 2) Ceder a la oficina de Health Safety Net o a su agente, el derecho de recuperar un monto igual a los beneficios proporcionados, proveniente de cualquier reclamo u otro proceso contra un tercero.
- 3) Proporcionar información sobre el reclamo u otro procedimiento y cooperar plenamente con la oficina, salvo que se determine que dicha cooperación no sería en el mejor interés del solicitante o miembro o que le causaría un daño grave o trastorno emocional.
- 4) Notificar a la oficina o a MassHealth por escrito dentro de los 10 días posteriores a la presentación de cualquier reclamo, acción civil u otro procedimiento.
- 5) Reembolsar a la oficina con el dinero recibido de un tercero por todos los servicios proporcionados por Health Safety Net a partir de la fecha del accidente o incidente. Si el paciente se ve involucrado en un accidente después de volverse elegible para el programa, el reembolso se limitará a los servicios derivados del accidente.

b. Obligaciones del Sistema de Salud:

El Sistema de Salud hará todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar la información del seguro del paciente y otros datos necesarios para verificar la cobertura de los servicios médicos que brindará el Sistema de Salud. Estos esfuerzos pueden llevarse a cabo al momento de programar los servicios, durante el proceso de pre-registro mientras el paciente está hospitalizado, al momento del alta o durante el proceso de cobro, el cual puede extenderse por un tiempo razonable después del alta.

Además, el Sistema de Salud notificará al paciente sobre la disponibilidad de opciones de cobertura a través de programas de ayuda pública o programas de ayuda financiera del Sistema de Salud, incluyendo MassHealth, el programa de ayuda para pagos de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Program), Health Safety Net o por ayuda por dificultades médicas. Esta información se incluirá en las facturas enviadas al paciente o a su garante después de que se hayan brindado los servicios. Esta información se recopilará antes de proporcionar cualquier servicio médico que no sea de emergencia ni de urgencia (es decir, procedimientos electivos según lo definido en esta póliza de crédito y cobro). El Sistema de Salud retrasará cualquier intento de obtener esta información mientras el paciente esté siendo tratado por una condición médica de emergencia o por servicios de atención urgente.

Los esfuerzos de diligencia del Sistema de Salud incluirán, pero no se limitarán a: solicitar información sobre el estatus de seguro del paciente, verificar en bases de datos de seguros públicos o privados disponibles y seguir las reglas de facturación y autorización. Para muchos pacientes, la verificación de cobertura se realiza solicitando una copia de la tarjeta de seguro médico del paciente o verificando en el Sistema de Verificación de Elegibilidad de MassHealth (*EVS, por sus siglas en inglés*) si está cubierto por un programa público aplicable.

Cuando el personal de registro o admisión del Sistema de Salud tenga conocimiento de esta información, deberá informar también a los pacientes sobre su obligación de notificar a los programas públicos correspondientes cualquier cambio en los ingresos familiares, el estatus del seguro o la existencia de otros recursos que puedan usarse para pagar la factura del paciente (como seguros de vehículos, seguros del hogar, compensación laboral o seguros estudiantiles).

El Sistema de Salud presentará los reclamos a todas las aseguradoras usando el código de servicio designado por la aseguradora correspondiente al servicio proporcionado.

El Sistema de Salud apelará cualquier reclamo denegado cuando el servicio sea pagadero total o

parcialmente por una compañía de seguros de terceros que sea responsable de los costos recientes

de atención médica del paciente. El Sistema de Salud también devolverá cualquier pago recibido de MassHealth si se identifica una fuente de pago alternativa de terceros.

Si el paciente o su garante/tutor no puede proporcionar la información necesaria y el paciente da su consentimiento, el Sistema de Salud hará esfuerzos razonables para contactar a familiares, a amigos, al garante/tutor u a otras terceras personas para obtener información adicional. Esto puede suceder al momento de programar los servicios, durante el pre-registro, mientras el paciente está hospitalizado, al ser dado de alta o dentro de un plazo razonable después del alta.

c. Accidentes de vehículo motorizado y reclamos por responsabilidad de terceros

El Sistema de Salud también hará esfuerzos razonables y diligentes para investigar si un recurso de terceros puede ser responsable de cubrir los servicios proporcionados por el Sistema de Salud incluyendo, pero no limitándose a: (1) Una póliza de responsabilidad de vehículos motorizados o del hogar, (2) Pólizas generales de accidentes o de protección contra lesiones personales, (3) Programas de compensación laboral, (4) Pólizas de seguro estudiantil, entre otros. De acuerdo con las regulaciones estatales aplicables o con el contrato del seguro, en cualquier reclamo donde los esfuerzos razonables y diligentes del Sistema de Salud resulten en un pago por parte de una aseguradora privada o programa público, el Sistema de Salud informará dicho pago y lo descontará de cualquier reclamo que haya sido cubierto por esa aseguradora privada o programa público. Para programas estatales de ayuda pública, el Sistema de Salud no está obligado a obtener la cesión de derechos del paciente hacia la cobertura de un tercero en servicios brindados debido a un accidente. En estos casos, será el estado de Massachusetts el que intentará obtener la cesión de derechos sobre los costos de los servicios prestados al paciente y que fueron pagados por la oficina de Medicaid o el programa Health Safety Net.

El Sistema de Salud mantiene toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables sobre privacidad, seguridad y protección contra robo de identidad.

B. Prácticas de facturación del Sistema de Salud

El Sistema de Salud realiza el mismo esfuerzo razonable y sigue el mismo proceso razonable para cobrar facturas adeudadas por un paciente sin seguro que el que aplica a todos los demás pacientes. El Sistema de Salud primero demostrará que existe un saldo pendiente relacionado con servicios brindados al paciente y que no está cubierto por un seguro privado ni por un programa de ayuda financiera. El Sistema de Salud sigue procedimientos razonables de facturación/cobro que incluyen:

- a. El Sistema de Salud enviará una factura inicial al paciente o a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente. Esta factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de ayuda financiera (incluyendo, pero sin limitarse a MassHealth, el programa de ayuda de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, Health Safety Net y el programa de ayuda por dificultades médicas para cubrir el costo de la factura del Sistema de Salud.
- b. Facturaciones subsecuentes, llamadas telefónicas, cartas de cobro, notificaciones de contacto personal, notificaciones por computadora, u otro método legítimo que constituya un esfuerzo genuino por contactar a la parte responsable del saldo pendiente, también incluirán información sobre cómo el paciente puede contactar al Sistema de Salud si necesita ayuda financiera.
- c. Envío de un aviso final por correo certificado para pacientes sin seguro (aquellos no inscritos en un programa como MassHealth o HSN) que tengan un saldo de deuda incobrable de emergencia superior a \$1,000 por servicios de nivel de emergencia únicamente, donde los avisos anteriores no hayan sido devueltos como "dirección incorrecta" o "no entregable", notificando además sobre la disponibilidad de ayuda financiera en dicha comunicación.
- d. Si es posible, la documentación de los esfuerzos alternativos para localizar a la parte responsable del pago o la dirección correcta cuando las facturas sean devueltas por el Servicio Postal de EE.UU. como "dirección incorrecta" o "no entregable".

- e. Documentación de acciones continuas de facturación o cobro realizadas durante 120 días desde la fecha del servicio, la cual estará disponible para los programas federales y/o estatales aplicables para verificar dichos esfuerzos.
- f. Verificación en el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Massachusetts (*EVS, por sus siglas en inglés*) para asegurarse de que el paciente no sea un paciente con bajos ingresos y no haya presentado una solicitud para MassHealth, el programa de ayuda de primas de Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, Health Safety Net o ayuda por dificultades médicas, antes de presentar reclamos ante la oficina de Health Safety Net por cobertura de deuda incobrable de emergencia por servicios de emergencia o atención urgente.

C. Programas de ayuda financiera del Sistema de Salud

Los pacientes que son elegibles para inscribirse en un programa estatal de ayuda pública (como MassHealth, programas de ayuda de primas operados por e Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, Health Safety Net o por ayuda por dificultades médicas) se consideran inscritos en un programa de ayuda financiera. Para todos los pacientes inscritos en estos programas, el Sistema de Salud solo podrá cobrar los copagos, co-seguro o deducibles específicos estipulados por las regulaciones estatales aplicables y que puedan estar indicados en el Sistema de Información de Gestión de Medicaid (*MMIS, por sus siglas en inglés*).

El Sistema de Salud buscará un pago específico de aquellos pacientes que no califican para la inscripción en un programa estatal de ayuda pública de Massachusetts, como los residentes de otros estados, pero que de otro modo cumplen con los criterios generales de elegibilidad financiera. En estos casos, el Sistema de Salud notificará al paciente si existen recursos adicionales disponibles según sus ingresos y otros criterios, según lo establecido en la póliza de ayuda financiera del Sistema de Salud.

El Sistema de Salud, cuando el paciente lo solicite y con base en una revisión interna de su situación financiera, también puede ofrecerle un descuento adicional u otra forma de ayuda financiera. Dicha revisión será parte de un programa de ayuda financiera separado del Sistema de Salud, aplicado de manera uniforme a todos los pacientes y tomará en cuenta la situación financiera documentada del paciente y su incapacidad para pagar tras haber aplicado acciones razonables de cobro. Cualquier descuento otorgado por el Sistema de Salud será coherente con los requisitos federales y estatales y no influirá en la decisión del paciente de recibir servicios en el Sistema de Salud.

D. Poblaciones excluidas de las actividades de cobro

El Sistema de Salud tomará medidas razonables para garantizar que no se inicien acciones de cobro, incluidas llamadas telefónicas, estados de cuenta o cartas, para aquellos saldos de pacientes que puedan estar excluidos de dichas acciones según las regulaciones y pólizas estatales. Las siguientes personas y poblaciones de pacientes están excluidas de los procedimientos de facturación o cobro: pacientes inscritos en un programa de seguro público de salud, incluidos pero no limitados a MassHealth, Ayuda de Emergencia para ancianos, discapacitados y el Plan de Seguridad Médica Infantil, si el ingreso MAGI es igual o inferior al 300% del nivel federal de pobreza (FPL); pacientes con bajos ingresos que no sean únicamente dentales según lo determine MassHealth y Health Safety Net, incluidos aquellos con ingresos familiares MAGI o ingreso familiar contable por ayuda por dificultades médicas entre el 150.1% y el 300% del FPL; y aquellos con ayuda por dificultades médicas, sujeto a las siguientes excepciones:

- 1.) El Sistema de Salud puede realizar acciones de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas mencionados por los copagos y deducibles requeridos establecidos por cada programa específico.

- 2.) El Sistema de Salud puede iniciar facturación o cobro a un paciente que afirme estar inscrito en un programa de ayuda financiera que cubre los costos de los servicios del Sistema de Salud, pero que no proporcione prueba de dicha participación. Una vez que el Sistema de Salud reciba prueba satisfactoria (incluida la solicitud firmada o su verificación), detendrá sus actividades de facturación y cobro.
- 3.) El Sistema de Salud puede continuar con acciones de cobro contra cualquier paciente con bajos ingresos por servicios brindados antes de la determinación de tal estatus, siempre que la elegibilidad actual como paciente con bajos ingresos haya expirado, sido revocada o no se haya identificado en el Sistema de Verificación de Elegibilidad del Estado (*EVS, por sus siglas en inglés*) o el Sistema de Información de Gestión de Medicaid. Sin embargo, una vez que se determine que el paciente es elegible y esté inscrito en MassHealth, en el Programa de Ayuda de Primas, en el Programa de Seguridad Médica Infantil o en el programa de ayuda por dificultades médicas, el Sistema de Salud detendrá las acciones de cobro por los servicios (excepto copagos y deducibles) brindados antes del inicio de su elegibilidad.
- 4.) El Sistema de Salud puede buscar cobro contra pacientes inscritos en los programas mencionados por servicios no cubiertos por los cuales el paciente haya acordado ser responsable, siempre que el Sistema de Salud haya obtenido previamente el consentimiento por escrito del paciente para ser facturado por dicho servicio. No obstante, incluso en estos casos, el Sistema de Salud no podrá cobrar al paciente por reclamos relacionados con errores médicos ni por reclamos denegados por la aseguradora principal del paciente debido a errores administrativos o de facturación.

E. Acciones extraordinarias de cobro

- a) El Sistema de Salud no llevará a cabo ninguna "acción extraordinaria de cobro" hasta que haya realizado esfuerzos razonables y una revisión adecuada del estado financiero del paciente, así como de otra información necesaria para determinar su elegibilidad para ayuda financiera, lo que puede determinar si un paciente tiene derecho a dicha ayuda o a una exoneración de actividades de cobro o facturación según esta póliza de crédito y cobro. El Sistema de Salud conservará toda la documentación utilizada en esta determinación de conformidad con su póliza de retención de registros.
- b) El Sistema de Salud aceptará y procesará una solicitud de ayuda financiera presentada por un paciente durante todo el "período de solicitud". El "período de solicitud" comienza en la fecha en que se brinda la atención médica y finaliza en la fecha posterior entre: el día 240 después de que se haya enviado la primera factura post-alta por la atención brindada o 30 días después de que el Sistema de Salud haya proporcionado el aviso de 30 días descrito más adelante. En el caso de que el Sistema de Salud haya determinado presuntamente que un paciente es elegible para una ayuda menos generosa según su póliza de ayuda financiera, el período de solicitud no finaliza antes de que se haya dado al paciente un período razonable para solicitar una ayuda más generosa, tal como se describe a continuación.
- c) Se consideran acciones extraordinarias de cobro lo siguiente:
 - i) Vender la deuda del paciente a otra entidad (excepto si se cumplen los requisitos especiales que se detallan a continuación);
 - ii) Informar sobre la deuda del paciente a agencias de informes de crédito o burós de crédito;
 - iii) Posponer, negar o exigir un pago antes de prestar atención médica necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas anteriores cubiertas por la póliza de ayuda financiera del Sistema de Salud (lo cual se considera una acción extraordinaria en relación con la atención previamente brindada);
 - iv) Acciones que requieran procesos legales o judiciales, incluyendo:
 - (1) Imponer un gravamen sobre una propiedad del paciente;
 - (2) Ejercer una ejecución hipotecaria sobre un bien inmueble;
 - (3) Embargar o confiscar cuentas bancarias u otras propiedades personales;
 - (4) Iniciar una demanda civil contra el paciente;
 - (5) Causar el arresto del paciente;
 - (6) Causar que se emita una orden de arresto contra el paciente;
 - (7) Embargar el salario del paciente.

- v) El Sistema de Salud tratará la venta de una deuda del paciente como una acción extraordinaria de cobro, a menos que se haya firmado un acuerdo por escrito y vinculante con el comprador de la deuda, que estipule que (i) el comprador tiene prohibido llevar a cabo cualquier acción extraordinaria de cobro para obtener el pago; (ii) el comprador no puede cobrar intereses superiores a la tasa aplicable del IRS por pagos atrasados; (iii) la deuda puede ser devuelta o recuperada por el Sistema de Salud si se determina que el paciente es elegible para ayuda financiera; (iv) si la deuda no es devuelta y se confirma que el paciente es elegible para ayuda, el comprador deberá asegurarse de que el paciente no pague más de lo que le corresponde conforme a la póliza de ayuda financiera del Sistema de Salud.
- vi) Las acciones extraordinarias de cobro también incluyen aquellas que se tomen contra cualquier otra persona responsable del pago de la factura hospitalaria del paciente.
- d) El Sistema de Salud se abstendrá de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro por un período mínimo de 120 días desde la fecha en que se proporciona la primera factura post-alta por la atención médica brindada, salvo los requisitos especiales aplicables a la atención médica necesaria como se describe más adelante.
- e) Además de abstenerse de iniciar acciones extraordinarias durante esos 120 días, el Sistema de Salud se abstendrá de tomar dichas acciones por un período de al menos 30 días adicionales después de haber notificado al paciente sobre su póliza de ayuda financiera, de la siguiente manera: el Sistema de Salud (i) proporciona al paciente un aviso escrito que indica que hay ayuda financiera disponible para pacientes elegibles, que identifica las acciones de cobro extraordinarias que el Sistema de Salud (u otra parte autorizada) pretende iniciar para obtener el pago de la atención y que establece una fecha límite después de la cual se pueden iniciar acciones de cobro extraordinarias que no sea anterior a 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso escrito; (ii) proporciona al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la póliza de ayuda financiera y (iii) hace un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente sobre la póliza de ayuda financiera y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de la póliza de ayuda financiera; excepto que se aplican requisitos especiales para diferir o denegar la atención médicamente necesaria como se describe a continuación.
- f) El Sistema de Salud cumplirá con los siguientes requisitos especiales en caso de que aplase o deniegue la atención médica por falta de pago de atención médica previa que fuera elegible para ayuda financiera. El Sistema de Salud podrá avisar con menos de 30 días de anticipación, como se describe anteriormente, si proporciona al paciente un formulario de solicitud de ayuda financiera y una notificación por escrito que indique que la ayuda financiera está disponible para los pacientes elegibles. La notificación por escrito indicará una fecha límite después de la cual el Sistema de Salud dejará de aceptar ni procesar solicitudes de ayuda financiera, que no será anterior al final del período de solicitud ni 30 días después de la fecha en que se proporcionó la primera notificación por escrito. Si el paciente presenta una solicitud antes de la fecha límite, el Sistema de Salud la procesará de forma acelerada.
- g) Si un paciente presenta una solicitud de ayuda financiera, completa o incompleta, según la póliza de ayuda financiera del Sistema de Salud, durante el período de solicitud, el Sistema de Salud suspenderá cualquier acción extraordinaria de cobro para obtener el pago de la atención. En tal caso, el Sistema de Salud no iniciará ni tomará medidas adicionales respecto de ninguna acción extraordinaria de cobro previamente iniciada hasta que (i) el Sistema de Salud haya determinado si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera según la póliza de ayuda financiera o (ii) en el caso de una solicitud de ayuda financiera incompleta, el paciente no haya respondido a las solicitudes de información o documentación adicional dentro de un plazo razonable. El Sistema de Salud también tomará medidas adicionales, dependiendo de si la solicitud está completa o incompleta, como se describe a continuación.
- h) En caso de que un paciente presente una solicitud completa de ayuda financiera durante el período de solicitud, el Sistema de Salud también determinará si es elegible para recibir esta ayuda financiera. Si el Sistema de Salud determina que el paciente es elegible para recibir ayuda que no sea atención gratuita, el Sistema de Salud (i) le proporcionará un estado de cuenta que indique el monto que el paciente adeuda por la atención como paciente elegible para ayuda financiera e indique o describa

cómo el paciente puede obtener información sobre los montos generalmente facturados por la atención recibida, (ii) le

reembolsará al paciente cualquier monto que haya pagado por la atención médica que exceda el monto que se determina que el paciente es personalmente responsable de pagar y (iii) tomará todas las medidas razonables para revertir cualquier acción de cobro extraordinaria tomada contra el paciente para obtener el pago de la atención, (con las excepciones de la venta de deuda y el aplazamiento o denegación o la exigencia de un pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de facturas anteriores por atención médica brindada previamente para la cual el paciente era elegible para ayuda financiera). Las medidas razonables para revertir dicha acción de cobro extraordinaria incluirán medidas para anular cualquier sentencia, levantar cualquier embargo o gravamen y eliminar el informe crediticio del paciente de cualquier información adversa reportada a una agencia de informes crediticios o una agencia de crédito.

- i) En caso de que un paciente presente una solicitud incompleta de ayuda financiera durante el período de solicitud, el Sistema de Salud le proporcionará además una notificación por escrito que describa la información o documentación adicional requerida según la póliza de ayuda financiera, incluyendo su información de contacto.
- j) El Sistema de Salud podrá determinar presuntamente que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera según la póliza de ayuda financiera basándose en información distinta a la proporcionada por el paciente o en una determinación previa de elegibilidad. En caso de que se determine que un paciente es elegible para una ayuda inferior a la más generosa disponible según la póliza de ayuda financiera, el Sistema de Salud: (i) notificará al paciente sobre el fundamento de la determinación presunta de elegibilidad y la forma de solicitar una ayuda más generosa disponible según la póliza de ayuda financiera; (ii) le dará al paciente un plazo razonable para solicitar una ayuda más generosa antes de iniciar acciones extraordinarias de cobro para obtener el monto adeudado con descuento y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa para obtener una ayuda financiera más generosa durante el período de solicitud, determinar si el paciente es elegible para dicho descuento.
- k) El Sistema de Salud no embargará el salario de un paciente con bajos ingresos ni el de su garante, ni ejecutará un gravamen sobre su residencia o vehículo motorizado, a menos que: (1) el Sistema de Salud pueda demostrar que el paciente o su garante tienen la capacidad de pago, (2) el paciente/garante no haya respondido a las solicitudes de información del Sistema de Salud o se haya negado a cooperar con el Sistema de Salud para buscar un programa de ayuda financiera disponible y (3) a efectos del gravamen, este haya sido aprobado por la Junta Directiva del Sistema de Salud caso por caso.
- l) El Sistema de Salud y sus agentes no continuarán con las gestiones de cobro ni facturación relacionadas con un paciente que sea parte de un procedimiento de bancarota, excepto para garantizar sus derechos como acreedor en el orden correspondiente (el programa de ayuda pública correspondiente que haya pagado los servicios también podrá tomar medidas similares). El Sistema de Salud y sus agentes tampoco cobrarán intereses sobre saldos vencidos a pacientes con bajos ingresos ni a pacientes que cumplan con los criterios de cobertura a través del programa interno de ayuda financiera del Sistema de Salud.
- m) El Sistema de Salud cumple con los requisitos de facturación aplicables y cumple con los requisitos estatales y federales aplicables en relación con el impago de servicios específicos que fueron resultado o están directamente relacionados con un Evento Grave Reportable (*SER, por sus siglas en inglés*), la corrección del Evento Grave Reportable, una complicación posterior derivada de este evento grave o un reingreso al mismo Sistema de Salud por servicios asociados al Evento Grave Reportable.
- n) Los Eventos Graves Reportables que no ocurren en el Sistema de Salud quedan excluidos de esta determinación de impago, siempre que el centro tratante y el centro responsable del evento no tengan propiedad común ni una matriz corporativa común. El Sistema de Salud tampoco solicita el pago a pacientes con bajos ingresos a través del programa Health Safety Net cuyos reclamos fueron inicialmente denegados por un programa de seguros debido a un error administrativo de facturación por parte del Hospital.

F. Agencias externas de cobranza

El Sistema de Salud podrá contratar una agencia de cobro externa para que le ayude en la cobranza de ciertas cuentas, incluyendo las cantidades a cargo del paciente que no se resuelvan después de 120 días de acciones de cobro continuas. El Sistema de Salud también podrá celebrar contratos vinculantes con agencias de cobro externas. Cualquier contrato que permita la venta de deuda que no se considere

una acción de cobro extraordinaria cumplirá con los requisitos descritos anteriormente. En todos los demás casos, si el Sistema de Salud vende o transfiere la deuda de un paciente a otra parte, el acuerdo con la otra parte se

diseñará razonablemente para garantizar que no se tomen acciones de cobro extraordinarias hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera, incluyendo lo siguiente:

- i. Si un paciente presenta una solicitud antes del final del período de solicitud, la parte suspenderá las acciones de cobro extraordinarias;
- ii. Si el paciente presenta una solicitud de ayuda financiera antes del final del período de solicitud y se determina que es elegible para recibirla, la parte se adherirá a los procedimientos para garantizar que el paciente no pague, a la parte y al Sistema de Salud en conjunto, más de lo que le corresponde según la póliza de ayuda financiera y para revertir cualquier acción de cobro extraordinaria. Y
- iii. Si la parte remite o vende la deuda a otra parte, deberá obtener un acuerdo por escrito que cumpla con todos los requisitos anteriores.

Todas las agencias de cobranza externas contratadas por el Sistema de Salud brindarán al paciente la oportunidad de presentar una queja y enviarán al Sistema de Salud los resultados de dichas quejas. El Sistema de Salud exige que cualquier agencia de cobranza externa que utilice cumpla con los requisitos federales y estatales de cobro justo de deudas.

G. Deudas incobrables

El Sistema de Salud hará todos los esfuerzos razonables para cobrar los saldos pendientes. El Sistema de Salud enviará una factura inicial y, posteriormente, estados de cuenta mensuales durante un período de 120 días. Si al final de este ciclo de facturación el saldo permanece impago o no se han realizado los pagos a plazos, se enviará al paciente o al garante una carta de aviso final. Las cuentas que permanezcan impagas (10) días después de la fecha de la carta de aviso final serán revisadas y, a discreción del Sistema de Salud, se contabilizarán como deudas incobrables. Las cuentas se colocarán en las agencias de cobranza durante un período determinado. Al finalizar el plazo designado, el agente devolverá al Hospital todas las cuentas impagas o con pagos a plazos pendientes. El agente suspenderá todas las gestiones de cobro.

H. Descuentos

El Sistema de Salud podrá ofrecer descuentos a las cuentas de deudas incobrables por razones tales como: a) un acuerdo individualizado debido a un cambio en la situación financiera del paciente; b) cualquier otro descuento a discreción del Sistema de Salud. Esto podría determinarse para ayudar a reducir nuestros costos administrativos por cobro de las cuentas.

VI. Depósitos y planes de pago

De conformidad con las regulaciones de la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts (Massachusetts Health Safety Net) relativas a pacientes que: (1) se consideran "pacientes con bajos ingresos" o (2) califican para una ayuda por dificultades médicas, el Sistema de Salud ofrece los siguientes depósitos y planes de pago. Cualquier otro plan se basará en el programa interno de ayuda financiera del Hospital y no se aplicará a pacientes con capacidad de pago.

a) Servicios de Emergencia

El Sistema de Salud no podrá exigir depósitos previos al ingreso o al tratamiento a las personas que requieran servicios de nivel de emergencia o que se consideren pacientes con bajos ingresos.

b) Depósitos para pacientes con bajos ingresos

El Sistema de Salud podrá solicitar un depósito a las personas consideradas pacientes con bajos ingresos. Dicho Sistema de Salud sus depósitos deberán limitarse al 20% del monto del deducible, hasta un máximo de \$500. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101CMR 613.08(1)(f).

c) Depósitos para pacientes con ayuda por dificultades médicas

El Sistema de Salud podrá solicitar un depósito a los pacientes elegibles para una ayuda por dificultades médicas. Los depósitos se limitarán a 20% de la contribución por ayuda por dificultades médicas hasta \$1,000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(f).

d) Planes de Pago para pacientes con bajos ingresos de conformidad con el Programa de la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts (HSN, por sus siglas en inglés)

Los planes de pago están disponibles para los pacientes y se determinarán a través de los asesores financieros de LGH y de acuerdo con las regulaciones vigentes de la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts (HSN). A un paciente con un saldo de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago sin intereses de al menos un año con un pago mensual mínimo no mayor a \$25. A un paciente con un saldo de más de \$1,000, después del depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago sin intereses de al menos dos años.

e) Deducible único de CommonHealth

A solicitud del paciente, el Sistema de Salud puede facturar a un paciente con bajos ingresos para que pueda cumplir con el deducible único de CommonHealth requerido.

f) Planes de Pago para pacientes con bajos ingresos de la Red de Seguridad de Salud parcial (HSN) de conformidad con el Programa de Seguridad de Salud de Massachusetts para servicios prestados fuera del campus.

El Sistema de Salud también ofrece a los pacientes con bajos ingresos con cobertura parcial de Health Safety Net un plan de co-seguro que les permite pagar el 20 % del pago de Health Safety Net por cada visita hasta alcanzar su deducible anual. El saldo restante se debitará de Health Safety Net.

VII. Derechos y responsabilidades del paciente

El Sistema de Salud informará a los pacientes, según lo establecido en 101CMR 613.08(2):

- a. El derecho del paciente a solicitar todos los Programas de Ayuda Pública, incluyendo MassHealth, los programas Health Connector, Health Safety Net y programas de ayuda por dificultades médicas. El Sistema de Salud le ayudará a completar las solicitudes.
- b. El Sistema de Salud informará a los pacientes sobre su derecho a un plan de pagos.
 - b2. Si necesita un intérprete para hablar sobre su factura en persona, por favor comuníquese con nosotros antes de su cita llamando al 978-683-4000, ext. 2676, y deje un mensaje. Un asesor financiero se comunicará con usted para coordinar un intérprete en el idioma correspondiente. Por favor, deje su nombre, idioma de preferencia, la fecha y hora de su próxima cita, y el mejor número de teléfono para comunicarse con usted.
- c. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de proporcionar toda la documentación requerida por el estado para procesar las solicitudes de los Programas de Ayuda Pública.
- d. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de informar al estado sobre cualquier cambio en su estado de elegibilidad, los ingresos del hogar y la responsabilidad civil disponible.
- e. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de realizar un seguimiento de sus deducibles y proporcionar documentación al proveedor cuando se haya alcanzado el deducible.
- f. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de informar a MassHealth o a la oficina de la Red de Seguridad de Salud si ha sufrido un accidente o sufre una enfermedad, lesión u otra pérdida que haya dado lugar o pueda dar lugar a una demanda o reclamo al seguro y presentará un reclamo por indemnización, si corresponde.
- g. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de ceder a la oficina de la Red de Seguridad de Salud el derecho a recuperar una cantidad equivalente al pago de esta red proporcionado con el producto de cualquier reclamo u otro procedimiento contra un tercero.
- h. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de proporcionar información sobre el reclamo o cualquier procedimiento y de cooperar plenamente con la oficina de la Red de Seguridad de Salud o su contratista.
- i. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de notificar por escrito a la oficina de la Red de Seguridad de Salud o a MassHealth dentro de los diez días siguientes a la presentación de cualquier reclamo, acción civil u otro procedimiento.
- j. El Sistema de Salud informará al paciente sobre su obligación de reembolsar a la Red de Seguridad de Salud con el dinero recibido de un tercero por todos los servicios elegibles prestados a partir de la fecha del accidente o incidente, después de convertirse en un paciente con bajos ingresos a efectos del pago de la Red de Seguridad de Salud.
- k. El Sistema de Salud informará al paciente que la oficina de la Red de Seguridad de Salud recupera

las sumas directamente del paciente en la medida en que este haya recibido el pago de un tercero por la atención médica pagada por la Red de Seguridad de Salud o en la medida especificada en

Definiciones

Deuda incobrable

Una cuenta por cobrar basada en servicios prestados a un paciente que se considera incobrable, tras esfuerzos razonables de cobro, de acuerdo con los requisitos de 101CMR 613; se imputa como pérdida crediticia; no es obligación de una unidad gubernamental, del gobierno federal o estatal, ni de ninguna de sus agencias; no es un servicio de salud reembolsable y no se considera un paciente con bajos ingresos según se define en esta póliza.

Acción de cobro

Cualquier actividad mediante la cual el Sistema de Salud, sus entidades o su agente designado solicita el pago de servicios a un paciente o parte responsable. Una acción de cobro incluye la solicitud de depósitos previos al ingreso o al tratamiento, estados de cuenta, cartas de cobro, contactos telefónicos, contactos personales y actividades de agencias de cobro y abogados.

Servicios electivos

Servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de emergencia o urgencia. Por lo general, estos servicios son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o por el proveedor de atención médica (hospital, consultorio médico, etc.).

Deuda incobrable de emergencia

El monto de la deuda incobrable por servicios de emergencia que cumple con los criterios establecidos en 114.6 CMR13.05.

EVS

Sistema de Verificación de Elegibilidad de Mass Health

Condición médica de emergencia

Una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas de suficiente gravedad, incluyendo dolor intenso, que una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata ponga en grave peligro la salud de la persona o de otra persona o cause un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o en el caso de mujeres embarazadas, según se define con más detalle en 42 U.S.C.§1395dd(e)(1)(B).

Programas de ayuda financiera

Un programa de ayuda financiera está diseñado para ayudar a pacientes con bajos ingresos que, de otro modo, no tendrían la capacidad de pagar sus servicios de atención médica. Dicha ayuda debe considerar la capacidad de cada persona para contribuir al costo de su atención, incluyendo una revisión de todas las fuentes de ingresos familiares y otras situaciones de seguro. También se considera a los pacientes que han agotado los beneficios de su seguro o que superan los criterios de elegibilidad financiera, pero enfrentan costos médicos extraordinarios. Un programa de ayuda financiera no sustituye a un programa de seguro patrocinado por el empleador, una ayuda financiera pública ni un programa de seguro adquirido individualmente.

Servicios de atención médica

Servicios hospitalarios (prestados en un entorno hospitalario o ambulatorio) que se espera razonablemente que prevengan, diagnostiquen, prevengan el empeoramiento, alivien, corrijan o curen 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.

Paciente con bajos ingresos

Una persona que cumple con los criterios establecidos en el Título 101 del Código de Regulaciones de Massachusetts (CMR), Sección 613.04(1). Un paciente cumple con los criterios financieros para recibir atención gratuita o parcial bajo la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net) según sus ingresos y bienes para los residentes de Massachusetts. Los residentes no calificados y los no residentes del estado de Massachusetts serán evaluados en relación con el programa de ayuda financiera complementaria del Merrimack Health.

Servicio médicamente necesario

Un servicio que se espera razonablemente que prevenga, diagnostique, prevenga el empeoramiento, alivie, corrija o cure afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento, dolor, causan deformidad o disfunción física, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultan en enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluirán servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, según lo autorizado por el Título XIX de la Ley Federal del Seguro Social.

Atención primaria o electiva

Atención médica requerida por personas o familias, apropiada para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. La atención primaria consiste en servicios de atención médica prestados habitualmente por médicos generales o de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeras de atención primaria o auxiliares médicos. La atención primaria no requiere los recursos especializados de un servicio de urgencias de un Hospital y excluye los servicios auxiliares y los servicios de maternidad.

Residente

Una persona que reside en Massachusetts con la intención de permanecer, según lo definido en el Título 130 del CMR, secciones 503.002(A) a (D). No se consideran residentes a: (a) las personas que llegaron a Massachusetts para recibir atención médica en un entorno distinto a un centro de enfermería y que residen fuera de Massachusetts; (b) las personas cuyo paradero se desconoce o (c) los reclusos de instituciones penitenciarias, excepto en las siguientes circunstancias:

1. Se encuentren hospitalizados en un centro médico o
2. Residan fuera de la institución penitenciaria, se encuentren en libertad condicional, libertad vigilada o libertad domiciliaria y no regresen a la institución para pernoctar.

La matriculación en una institución de educación superior de Massachusetts o el internamiento en una institución médica de Massachusetts, distinta a un centro de enfermería, no es suficiente para establecer la residencia.

Clínica satélite

Un centro que opera bajo la licencia de Sistema de Salud de Cuidados Agudos, está sujeto a la gestión fiscal, administrativa y clínica del Sistema de Salud de Cuidados Agudos, presta servicios exclusivamente de forma ambulatoria, no está ubicado en el mismo lugar que el centro de hospitalización del Sistema de Salud de Cuidados Agudos y tiene la condición de proveedor de acuerdo con el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Sección 413.65.

Los Programas estatales de ayuda pública incluyen:

- MassHealth: programa de seguro médico público para residentes de Massachusetts con bajos ingresos que cubre la totalidad o parte de los servicios de salud.
- Connector Care: seguro médico para residentes de Massachusetts con bajos ingresos que no cuentan con seguro médico.
- CommonHealth: programa de MassHealth para adultos y niños con discapacidad, administrado por la agencia MassHealth.
- Plan de Seguridad Médica Infantil (*CMSP, por sus siglas en inglés*): seguro médico para residentes de Massachusetts sin seguro médico menores de 19 años que no califican para MassHealth.
- Prescription Advantage: plan de seguro de medicamentos recetados para adultos mayores y residentes con discapacidad que ofrece cobertura primaria de medicamentos recetados.
- Health Safety Net: programa para residentes de Massachusetts que no califican para un seguro médico o que no pueden pagar los servicios de salud.

Terceros

Cualquier persona, entidad o programa que sea o pueda ser responsable de pagar la totalidad o parte del costo de los servicios médicos.

Paciente con seguro insuficiente

Un paciente cuyo plan de seguro médico o plan autoasegurado no cubre, total o parcialmente, los servicios de salud que son elegibles para el pago de Health Safety Net, siempre que el paciente cumpla con los

Paciente sin seguro

Un paciente residente del Commonwealth que no está cubierto por un plan de seguro médico ni por un plan de autoseguro y que no es elegible para un programa de ayuda médica. Un paciente que tiene una póliza de seguro médico o es miembro de un seguro médico o programa de beneficios que requiere el pago de deducibles o copagos o que no cubre ciertos servicios o procedimientos médicos, no se considera sin seguro.

Servicios de urgencia

Son los servicios médicamente necesarios que se brindan en un Sistema de Salud de cuidados agudos o un centro de salud comunitario 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, causar deterioro de las funciones corporales o disfunción de algún órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se brindan para afecciones que no ponen en peligro la vida ni representan un alto riesgo de daño grave para la salud de una persona. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria ni electiva.

VIII. Documentos probatorios adjuntos

- 1) Anuncios: publicados en inglés y español (ref. V. A.)
 - a) “Disponibilidad de Ayuda Financiera y Programas de Ayuda Pública”
 - b) “Disponibilidad de Ayuda Financiera y de Programas Públicos de Ayuda”
- 2) Formulario de permiso para compartir información (*PSI, por sus siglas en inglés*) de MassHealth
 - a) Inglés
 - b) Español
- 3) Acuerdo de plan de pago - Descuento para personas sin seguro
 - a) Inglés
 - b) Español
- 4) Formulario de declaración de ingresos - Descuento para personas sin seguro
 - a) Inglés
 - b) Español
- 5) Estado de cuenta detallado del paciente (vista frontal y posterior)
- 6) Estados de cuenta del paciente con seguros n.º 1, n.º 2 y n.º 3 (vista frontal y posterior)
- 7) Estados de cuenta del paciente con pago por cuenta propia (vista frontal y posterior)
- 8) Carta de aviso final al paciente (vista frontal y posterior)
- 9) Pautas sobre pobreza de Massachusetts de 2016
- 10) Folleto del programa de ayuda financiera
 - a) Inglés
 - b) Español

