



Política de Asistencia Financiera, Crédito y Cobro

29 de septiembre de 2023

Aprobado por:

Nombre: Steven McCue

Cargo: Director Financiero – Health Alliance-Clinton

Fecha: 29/sep/2023

Adopción de la Junta:

Fecha: 29/sep/2023

Contacto:

John Salzberg

Vicepresidente Sénior, Director Financiero y de Ingresos

Teléfono: 508-334-1789

Correo electrónico: john.salzberg@umassmemorial.org

Índice

I.	Política.....	3
II.	Prestación de servicios de atención médica	3
III.	EMTALA	3
IV.	Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni de urgencia (“electivos”)	4
V.	Eventos graves notificables	4
VI.	Recopilación de información financiera de pacientes.....	5
	a. Pacientes con cobertura de seguro	5
	b. Pacientes sin cobertura de seguro	5
VII.	Programas de Asistencia Financiera del Commonwealth de Massachusetts	6
	a. Health Safety Net	6
	b. Dificultades médicas	8
	c. Exclusiones de cobertura estatal	9
	d. Proceso de solicitud	10
	e. Verificación de ingresos	10
	f. Verificación de identidad	10
VIII.	Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care	11
	a. Proceso de solicitud	11
	b. Elegibilidad	11
	c. Solicitud completa	11
	d. Solicitud incompleta	12
	e. Verificaciones de ingresos	12
	f. Período de elegibilidad	13
	g. Servicios elegibles.....	13
	h. Servicios no elegibles	13
	i. Base para calcular el monto cobrado	14
	j. Información y asistencia	14
IX.	Cobertura adicional y atención con descuento proporcionada por HealthAlliance-Clinton a los pacientes.....	15
	a. Continuación de la cobertura	15
	b. Descuento por pronto pago.....	15
X.	Procedimientos de facturación y cobro.....	15
	a. Facturación a terceros pagadores	15
	b. Facturación y cobro de pago por cuenta propia.....	16
	c. Medidas extraordinarias de cobro (ECA)	17
	d. Servicio al cliente	17
	e. Planes de pago.....	17
	f. Intereses	18
	g. Requisitos de depósito.....	18
	h. Gravámenes	18
	i. Accidente de vehículo motorizado/facturación a terceros	18
	j. Quiebra	19
	k. Derechos y responsabilidades de los pacientes.....	19
	l. Exención de acciones de facturación y cobro de pago por cuenta propia	19
XI.	Glosario	21

Política de HealthAlliance-Clinton

1130 Política de Asistencia Financiera, Crédito y Cobro	
Desarrollado por: Gestión del ciclo de ingresos	Fecha de entrada en vigor: 07/sep/2023 Aprobado por: Steven McCue
Aplicabilidad: Todos los miembros del personal que trabajan con operaciones del ciclo de ingresos	Rescisión: Reemplaza la política con fecha: 30/mar/2021
Palabras clave: Cobro, crédito, deuda incobrable, asistencia financiera, Health Safety Net y EMTALA	

I. Política

La Política de Asistencia Financiera, Crédito y Cobro establece los estándares mediante los cuales HealthAlliance-Clinton administrará la recopilación de información financiera/de seguros de los pacientes, la determinación de la elegibilidad para Asistencia Financiera y los procesos de facturación y cobro, de acuerdo con (1) las regulaciones 101 CMR 613.00 de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) de los servicios elegibles de Health Safety Net; (2) los requisitos de deudas incobrables de Medicare (42CFR 413.89) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 13J el Manual de Reembolso de Proveedores de Medicare (parte 1, capítulo 3); y (3) la sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos según lo dispuesto en la sección 9007 (a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Pub. L., No. 111-148) y tal como se explica en la aclaración del IRS del 29 de diciembre de 2015 sobre la presentación de dicha información en el formulario IRS 990 del hospital. La Política de Asistencia Financiera, Crédito y Cobro se archivará de forma electrónica en la Oficina de Health Safety Net de acuerdo con los requisitos del reglamento.

HealthAlliance-Clinton no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en ninguna de sus políticas relativas a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o al tratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, o condición de paciente de bajos ingresos.

II. Prestación de servicios de atención médica

a. **EMTALA.** Garantizar que todos los pacientes que se presenten en HealthAlliance-Clinton y soliciten un examen o tratamiento para una condición médica de emergencia reciban un examen médico de detección apropiado, estabilización y, si es necesario, traslado de acuerdo con la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA).

HealthAlliance-Clinton no participará en actividades que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia. Esto incluye la demora en la realización de un examen médico de detección apropiado o de exámenes y tratamientos médicos adicionales para estabilizar la condición médica con el fin de consultar sobre el método de pago del individuo, el estado del seguro o para obtener firmas en un formulario de responsabilidad financiera o notificación anticipada al beneficiario. HealthAlliance-Clinton no permitirá actividades de cobro de deudas en el Departamento de Emergencias ni en otras áreas del hospital donde dichas actividades puedan interferir con la prestación de atención de emergencia. La solicitud de copagos de seguro no se realizará antes de un examen médico de detección y estabilización.

** Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. **

- i. **Los servicios de nivel de emergencia incluyen:** Servicios médicamente necesarios proporcionados tras la aparición de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta mediante síntomas de suficiente gravedad, incluyendo dolor intenso, para los cuales una persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pondría en grave peligro la salud de la persona o de otra persona, o que supondría un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que tenga contracciones: que no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o que el traslado puede representar una amenaza para la salud y seguridad de la mujer o del feto. Un examen médico de detección y cualquier tratamiento posterior para una condición médica de emergencia existente o cualquier otro servicio similar prestado en la medida en que sea necesario de conformidad con la EMTALA federal (42 USC 1395(dd)) califica como un servicio de nivel de emergencia.
- ii. **Los servicios de atención de urgencia incluyen:** Servicios médicamente necesarios proporcionados tras la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) como para que una persona prudente considere que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría razonablemente dar lugar a un riesgo para la salud del paciente, a un deterioro de la función corporal o a una disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de atención de urgencia se brindan para condiciones que no ponen en peligro la vida y no representan un alto riesgo de daño grave a la salud de una persona, pero para las cuales se necesitan servicios médicos inmediatos.

Nota sobre EMTALA: De acuerdo con los requisitos federales, la EMTALA se activa para cualquier persona que llegue a la propiedad del hospital solicitando un examen o tratamiento de un servicio de nivel de emergencia (condición médica de emergencia) o que ingrese al Departamento de Emergencias solicitando un examen o tratamiento para una condición médica. Lo más habitual es que las personas no programadas se presenten por sí solas en el Departamento de Emergencias. Sin embargo, las personas no programadas que soliciten servicios para una condición médica de emergencia mientras se presentan en otra unidad de hospitalización, clínica u otra área auxiliar también pueden estar sujetas a un examen médico de detección de emergencia de acuerdo con la EMTALA. El examen y el tratamiento de condiciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio prestado en la medida que lo exija la EMTALA se proporcionarán al paciente y calificarán como atención de emergencia. La determinación de que existe una condición médica de emergencia la realiza el médico examinador u otro personal médico calificado del hospital, según lo documentado en el expediente médico.

- b. **Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni de urgencia (“electivos”):** Para pacientes que (1) llegan al hospital en busca de atención de nivel que no es de emergencia ni de urgencia o (2) buscan atención adicional después de la estabilización de una condición médica de emergencia, HealthAlliance-Clinton recopilará información financiera del paciente, le ayudará a obtener/verificar la cobertura de los servicios y/o hará otros arreglos financieros descritos en este documento. Servicios electivos: Servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de Emergencia o Urgente anterior. Por lo general, estos servicios son servicios de atención primaria/especializados o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o el proveedor de atención médica.
- c. **Eventos graves notificables:** HealthAlliance-Clinton mantiene el cumplimiento de los requisitos de facturación aplicables, como los requisitos del Departamento de Salud Pública por falta de pago de ciertos eventos graves notificables.

III. **Recopilación de información financiera de pacientes**

HealthAlliance-Clinton hará esfuerzos razonables e intentará obtener toda la información financiera, demográfica, de seguros y de responsabilidad de terceros relevante de los pacientes antes de que se presten los servicios electivos tal como se describe a continuación. Esta información se recopilará de los pacientes que requieran atención de emergencia/urgencia lo antes posible, pero solo cuando se permita de conformidad con la EMTALA.

- a. Pacientes con cobertura de seguro:** Para los pacientes con seguro médico o para pacientes cubiertos por una compensación laboral, una aseguradora de automóviles o cualquier otro tercero responsable del pago de los servicios prestados, HealthAlliance-Clinton hará su mejor esfuerzo posible para recopilar toda la información necesaria para presentar un reclamo a la compañía de seguros por los servicios prestados
 - i.** Verificación de seguro: Siempre que sea posible, HealthAlliance-Clinton verificará la elegibilidad de seguro del paciente por medios electrónicos o telefónicos, así como el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS) de MassHealth para comprobar la elegibilidad en un programa de asistencia pública, antes de la llegada del paciente para cada fecha de servicio. Cuando esto no ocurra, la elegibilidad se verificará a la llegada, o tan pronto como sea posible después, por medios electrónicos/telefónicos y/o revisión de la tarjeta de seguro del paciente.
 - ii.** Requisitos de derivación y autorización: HealthAlliance-Clinton intentará obtener y/o verificar todas las derivaciones y autorizaciones requeridas por la compañía de seguros del paciente antes de que se presten los servicios.
 - iii.** Copagos/coseguro/deducibles/servicios no cubiertos: Cuando un paciente asegurado es responsable de una parte de la factura, HealthAlliance-Clinton intentará, cuando sea razonable, cobrar ese monto o establecer acuerdos de pago antes de que se presten los servicios. Si no puede cobrar el monto adeudado antes del servicio, HealthAlliance-Clinton lo buscará a través del proceso de facturación y cobro.
 - iv.** Formularios requeridos: Se espera que todos los pacientes asegurados firmen un formulario de Asignación de Beneficios (AOB) y cualquier otro formulario requerido por su compañía de seguros o por regulación a fin de poder facturar y cobrar a su asegurador externo. Si HealthAlliance-Clinton no puede obtener un AOB firmado, el paciente será responsable de los cargos totales.
- b. Pacientes sin cobertura de seguro:** HealthAlliance-Clinton intentará ayudar a todos los pacientes registrados como “Pago por cuenta propia” a identificar y obtener cobertura y/o establecer un plan de pago para los montos que se determine que son responsabilidad del paciente.
 - i.** Se colocarán letreros en inglés, español, portugués, árabe y vietnamita para informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y con quién comunicarse para solicitar ayuda. Estos letreros serán claramente visibles en áreas con mucho tráfico de pacientes, incluyendo las siguientes:
 1. Oficinas de admisión y áreas de espera
 2. Áreas de espera y registro de pacientes ambulatorios
 3. Áreas de espera y registro de emergencia
 4. Oficinas de asesoramiento financiero ubicadas en HealthAlliance-Clinton
 5. Oficina de atención al cliente de Servicios Financieros para Pacientes

** Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. **

- ii. En todas las ubicaciones de Admisión, Registro y Asesoramiento Financiero habrá folletos individuales en los que se informará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera disponible para pacientes calificados.
- iii. Todos los pacientes de la Clínica Ambulatoria y los pacientes programados para un procedimiento electivo, registrados como Pago por cuenta propia, serán derivados a un Asesor de Solicitudes Certificado. Todos los pacientes hospitalizados registrados como Pago por cuenta propia recibirán la visita de un Asesor de Solicitudes Certificado durante su admisión o se comunicará con ellos tras el alta.
- iv. Las facturas iniciales de los pacientes y todos los estados de cuenta posteriores incluirán un aviso que alertará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y un número de teléfono al cual deberán llamar.

IV. Programas de Asistencia Financiera del Commonwealth de Massachusetts

HealthAlliance-Clinton ofrece amplia asistencia financiera a los pacientes según el nivel de ingresos familiar y otros criterios que se describen a continuación. HealthAlliance-Clinton tiene un contrato con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (MassHealth) y la Autoridad Conectora de Seguros Médicos del Commonwealth (Connector) y ha sido considerada una Organización de Asesores de Solicitudes Certificados. HealthAlliance-Clinton emplea un gran personal de asesores de solicitudes certificados (CAC) que están disponibles en todo HealthAlliance-Clinton para ayudar a las personas que buscan ayuda para solicitar asistencia financiera.

Para ayudar a los pacientes con la cobertura de asistencia financiera adecuada, los CAC se encargarán de:

- i. Proporcionar información sobre todos los programas disponibles.
 - ii. Proporcionar a los pacientes las solicitudes apropiadas para MassHealth, Health Safety Net y Children's Medical Security Program, programas de pago de asistencia de primas operados por Health Connector, Medical Hardship y otros tipos de asistencia financiera que puedan cubrir la totalidad o parte de sus facturas médicas no pagadas.
 - iii. Ayudar a los pacientes en el proceso de solicitud y renovación.
 - iv. Trabajar con los pacientes para obtener cualquier documentación requerida.
 - v. Hacer esfuerzos razonables y diligentes para dar seguimiento al estado de la solicitud hasta la determinación final.
 - vi. Ayudar a los pacientes a inscribirse en un plan de seguro médico.
 - vii. Ofrecer y proporcionar asistencia para el registro de votantes.
- a. **Health Safety Net:** La ley de Massachusetts brinda cobertura para servicios de atención médica a través de Health Safety Net para pacientes de bajos ingresos según su residencia en Massachusetts, verificación de identidad e ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) documentado de MassHealth o ingreso contable familiar por dificultades médicas igual o inferior al 300% del nivel federal de pobreza (FPL).

Las personas no son elegibles para Health Safety Net si se ha determinado que son elegibles para MassHealth o para un programa de asistencia de primas operado por Health Connector, incluyendo el

programa de asistencia de primas, y no se han inscrito o la cobertura ha terminado debido a la falta de pago de las primas.

i. Health Safety Net primario: Los pacientes sin seguro con ingresos familiares MAGI de MassHealth verificados o ingresos contables familiares por dificultades médicas del 0 al 300% del FPL se pueden determinar como pacientes de bajos ingresos según las pautas de EOHHS y elegibles para los servicios elegibles de Health Safety Net, sujeto a las estipulaciones que se indican continuación.

1. Los pacientes de bajos ingresos elegibles para inscribirse en un programa de pago de asistencia de primas operado por Health Connector son elegibles por un período de 100 días a partir de la fecha de cobertura médica del paciente.
2. Los estudiantes sujetos a los requisitos del Programa de Salud Estudiantil del estado no son elegibles para Health Safety Net primario.
3. Acceso a cobertura de seguro médico patrocinada por el empleador que se considere asequible, excepto durante el período de espera del empleador.

ii. Health Safety Net secundario: Los pacientes con otro seguro médico primario, incluyendo los estudiantes inscritos en un plan de salud para estudiantes calificados y con ingresos familiares MAGI de MassHealth verificados o con ingresos familiares por dificultades médicas del 0 al 300% del FPL pueden calificar como pacientes de bajos ingresos y ser elegibles para Health Safety Net secundario, sujeto a las siguientes excepciones.

1. Health Safety Net secundario solo cubrirá servicios dentales que de otro modo no estarían cubiertos por el programa de asistencia de primas operado por Health Conector para personas elegibles para el programa de pago de asistencia de primas operado por Health Conector a partir del día 101 desde la fecha de cobertura médica.
2. Health Safety Net secundario solo cubrirá servicios dentales para adultos proporcionados por centros de salud comunitarios, centros de salud con licencia hospitalaria o una clínica satélite para personas inscritas en MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus y Family Assistance, excluyendo MassHealth Family Assistance-Children.

iii. Health Safety Net parcial: Un paciente de bajos ingresos elegible para Health Safety Net primario o Health Safety Net secundario con ingresos familiares MAGI de MassHealth verificados o ingresos contables familiares por dificultades médicas entre el 150.01% y el 300% del FPL puede ser elegible para Health Safety Net parcial con un deducible familiar anual. El deducible anual solo aplicará si el ingreso individual de todos los miembros del Grupo Familiar de Facturación de Primas (PBF) es mayor al 150.01% del FPL.

Si se determina elegible, el deducible anual es igual al mayor de:

1. El 40% de la diferencia entre el ingreso familiar MAGI de MassHealth o el ingreso contable familiar por dificultades médicas más bajo en el PBF del solicitante y el 200% del FPL.
2. El programa de asistencia de primas de menor costo operado por Health Connector. La prima se ajusta al tamaño del PBF proporcionalmente a los estándares de ingresos FPL de MassHealth al inicio del año calendario.

Si algún miembro del PBF tiene un ingreso inferior al 150% del FPL, no hay deducible para ningún miembro del PBF. Los gastos que superen el monto del deducible estarán exentos de facturación y actividad de cobro.

** Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. **

Los asesores de solicitudes certificados de HealthAlliance-Clinton realizarán un seguimiento de los gastos reembolsables permitidos hasta que el paciente haya alcanzado su deducible. Si el paciente ha recibido servicios de proveedores además de HealthAlliance-Clinton, es responsabilidad del paciente realizar un seguimiento del monto del deducible y notificar a HealthAlliance-Clinton cuando se alcance el deducible. No se aplicarán copagos ni gastos de farmacia al deducible.

El personal de HealthAlliance-Clinton Collection realiza un seguimiento de los pagos deducibles. Si un paciente/familia incumple su responsabilidad del deducible, HealthAlliance-Clinton seguirá los procedimientos de facturación y cobro para las cuentas de pago por cuenta propia tal como se describe en la sección Cuentas de pago por cuenta propia de esta política.

El proceso de solicitud, las exclusiones de cobertura estatal y los procedimientos de verificación de ingresos son los mismos que los de Health Safety Net primario.

- iv. **Elegibilidad presunta de Health Safety Net:** En ocasiones, un paciente puede calificar para Health Safety Net y no poder completar una solicitud completa en la fecha del servicio. HealthAlliance-Clinton puede determinar que el individuo es un paciente de bajos ingresos de acuerdo con los ingresos de Health Safety Net y las pautas del hogar, por un período de tiempo limitado. La determinación se basará en la información autocertificada proporcionada por el paciente en el formulario especificado por la Oficina de Health Safety Net. El período de elegibilidad empezará en la fecha en que HealthAlliance-Clinton tome la determinación y continuará hasta el último día del mes siguiente o cuando la persona presente una solicitud completa y reciba una determinación de Mass Health o Health Connector, lo que ocurra primero.
- b. **Dificultades médicas:** Un residente de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos contables puede solicitar dificultades médicas si los costos médicos han agotado tanto los ingresos de la familia al punto de no poder pagar los servicios elegibles. Los gastos médicos permitidos del solicitante, según se definen a continuación, deben exceder un porcentaje específico del ingreso contable del solicitante de la siguiente manera:

Nivel de ingresos contables	Gastos médicos permitidos como porcentaje del ingreso contable
0 a 205% FPL	10%
205.1 a 305% FPL	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 a 605% FPL	30%
>605.1% FPL	40%

La Oficina de Health Safety Net proporcionará la solicitud y procesará las determinaciones de dificultades médicas basadas en la documentación presentada por HealthAlliance-Clinton y el paciente. HealthAlliance-Clinton presentará la solicitud por dificultades médicas dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de toda la documentación requerida proporcionada por el paciente. La Oficina de Health Safety Net revisará y procesará una solicitud de dificultades médicas si los gastos médicos permitidos del solicitante exceden el porcentaje de ingresos contables enumerados anteriormente. La Oficina de Health Safety Net no procesará una solicitud por dificultades médicas para ninguna persona con ingresos inferiores al 405% del FPL, a menos que la persona primero presente la solicitud a la Agencia MassHealth y reciba una determinación. Se pueden presentar dos solicitudes por dificultades médicas en un período de 12 meses.

- i.** Gastos médicos permitidos: El total de facturas médicas familiares por dificultades médicas de cualquier proveedor de atención médica que, si se pagaran, calificarían como gastos médicos deducibles a efectos del impuesto federal sobre la renta. Esto puede incluir facturas pagadas y no pagadas de las cuales el paciente todavía es responsable y en las que se incurrió hasta 12 meses antes de la fecha de la solicitud. Esto no incluye las facturas incurridas mientras un solicitante es un paciente de bajos ingresos, a menos que sea un paciente de bajos ingresos solo dental en la fecha del servicio. Si un paciente no ha recibido una factura durante más de 9 meses a partir de la fecha del servicio, todavía se le puede permitir si la solicitud por dificultades médicas se presenta dentro de los 90 días posteriores a la facturación inicial. Las facturas no pagadas incluidas en una determinación de dificultades médicas no se incluirán en una solicitud posterior de dificultades médicas. Los gastos médicos permitidos no incluirán facturas por servicios en los que incurran los pacientes mientras están inscritos en MassHealth o en un programa de pago de asistencia de primas operado por Health Connector.
- ii.** Contribución del solicitante: El porcentaje especificado de ingresos contables tal como se indica arriba. Hay una contribución por dificultades médicas por cada determinación de dificultades médicas.
- iii.** Notificación de determinación: La Oficina de Health Safety Net notificará a los solicitantes sobre la determinación. Esto incluirá lo siguiente:

 - 1. Las fechas para las cuales se pueden incluir los gastos médicos permitidos.
 - 2. El monto de la contribución por dificultades médicas del solicitante.
 - 3. Los servicios que no califican como servicios elegibles.
 - 4. El nombre y número de una persona de contacto para obtener más información.
 - 5. El aviso de denegación explicará el motivo de la denegación.
- iv.** Notificación al proveedor: Health Safety Net notificará al proveedor lo siguiente:

 - 1. La determinación con facturas incluidas en los gastos médicos permitidos del solicitante.
 - 2. La contribución del solicitante a cada proveedor de Health Safety Net en función de los cargos brutos y las fechas de servicio brindados a la familia del solicitante.
- v.** HealthAlliance-Clinton presentará reclamos a la Oficina de Health Safety Net para servicios por dificultades médicas que excedan la contribución por dificultades médicas del paciente.
- vi.** HealthAlliance-Clinton facturará al solicitante la contribución por dificultades médicas, a menos que tenga la condición de paciente de bajos ingresos o sea elegible para MassHealth.
- vii.** HealthAlliance-Clinton cesará cualquier esfuerzo de cobro contra un reclamo de emergencia por deuda incobrable que esté aprobado para dificultades médicas en virtud del programa Health Safety Net.
- viii.** HealthAlliance-Clinton cesará sus esfuerzos de cobro de las facturas que figuran en la determinación de dificultades médicas y que habrían sido elegibles para el pago por dificultades médicas si por algún motivo la solicitud no se presentó dentro de los 5 días hábiles.
- c.** Las **exclusiones de cobertura estatal** que se indican a continuación son situaciones en las que Health Safety Net no proporcionará cobertura. (Nota: Algunos de estos servicios están cubiertos a través de la “Cobertura adicional y atención con descuento” de HealthAlliance-Clinton que se describe en la Sección VI).

 - i.** Servicios no médicamente necesarios.

- ii. MassHealth, Connector Care y copagos de seguros privados. Reclamos denegados por cualquier error administrativo o de facturación.
 - iii. Servicios brindados a un paciente con seguro médico privado que se consideran fuera de la red de proveedores de seguro médico.
- d. Proceso de solicitud:** Los pacientes que busquen asistencia financiera deberán solicitar cobertura para MassHealth, el programa de asistencia de primas operado por Health Connector, Health Safety Net y el Children's Medical Security Program. Los pacientes deben completar y enviar una solicitud a través del mercado de seguros médicos ubicado en el sitio web de Health Connector del estado, una solicitud en papel proporcionada por MassHealth o una solicitud por teléfono con un representante de servicio al cliente ubicado en MassHealth o en Connector. La asistencia con el proceso de solicitud está disponible a través de un CAC (ya sea en HealthAlliance-Clinton o en otro lugar). La Agencia MassHealth o Health Connector procesará todas las solicitudes y notificará a la persona sobre su determinación de elegibilidad para MassHealth o su calificación para un programa de asistencia de primas operado por Health Connector o su estado de paciente de bajos ingresos (Health Safety Net).

En circunstancias especiales, HealthAlliance-Clinton puede presentar una solicitud para el paciente utilizando un formulario específico designado por la Oficina de Health Safety Net para las personas que buscan cobertura de asistencia financiera por estar encarcelados, ser víctimas de abuso conyugal, haber fallecido, requerir servicios confidenciales a menores, ser presuntos pacientes de bajos ingresos o presentar una solicitud debido a una dificultad médica.

- e. Verificación de ingresos:** Los ingresos del hogar se pueden verificar mediante coincidencias de datos electrónicos o verificaciones en papel. MassHealth utiliza fuentes de datos federales y estatales para intentar comparar los ingresos indicados en la solicitud. Los ingresos se considerarán verificados si la comparación de los datos estatales es razonablemente compatible con los ingresos declarados. Si MassHealth no puede verificar los ingresos mediante una comparación de datos electrónica, debe ser verificado mediante uno o más de los siguientes:

i. Ingresos obtenidos:

1. Talones de pago recientes
2. Un estado de cuenta firmado del empleador
3. La declaración de impuestos federales más reciente
4. Otra fuente similar

ii. Ingresos no obtenidos:

1. Una copia de un cheque reciente o talón de pago de la fuente de ingresos
2. Un estado de cuenta de la fuente de ingresos donde no hay correspondencia disponible
3. La declaración de impuestos federales más reciente
4. Otra fuente similar

- f. Verificación de identidad:** los solicitantes deben proporcionar prueba de su identidad usando documentos que contengan una fotografía u otra información de identificación, como nombre, edad, sexo, raza, altura, peso, color de ojos y dirección. Los documentos aceptables son:

- i. Licencia de conducir emitida por un estado o territorio
- ii. Tarjetas de identificación emitidas por una escuela, ejército, un gobierno federal, estatal o local, una tarjeta de dependiente militar o de la Marina Mercante de la Guardia Costera de EE. UU.

** Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. **

- iii. Pasaportes estadounidenses y extranjeros
- iv. Registro clínico, médico, hospitalario o escolar para niños menores de 19 años Dos documentos que proporcionen información que sea coherente con la identidad del solicitante, como, entre otros, diploma de escuela preparatoria y universidad, registros de matrimonio o divorcio, títulos de propiedad, contratos de alquiler
- v. Un hallazgo de identidad de una agencia federal o estatal, si la agencia ha verificado la identidad
- vi. Una declaración jurada firmada, bajo pena de perjurio, por otra persona que pueda testificar razonablemente sobre la identidad de una persona, si no hay otra documentación disponible

V. Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care

Como parte del UMass Memorial Health Care System, la política de HealthAlliance-Clinton es brindar atención con descuento a pacientes calificados de acuerdo con la sección 501 (r) del IRS. En el caso de las personas que hayan sido consideradas elegibles, HealthAlliance-Clinton no cobrará más que el monto generalmente facturado a un paciente que tiene cobertura de seguro para servicios de urgencia, emergencia y medicamento necesarios. El Departamento de Asesoramiento Financiero al Paciente será el punto de contacto para proporcionar a los pacientes la política escrita, un resumen de la política, el formulario de solicitud y asistencia con el proceso de solicitud.

- a. Proceso de solicitud** Un solicitante que pide asistencia financiera debe enviar una solicitud de asistencia financiera de UMass Memorial Health Care completa y firmada. La solicitud debe ir acompañada de todas las verificaciones de ingresos necesarias.

Una solicitud será suficiente para todos los familiares mencionados en la solicitud.

- b. Elegibilidad** Para ser considerado elegible para el Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care, un solicitante debe cumplir con los siguientes criterios:

- i. Los ingresos y el tamaño de la familia deben estar entre el 0 y el 600% del nivel federal de pobreza.
- ii. Completar y firmar una solicitud de asistencia financiera.
- iii. Proporcionar verificación de ingresos para todos los miembros del hogar correspondientes.
- iv. Solicitar cualquier asistencia médica estatal o gubernamental para la que pueda ser elegible.
- v. Iniciar el proceso de solicitud dentro de los 240 días a partir de la fecha de la primera factura/estado de cuenta.

c. Solicitud completa

Una solicitud de Asistencia Financiera se considerará una “solicitud completa” cuando se cumplan los siguientes criterios:

- i. La solicitud ha sido recibida en el Departamento de Asesoramiento Financiero al Paciente.
- ii. El paciente/garante o un representante autorizado ha firmado la solicitud.
- iii. Todas las preguntas sobre la solicitud han sido respondidas.

- iv. Se ha proporcionado verificación de ingresos que es suficiente para tomar una determinación de elegibilidad.

Un asesor financiero evaluará una solicitud completa para determinar la elegibilidad. Todas las solicitudes las revisará un supervisor de Asesoramiento Financiero al Paciente para su aprobación final.

- i. Si se han cumplido todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de aprobación al solicitante/garante en la que indicará el período de elegibilidad y el porcentaje de descuento.
- ii. Si no se han cumplido todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de denegación al solicitante/garante.
- iii. Las solicitudes que hayan sido aprobadas y procesadas se mantendrán en un archivo central en la Oficina Central de Negocios.

d. Solicitud incompleta

Si la solicitud de asistencia financiera no está completa, un asesor financiero enviará una carta de seguimiento al paciente. Esta carta indicará la información que es necesaria para procesar la solicitud.

El solicitante/garante deberá proporcionar la documentación necesaria dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la carta de seguimiento. Si no se recibe la información dentro de este plazo, la solicitud será denegada. Se enviará al solicitante una carta con el motivo de la denegación.

Se permitirá un período de gracia de 30 días a partir de la fecha del rechazo para que el solicitante/garante proporcione información adicional. Al final del período de gracia de 30 días se debe completar una nueva solicitud.

e. Verificaciones de ingresos

El solicitante/garante debe proporcionar verificación de ingresos.

Las verificaciones de ingresos aceptables son las siguientes:

- i. 2 talones de pago más recientes
- ii. Una copia del estado de cuenta o cheque más reciente de pensión, seguro social, desempleo u otros beneficios de ingresos
- iii. En el caso de los autónomos, estados de cuenta de pérdidas y ganancias de los últimos 3 meses
- iv. Copia de la declaración de impuestos más reciente siempre que no tenga más de 6 meses
- v. Un estado de cuenta de un empleador que indique el ingreso semanal bruto
- vi. En el caso de pensión alimenticia/manutención infantil, una copia de una sentencia judicial o un cheque de los pagos recibidos
- vii. Un estado de cuenta de apoyo firmado para un solicitante/familiar que no tiene ningún ingreso

f. Período de elegibilidad

La elegibilidad para recibir asistencia financiera empezará en la fecha en que se reciba la solicitud completa y firmada en el Departamento de Asesoramiento Financiero al Paciente. La elegibilidad estará vigente durante 1 año a partir de la fecha de aprobación. La solicitud se considerará completa cuando se hayan cumplido todos los criterios de elegibilidad.

El período de elegibilidad también cubrirá un período de 12 meses retroactivos a partir de la fecha de aprobación. El mismo período de elegibilidad se aplicará a todos los familiares elegibles que figuren en la solicitud.

La asistencia financiera finalizará si en algún momento los criterios de elegibilidad cambian hasta el punto de que el solicitante deje de ser elegible. Esto puede consistir en cambios en los ingresos, el número de familiares o la elegibilidad para programas de asistencia médica estatales o gubernamentales. En tales casos, se notificará al solicitante mediante carta cualquier terminación de la asistencia. Se indicará el motivo de la terminación.

g. Servicios elegibles

Los descuentos de asistencia financiera que hayan sido aprobados para el Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care solo se aplicarán a la atención de urgencia, emergencia y médicamente necesaria. Esto incluirá, entre otros, servicios para pacientes hospitalizados, observación, servicios ambulatorios y transporte en ambulancia terrestre. Solo está cubierta la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada dentro de HealthAlliance-Clinton por el propio HealthAlliance-Clinton. Los descuentos de asistencia financiera solo se aplican a la atención brindada por empleados de HealthAlliance-Clinton y otros costos incurridos directamente por HealthAlliance-Clinton.

h. Servicios no elegibles

Los servicios que no sean médicamente necesarios no serán elegibles para el descuento de asistencia financiera. Estos servicios incluyen, entre otros, cirugía estética, servicios de infertilidad, audífonos y servicios sociales y vocacionales. Los servicios que no sean médicamente necesarios se facturarán con los cargos completos.

HealthAlliance-Clinton no emplea a sus propios médicos. Cada médico u otro proveedor externo, si lo hubiera, factura por sus propios servicios y sigue sus propios procedimientos de asistencia financiera y de facturación y cobro. En consecuencia, los servicios proporcionados por los médicos u otros proveedores externos no están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera, Crédito y Cobro de HealthAlliance-Clinton.

Según la declaración anterior, los servicios prestados por médicos u otros profesionales clínicos en las áreas de especialidad identificadas a continuación no están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera, Crédito y Cobro de HealthAlliance-Clinton.

Alergia e inmunología	Enfermedad infecciosa
Ambulancia (aérea/terrestre)	Medicina interna
Anestesiología	Laboratorio (Quest)
Audiología	Nefrología
Salud conductual	Neurología
Cardiología	Medicina ocupacional
Enfermedad cardiovascular	Patología (anatómica y clínica)
Medicina de terapia intensiva	Medicina física y rehabilitación
Odontología	Psiquiatría

Dermatología	Medicina pulmonar
Equipo médico duradero	Radiología
Oreja, nariz, garganta	Medicina renal
Medicina de emergencia	Medicina deportiva
Gastroenterología	Cirugía
Geriatría, cuidados paliativos y posagudos	Telemedicina
Hospitalista	Visión

i. Base para calcular el monto cobrado

HealthAlliance-Clinton utilizará el método retrospectivo para determinar el porcentaje del monto generalmente facturado a los pacientes según se aplica a la Política de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care. Se utiliza una combinación de los cargos y pagos del año anterior por productos de seguros comerciales y de Medicare para determinar la tasa de recaudación neta efectiva observada por HealthAlliance-Clinton. Actualmente, el monto que se cobra a los pacientes que se consideran elegibles para beneficiarse del Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care es el 30% de los cargos brutos.

De acuerdo con lo anterior, HealthAlliance-Clinton no factura a los pacientes que son elegibles para beneficiarse del Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care el monto de sus cargos brutos.

Las obligaciones financieras (como copagos y deducibles) de los pacientes que califiquen para el Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care y que tengan cobertura de seguro, después de los pagos del seguro, no superarán el 30% de los cargos brutos totales.

Todos los reclamos, pagos y ajustes del seguro se realizarán y tomarán antes de que se aplique cualquier descuento de asistencia financiera.

j. Información y asistencia

La información sobre la Política de Asistencia Financiera, el resumen en lenguaje simple y la solicitud de asistencia financiera de UMMH está disponible, de forma gratuita, en el sitio web de UMMH y se publica en hospitales y clínicas.

También puede obtener información adicional sobre el porcentaje y el cálculo del AGB (monto generalmente facturado) por escrito, así como asistencia para solicitar nuestros programas de asistencia financiera de forma gratuita. Comuníquese con:

UMMH Patient Financial Counseling
67 Millbrook Street, Worcester, MA 01606
Teléfono: 508-334-9300

Correo electrónico interno de la UMMH: Asesoramiento financiero
Correo electrónico externo: needinsurance@umassmemorial.org

También se puede acceder a la Política de Asistencia Financiera, Crédito y Cobro y de HealthAlliance-Clinton, al resumen en lenguaje simple y a la solicitud en varios idiomas en el sitio web de UMass Memorial Health Care: www.umassmemorialhealthcare.org, en la sección Pacientes y visitantes, Asesoramiento financiero.

VI. Cobertura adicional y atención con descuento proporcionada por HealthAlliance-Clinton a los pacientes

- a. **Continuación de la cobertura:** Si bien no está cubierto a través de la Oficina de Health Safety Net, HealthAlliance-Clinton seguirá ampliando la cobertura de atención gratuita para los servicios médicamente necesarios a los pacientes aprobados de bajos ingresos de Massachusetts para los servicios de ambulancia terrestre de Worcester EMS exclusivos de UMMMC.
- b. **Descuento por pronto pago:** HealthAlliance-Clinton puede otorgar un descuento a pacientes de cualquier nivel de ingresos que paguen, o aseguren mediante tarjeta de crédito, su saldo de pago por cuenta propia antes o inmediatamente después de la prestación de los servicios. El descuento refleja el valor temporal del dinero, la evitación de costos de facturación y cobro, y la evitación del riesgo crediticio. El descuento estándar será del 20% de la obligación neta del paciente. No se puede ofrecer un descuento mayor a menos que se base en circunstancias únicas y lo apruebe el Vicepresidente Asociado (AVP) de Facturación Hospitalaria.

VII. Procedimientos de facturación y cobro

HealthAlliance-Clinton debe administrar procesos de facturación y cobro que sean eficientes y efectivos para asegurar los montos adeudados a HealthAlliance-Clinton, para cumplir con nuestras obligaciones financieras y continuar nuestra misión de brindar excelente atención médica a los pacientes y las comunidades a las que servimos. Estamos comprometidos a llevar a cabo nuestras prácticas de facturación y cobro de una manera justa y respetuosa con nuestros pacientes y sus familias, como se describe a continuación.

Los representantes de Servicios Financieros para Pacientes están disponibles por teléfono para ayudar a los pacientes a resolver sus facturas médicas.

- a. **Facturación a terceros pagadores:** HealthAlliance-Clinton presentará reclamos por todos los servicios cubiertos a la aseguradora de salud del paciente u otro pagador responsable si el paciente ha proporcionado dicha información de manera oportuna y precisa. Estos reclamos se presentarán lo antes posible después del alta o de la fecha de servicio. Los pacientes siguen siendo financieramente responsables de cualquier servicio no cubierto, copagos, montos de coseguro, deducibles y/u otros montos adeudados según los términos de su plan de beneficios según lo determine su aseguradora de salud. Los pacientes son responsables de comprender y cumplir con los requisitos de derivación, autorización y otros requisitos de cobertura de su aseguradora. Los pacientes también son responsables del pago de cualquier servicio negado por su aseguradora en la medida permitida por el contrato y la regulación.

El Departamento de Facturación de HealthAlliance-Clinton hará todos los esfuerzos razonables para resolver cuentas con terceros pagadores, incluyendo la apelación de reclamos denegados. Los informes de cuentas pendientes se generarán de forma rutinaria, serán revisados por el personal y la administración de facturación del hospital y se tratarán con los pagadores. Si, a pesar de dichos esfuerzos, HealthAlliance-Clinton no ha recibido el pago u otra resolución adecuada de un pagador no contratado, dentro de un período de tiempo razonable, se puede enviar una carta al paciente informándole que la aseguradora no ha resuelto el reclamo. Si la cuenta permanece impaga por parte de un pagador no contratado, el paciente puede estar sujeto al proceso estándar de facturación y cobro de pago por cuenta propia en la medida permitida por la ley. HealthAlliance-Clinton hará el mismo esfuerzo para cobrar cuentas de atención de emergencia para los pacientes sin seguro como lo hace para cobrar cuentas de atención que no sea de emergencia, sujeto a los términos de esta política y la ley aplicable.

- b. **Proceso de facturación y cobro de pago por cuenta propia**

* * Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. * *

- i. Los pacientes con responsabilidades de pago por cuenta propia recibirán una factura inicial que delinearé claramente los servicios de los cuales son responsables.
- ii. Para cualquier responsabilidad de pago por cuenta propia que quede impaga después de la factura inicial, el paciente recibirá una serie de estados de cuenta mensuales durante al menos 3 meses o hasta que se resuelva el saldo. El último estado de cuenta indicará que se trata de un aviso final. Se enviará un aviso final por correo certificado al paciente para saldos superiores a \$1,000 para atención de emergencia.
- iii. Cuando se devuelve un estado de cuenta del paciente por una dirección que no se puede entregar, HealthAlliance-Clinton intentará llamar al paciente para obtener una dirección correcta cuando se trate de saldos superiores a \$1,000. Todos los saldos se envían a un proveedor para que los revise e intente localizar una dirección correcta utilizando bases de datos como la NCOA (Asociación Nacional de Cambio de Dirección).
- iv. El personal de Servicios Financieros para Pacientes o sus designados realizarán una llamada telefónica a cualquier paciente con un saldo pendiente de pago por cuenta propia de \$1,000 o más durante el proceso normal de facturación y cobro de pago por cuenta propia.
- v. Es posible que se envíen avisos y/o cartas adicionales a los pacientes deudores durante el proceso de facturación y cobro para resolver los saldos pendientes.
- vi. Todos estos esfuerzos para cobrar saldos, así como cualquier consulta iniciada por el paciente, se documentarán en el sistema de facturación computarizado y estarán disponibles para la revisión de la Gerencia.
- vii. Si después de todas las acciones anteriores, y si los departamentos de Servicios Financieros para Pacientes y Autorización Financiera han agotado todos los esfuerzos para determinar si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad para participar en los programas de Asistencia Financiera descritos en esta política, se tomará alguna de las siguientes acciones.
- viii. Las cuentas que permanezcan sin resolverse después de 120 días y de los esfuerzos de cobro descritos anteriormente se revisarán para su cancelación como deudas incobrables, de la siguiente manera:

Saldo Nivel de revisión

\$0 a \$3000	El supervisor realizará una verificación puntual
\$3,001 a \$10,000	Supervisor
\$10,001 a \$50,000	Gerente
\$50,000 y más	Director

- ix. HealthAlliance-Clinton verificará la cobertura del Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS) de MassHealth antes de presentar reclamos a la Oficina de Health Safety Net para la cobertura de emergencia por deudas incobrables de un servicio de atención de urgencia o emergencia.
- x. Agencias externas de facturación/cobro: HealthAlliance-Clinton puede utilizar agencias externas de facturación y cobro para aumentar los esfuerzos para resolver cuentas por cobrar pendientes y/o transferir cuentas de deudas incobrables a agencias de cobro externas para su posterior seguimiento. Todas las agencias de cobro de facturación que trabajen en nombre de

** Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. **

HealthAlliance-Clinton se comprometerán por escrito a cumplir con las prácticas y estándares de cobro aprobados por HealthAlliance-Clinton y la ley aplicable.

- xi. El coseguro, los copagos y los deducibles de Medicare que se consideren deudas incobrables se manejarán de acuerdo con el proceso de facturación y cobro de pago por cuenta propia tal como se especifica anteriormente, sujeto a la ley aplicable. Las agencias de cobranza externas realizarán mayores esfuerzos de cobranza durante un período no menor a 60 días antes de devolver las cuentas a HealthAlliance-Clinton como incobrables.

c. Medidas extraordinarias de cobro (ECA)

- i. HealthAlliance-Clinton no “venderá” la deuda de los pacientes a ninguna agencia externa.
 - ii. HealthAlliance-Clinton no emprenderá ninguna “medida extraordinaria de cobro” hasta el momento en que haya hecho esfuerzos razonables y seguido una revisión razonable del estado financiero del paciente y otra información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia financiera que determinará que un paciente tiene derecho a asistencia financiera o exención de cualquier actividad de cobro o facturación conforme a esta Política de Crédito y Cobro. HealthAlliance-Clinton puede, con la aprobación de la Junta Directiva y un aviso por escrito de 30 días proporcionado al paciente, informar a una agencia de calificación crediticia la deuda del servicio que permanece impaga después de que se hayan agotado todos los intentos razonables para identificar la cobertura de atención médica disponible, acceder a programas de descuento y/o establecer los planes de pago tal como se describe en esta política. El Director Financiero con la aprobación de la Junta Directiva tiene la autoridad final para determinar que HealthAlliance-Clinton ha hecho esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la Política de Asistencia Financiera de HealthAlliance-Clinton. HealthAlliance-Clinton conservará toda la documentación que se utilizó en esta determinación de conformidad con la política de retención de registros aplicable del hospital.
 - iii. Bajo ninguna circunstancia los pacientes que hayan cumplido con los criterios estatales como pacientes de bajos ingresos serán considerados para ser derivados a un servicio de calificación crediticia.
- d. Servicio al cliente:** HealthAlliance-Clinton emplea un personal de representantes de Servicios Financieros para Pacientes para abordar las inquietudes y preguntas de los pacientes sobre sus facturas. El personal está disponible por teléfono y en persona de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:30 p. m.
- e. Planes de pago:** A las personas que expresen dificultades para cumplir con sus obligaciones financieras (una vez que se hayan agotado todas las opciones de cobertura) se les ofrecerá un plan de pago presupuestado mensual. A las personas con un saldo de \$1,000 o menos se les ofrecerá al menos un plan de pago de 1 año sin intereses con un pago mensual mínimo de no más de \$25. A una persona que tenga un saldo de más de \$1,000, después del depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pago sin intereses de hasta 2 años. Se pueden otorgar planes de pago más largos con la aprobación del gerente. Los pacientes que dejen de realizar pagos mensuales presupuestados sin establecer un acuerdo alternativo estarán sujetos a los procesos normales de facturación y cobro de pago por cuenta propia, incluyendo la derivación a una agencia de cobro externa.
- f. Intereses:** HealthAlliance-Clinton no evalúa los intereses de los saldos de pago por cuenta propia.
- g. Requisitos de depósito:** HealthAlliance-Clinton no exigirá depósitos previos a la admisión o al tratamiento para pacientes que requieran servicios de atención de urgencia o emergencia que se

* * Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. * *

determine que son pacientes de Health Safety Net/de bajos ingresos. HealthAlliance-Clinton se reserva el derecho a solicitar depósitos por adelantado en los siguientes casos:

- i. Los pacientes que reciban servicios cosméticos electivos o no médicamente necesarios posiblemente deban pagar un monto de hasta el 100% de los cargos esperados antes del servicio.
 - ii. A los pacientes que no tienen cobertura de seguro verificable y que no califican para el estado de paciente de Health Safety Net/de bajos ingresos se les puede exigir que paguen un depósito por adelantado si el servicio a realizar es de naturaleza optativa. El incumplimiento del requisito de depósito puede resultar en el aplazamiento o postergación del servicio con la aprobación del médico tratante.
 - iii. Los pacientes que viajen desde países extranjeros a HealthAlliance-Clinton para recibir tratamiento electivo pueden tener que pagar la factura total estimada por adelantado.
 - iv. A los pacientes de Health Safety Net parcial se les puede solicitar que paguen hasta el 20% o \$500, lo que sea menor, del monto del deducible por servicios que no sean de emergencia.
 - v. A los pacientes con dificultades médicas se les puede solicitar que paguen hasta el 20% o \$1000, lo que sea menor, del monto del deducible por servicios que no sean de emergencia.
 - vi. A los pacientes asegurados con coseguro, copagos deducibles u otras responsabilidades de miembros según el diseño de su plan de beneficios se les puede solicitar que paguen dichos montos o los aseguren mediante una tarjeta de crédito, antes del servicio.
- h. Gravámenes:** Como curso de negocios rutinario, HealthAlliance-Clinton solo invocará gravámenes para garantizar los intereses de HealthAlliance-Clinton en acuerdos de terceros o según sea necesario para proteger los intereses de HealthAlliance-Clinton durante los procedimientos legales. No se iniciarán gravámenes contra la residencia principal o el vehículo motorizado de un paciente sin la aprobación previa por escrito de la Junta Directiva de HealthAlliance-Clinton. Todas las aprobaciones por parte de la Junta Directiva se realizarán según cada caso individual y se enviará al paciente un aviso por escrito con 30 días de anticipación.
- i. Accidentes de vehículos motorizados/responsabilidad de terceros:** HealthAlliance-Clinton presentará un reclamo a la Oficina de Health Safety Net (HSNO) para un paciente de bajos ingresos lesionado en un accidente automovilístico solo después de investigar si el paciente, conductor y/o propietario del vehículo de motor tenía una póliza de seguro de vehículo de motor. HealthAlliance-Clinton hará esfuerzos razonables para obtener cualquier información sobre el seguro del paciente y conservar evidencia de dichos esfuerzos, incluyendo la documentación de llamadas telefónicas y cartas al paciente. HealthAlliance-Clinton reembolsará a la Oficina de Health Safety Net cualquier pago recibido si se ha identificado algún recurso de terceros y HealthAlliance-Clinton recibe el pago.
- j. Quiebra:** A los pacientes que se declaran en quiebra se les suspenderán todas las actividades de facturación y cobro al recibir un Aviso de Quiebra.
- k. Derechos y responsabilidades de los pacientes:** HealthAlliance-Clinton informará a ciertos pacientes sobre sus derechos y responsabilidades en cada punto en el que el paciente interactúe con el personal de registro, tal como se indica a continuación.
- i. HealthAlliance-Clinton informará a los pacientes sobre su derecho a:

1. Solicitar a MassHealth, un programa de pago de asistencia de primas operado por Health Connector, una determinación del plan de salud calificado, dificultades médicas y Health Safety Net.
 2. Un plan de pago, tal como se describe en nuestro proceso de facturación y cobro de pago por cuenta propia.
- ii.** Los pacientes que reciben servicios elegibles de Health Safety Net deben:
1. Proporcionar toda la documentación requerida.
 2. Informar a MassHealth o HealthAlliance-Clinton sobre cualquier cambio en los ingresos del hogar/familia, el seguro médico y el estado de responsabilidad ante terceros.
 3. Realizar un seguimiento del deducible familiar anual determinado para pacientes con ingresos entre el 150% y el 300% del nivel federal de pobreza y proporcionar documentación a HealthAlliance-Clinton de que se ha alcanzado el deducible cuando se determina que más de un miembro de PBFG es elegible o si el paciente o su familiar recibe servicios de Health Safety Net de más de un proveedor.
 4. Notificar a la Oficina de Health Safety Net o a MassHealth por escrito dentro de los 10 días posteriores a la presentación de cualquier demanda o reclamo de seguro que cubrirá el costo de los servicios brindados por el hospital. Además, se requiere que el paciente ceda los derechos a un pago de terceros a la Agencia MassHealth que cubrirá los costos de los servicios pagados por la Oficina de Health Safety Net o MassHealth y presente un reclamo de compensación.
 5. Reembolsar a la Oficina de Health Safety Net cualquier dinero recibido de un tercero relacionado con un accidente o incidente por el servicio médico pagado por la Oficina de Health Safety Net.
 6. La Oficina de Health Safety Net recuperará directamente del paciente, solo cuando el paciente haya recibido el pago de un tercero por los servicios médicos pagados por la Oficina de Health Safety Net
 7. La Oficina de Health Safety Net puede solicitar que el Departamento de Ingresos intercepte cualquier pago a un paciente por los servicios prestados para un reclamo presentado y pagado por Health Safety Net para deudas incobrables de emergencia
- i.** **Exención de acciones de facturación y cobro de pago por cuenta propia:** HealthAlliance-Clinton no iniciará la actividad de facturación y cobro de pago por cuenta propia en los siguientes casos:
- i.** Tras prueba suficiente de que un paciente recibe Ayuda de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC), o está inscrito en MassHealth, Health Safety Net, el Plan de Seguridad Médica para Niños cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 300% del FPL o a la designación de paciente de bajos ingresos, excepto para pacientes de bajos ingresos que reciben servicios dentales únicamente, según lo determine la oficina de Medicaid, con la excepción de los copagos y deducibles requeridos según el Programa de Asistencia.
 - ii.** El hospital ha colocado la cuenta en estado de retención legal o administrativa y/o se han hecho acuerdos de pago específicos con el paciente o garante.
 - iii.** Facturas por dificultades médicas que exceden la contribución por dificultades médicas.
 - iv.** Contribuciones por dificultades médicas que permanecen pendientes durante el período de elegibilidad de MassHealth o de paciente de bajos ingresos de un paciente.
 - v.** A menos que HealthAlliance-Clinton haya verificado el sistema EVS para determinar si el paciente ha presentado una solicitud para MassHealth.

- vi.** Para pacientes elegibles de Health Safety Net parcial, excepto los deducibles requeridos.

HealthAlliance-Clinton iniciará actividades de facturación y cobro de pago por cuenta propia para pacientes elegibles para Health Safety Net y pacientes con dificultades médicas cuando lo soliciten para:

- i.** Servicios no médicamente necesarios proporcionados para los cuales el paciente ha aceptado mediante consentimiento por escrito o
- ii.** Para permitir que el paciente cumpla con el deducible único que exige la Common-Health.

Glosario

Deuda incobrable

Una cuenta por cobrar basada en los servicios prestados a un paciente que se considera incobrable, luego de esfuerzos de cobro razonables y coherentes con los requisitos de 101 CMR 613.06; cargado como una pérdida crediticia; no es la obligación de una unidad gubernamental o del gobierno federal o cualquier agencia del mismo; y no es un Servicio de Salud Reembolsable.

Nivel federal de pobreza (FPL)

Las pautas federales de ingresos por pobreza publicadas anualmente en el Registro Federal.

Plan de Seguridad Médica para Niños (CMSP)

Un programa de servicios de atención médica pediátrica primaria y preventiva para niños elegibles, desde el nacimiento hasta los 18 años, administrado por la Agencia MassHealth de conformidad con M.G.L. c. 118E, § 10F.

Acción de cobro

Cualquier actividad mediante la cual un proveedor o agente designado solicita pago por servicios a un paciente, al garante de un paciente o a un tercero responsable del pago. Las acciones de cobro incluyen actividades tales como depósitos previos a la admisión o al tratamiento, estados de cuenta, cartas de seguimiento de cobro, contactos telefónicos, contactos personales y actividades de agencias de cobro y abogados.

Servicios elegibles

Servicios elegibles para el pago de Health Safety Net de conformidad con 101 CMR 613.03. Los servicios elegibles incluyen servicios de salud reembolsables para pacientes de bajos ingresos; Dificultades médicas; y deuda incobrable según se especifica en 101 CMR 613.00 y 614.00: *Pagos y financiación de Health Safety Net*.

Condición médica de emergencia

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

Servicios de emergencia

Servicios médicamente necesarios proporcionados a una persona con una condición médica de emergencia.

EMTALA

La Ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo según 42 U.S.C. § 1395dd

EVS

El Sistema de Verificación de Elegibilidad de MassHealth.

Nivel federal de pobreza (FPL)

Las pautas federales de ingresos por pobreza publicadas anualmente en el *Registro Federal*.

Programas de asistencia financiera

Un programa de asistencia financiera es aquel que tiene como objetivo ayudar a pacientes de bajos ingresos que de otro modo no tendrían la capacidad de pagar sus servicios de atención médica. Dicha asistencia debe tener en cuenta la capacidad de cada individuo para contribuir al costo de su atención, incluyendo una revisión de

* * Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. * *

todas las fuentes de ingresos familiares y otras condiciones de seguro. También se consideran los pacientes que han agotado sus beneficios de seguro y/o que exceden los criterios de elegibilidad financiera pero enfrentan costos médicos extraordinarios. Un programa de asistencia financiera no reemplaza una asistencia financiera pública, patrocinada por el empleador, o un programa de seguro adquirido individualmente.

Ingresos brutos

El dinero total ganado o no ganado, como sueldos, salarios, rentas, pensiones o intereses, recibido de cualquier fuente sin tener en cuenta las deducciones.

Garante

Persona o grupo de personas que asume la responsabilidad del pago total o parcial del cargo por servicios de un proveedor.

Servicios de atención médica

Servicios a nivel hospitalario (proporcionados en un entorno hospitalario o ambulatorio) que se espera razonablemente que prevengan, diagnostiquen, eviten el empeoramiento, alivien, corrijan o curen condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan causar o agravar una discapacidad, o resultan en una enfermedad o dolencia.

Health Connector

Autoridad Conectora de Seguros Médicos del Commonwealth o Health Connector establecido de conformidad con M.G.L. c. 176Q, § 2.

Plan de seguro médico

Medicare, MassHealth, el programa de pago de asistencia de primas operado por Health Connector, un plan de salud calificado o un contrato individual o grupal u otro plan que brinde cobertura de servicios de atención médica emitidos por una compañía de seguros de salud, según se define en M.G.L. c. 175, 176A, 176B, 176G o 176I.

Health Safety Net

El programa de pagos establecido y administrado de conformidad con M.G.L. c. 118E, §§ 8A, y 64 a 69 y los reglamentos promulgados en virtud de los mismos, y demás legislación aplicable.

Oficina de Health Safety Net

La oficina dentro de la Oficina de Medicaid establecida bajo M.G.L. c. 118E, § 65.

Health Safety Net – Parcial

Un paciente de bajos ingresos elegible para Health Safety Net – Primario o Health Safety Net – Secundario que documenta el ingreso familiar MAGI de MassHealth o el ingreso contable familiar por dificultades médicas, tal como se describe en 101 CMR 613.04(1), entre 150.1% y 300% del FPL, se considera Health Safety Net – Parcial tal como se describe en 101 CMR 613.04(4)(b)3.

Servicios hospitalarios

Servicios enumerados en la licencia de un hospital de cuidados intensivos otorgada por el Departamento de Salud Pública. Esto no incluye los servicios prestados en unidades de atención de transición; servicios prestados en centros de enfermería especializada; y servicios de salud domiciliaria, o servicios con licencia separada, incluyendo programas de tratamiento residencial y servicios de ambulancia.

Paciente de bajos ingresos

Una persona que cumple con los criterios establecidos en 101 CMR 613.04(1).

** Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. **

MassHealth

Los programas de beneficios y asistencia médica administrados por la Agencia MassHealth de conformidad con el Título XIX de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1396), Título XXI de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1397), M.G.L. c. 118E y otras leyes y exenciones aplicables para brindar y pagar servicios médicos a miembros elegibles.

Agencia MassHealth

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de conformidad con lo dispuesto en M.G.L c. 118E.

Dificultades médicas

Tipo de elegibilidad de Health Safety Net disponible para residentes de Massachusetts en cualquier nivel de ingresos contables cuyos gastos médicos permitidos hayan agotado tanto sus ingresos contables al punto de no poder pagar los servicios elegibles tal como se describe en 101 CMR 613.05.

Servicio médicamente necesario

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

Proveedor

Un hospital de cuidados intensivos o un centro de salud comunitario que brinde servicios elegibles.

Residente

Una persona que vive en el Commonwealth de Massachusetts con la intención de permanecer según lo definido en 130 CMR 503.002(A) a (D). Las personas que no se consideran residentes son personas que vinieron a Massachusetts con el fin de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería y que mantienen una residencia fuera de Massachusetts; personas cuyo paradero se desconoce; o reclusos de instituciones penitenciarias excepto en las siguientes circunstancias: son pacientes hospitalizados en un centro médico; o están viviendo fuera de la institución penal, están en libertad condicional, bajo libertad vigilada o en libertad domiciliaria, y no regresan a la institución para pasar la noche.

Terceros

Cualquier individuo, entidad o programa que sea o pueda ser responsable de pagar todo o parte del costo de los servicios médicos.

Paciente con seguro insuficiente

Un paciente cuyo plan de seguro médico o plan de autoseguro no paga, total o parcialmente, los servicios de salud que son elegibles para el pago del fondo fiduciario Health Safety Net, siempre que el paciente cumpla con los estándares de elegibilidad de ingresos establecidos en 101 CMR. 613.04.

Paciente sin seguro

Un paciente que es residente del Commonwealth, que no está cubierto por un plan de seguro médico o un plan de autoseguro y que no es elegible para un programa de asistencia médica. Un paciente que tiene una póliza de seguro médico o que es miembro de un seguro médico o programa de beneficios que requiere que dicho paciente realice pagos de deducibles o copagos o no cubre ciertos servicios o procedimientos médicos no está sin seguro.

Servicios de atención de urgencia

* * Si los enlaces de esta política no funcionan, notifique a PolicyAdministrator@umassmemorial.org. * *

Servicios médicamente necesarios proporcionados en un hospital de cuidados intensivos o centro de salud comunitario después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) que una persona prudente creería que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría razonablemente poner en peligro la salud del paciente, provocando deterioro de la función corporal o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de atención de urgencia se brindan para condiciones que no ponen en peligro la vida y no representan un alto riesgo de daño grave a la salud de una persona. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria ni electiva.