

Grupo de Hospitales Southcoast

***Hospital Charlton Memorial
Hospital Saint Luke's
Hospital Tobey***

Política de Asistencia Financiera* ***(FAP por las siglas en inglés para Financial Assistance Policy)**

***Basada en la Regulación Mass. EOHHS - 101 CMR 613.00
&
la sección 501(r) del Código de Rentas Internas***

Efectiva a partir de: Octubre 1, 2016

Grupo de Hospitales Southcoast

Política: **POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Efectiva a partir de: **OCTUBRE 1, 2016**

POLÍTICA GENERAL

La misión de los hospitales Southcoast es atender, mejorar la salud, y promover el bienestar de las personas y comunidades a las que servimos. Southcoast prestará atención médica a todos aquellos que requieran el servicio en nuestros hospitales de acuerdo con la política 613.08(1)(a). En sus políticas o en la implementación de sus políticas, Southcoast no discriminará a quienes atendemos por razón de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad, ni en lo concerniente a la adquisición y verificación de información, planes de pagos, ingresos rechazados o aplazados o pacientes con bajos ingresos. El hospital no diferirá o rechazará tratamientos urgentes o emergentes a ningún paciente.

El hospital se reserva el derecho de aplazar tratamiento o de rehusarlo en los casos en que un paciente esté programado para recibir servicios que su médico considere no sean emergentes o urgentes.

Es necesario el pago rápido y oportuno de todas las cuentas de los hospitales, para lograr mantener una alta calidad de los servicios y para poder continuar prestándolos. El hospital asistirá y recomendará a los pacientes y a sus familias todos los programas de atención a la salud y ayuda financiera a los cuales tenga derecho a recibir.

Esta Política de Crédito y Cobros está basada en las normas existentes para la industria correspondientes a la contabilidad para pacientes y busca cumplir con los criterios y regulaciones establecidas por la Oficina Pública de Salud y Servicios Humanos (*Executive Office of Health and Human Services*): norma 101 CMR 613.00 (Normatividad de los criterios para las Políticas de Crédito y Cobros para hospitales de cuidados intensivos) y la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas como es requerido bajo la sección 9007(a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (*Federal Patient Protection and Affordable Care Act*) (PPACA) (Pub. L.No 111-148).

Nuestras políticas de Crédito y Cobros están elaboradas en conformidad con 101 CMR 613.08(1)(c)1 y las listas de Proveedores Afiliados (si es aplicable), como se describe en 101 CMR 613.08(1)(d), disponible en la página web de salud de Southcoast <http://www.southcoast.org>.

Tabla de Contenidos

Política General

SECCIÓN 1: CRITERIOS PARA LOS SERVICIOS ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Elegibilidad para asistencia financiera – Solo en Massachusetts
 1. Proceso de aprobación de elegibilidad
 2. Criterios de ingreso para bajos ingresos – total
 3. Criterios de ingreso para bajos ingresos – parcial
 4. Problemas económicos familiares debido a causas médicas
(*Medical Hardship Family*)
 5. Periodo de elegibilidad
 6. Fechas de cobertura médica
 7. Asistencia caritativa

- B. Elegibilidad para asistencia financiera – Solo fuera de Massachusetts
 1. Proceso de aprobación de elegibilidad
 2. Criterios de ingreso para bajos ingresos – total
 3. Criterios de ingreso para bajos ingresos – parcial
 4. Periodo de elegibilidad
 5. Fecha de cobertura médica
 6. Asistencia caritativa

- C. Exención de acciones de cobro

- D. Acciones extraordinarias de cobro

SECCIÓN 2: CARTELES Y ANUNCIOS – PRACTICAS DE CARTELES Y ANUNCIOS

- A. Lenguaje

- B. Carteles

- C. Prácticas de Notificación

SECCIÓN 3: CLASIFICACIÓN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

- A. Determinación de la atención de emergencia.

- B. Lista de Afiliación a Proveedores de Servicios de Emergencia y de Otros Cuidados Médicos Necesarios

SECCIÓN 1: CRITERIOS PARA LOS SERVICIOS ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

A. Elegibilidad para Asistencia Financiera – Solo Massachusetts

1. Proceso de aprobación de elegibilidad

- a) El paciente debe ser residente de la Mancomunidad de Massachusetts, proporcionando prueba de su identidad y un documento que demuestre que el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) MassHealth de su hogar es igual o menor que 300 % del Nivel de Pobreza Federal (FPL); siempre y cuando la persona sea considerada como un Paciente de Bajos Ingresos si tal persona solicitó asistencia médica en Medicaid completando una Solicitud Sénior como está estipulado en 130 CMR 515.001 y presenta documentos constatando que su Ingreso Contable o que su *Medical Hardship Family* es igual o menor a 300 % del FPL.
- b) SHG (siglas en inglés de Southcoast Hospital Group) consultará el Sistema de Verificación de Elegibilidad de MassHealth (EVS siglas en inglés para Eligibility Verification System) para determinar si el paciente está registrado en *MassHealth*, Red de Seguridad para la Salud (*Health Safety Net*) o si es elegible para la Ayuda de Emergencia para las Personas Mayores, Niños y Discapacitados, (*Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children* (EAEDC)); o a los programas del Plan de Seguridad Medica para Niños (*Children's Medical Security Plan*) (CMSP).
- c) SHG verificará el ingreso familiar reportado. SHG comparará el ingreso familiar reportado con los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza actualizados.
- d) La verificación del ingreso bruto mensual ganado debe incluir, más no limitarse a lo siguiente:
 - recibos de pago recientes;
 - una declaración firmada del empleador; o
 - declaración de impuestos de los Estados Unidos más reciente.
- e) La verificación del ingreso bruto no salarial ganado debe incluir más no limitarse a lo siguiente:
 - copia de un cheque reciente o recibo de pago que muestre el ingreso bruto y la fuente;
 - una declaración de la fuente que generó el ingreso si no existe un recibo
 - declaración de impuestos de los Estados Unidos más reciente.
- f) La verificación del ingreso bruto neto debe incluir otra evidencia confiable del ingreso salarial y no salarial del solicitante.
- g) Los menores que reciban servicios confidenciales bajo M.G.L. c.112, Sección 12 F, podrían solicitar su inclusión como Paciente de Bajos Ingresos usando su propia información de ingresos. Para el resto de los servicios los menores están sujetos al Proceso de Determinación de Pacientes de Bajos Ingresos.
- h) El paciente no puede estar asegurado o parcialmente asegurado para los servicios prestados.
- i) SHG investigará si existe una tercera parte que pueda hacerse responsable por los servicios prestados por SHG, incluyendo y no limitándose a: (1) una póliza de responsabilidad civil para vehículo o del hogar (2) pólizas para accidentes generales, (3) programas de compensación para los empleados y (4) pólizas de aseguramiento para estudiantes, entre otras. De acuerdo con las leyes del estado o del contrato de seguros, por cualquier reclamación que SHG pueda recuperar mediante el cobro de las facturas generadas por la atención médica a un asegurador público o privado, SHG reportará la recuperación de los gastos y los compensará con la reclamación pagada por el asegurador público o

privado. Para los programas de asistencia pública del estado, el hospital no requiere buscar el pago de los gastos por parte de un tercero cuando preste un servicio por accidente automovilístico. En estos casos el estado de Massachusetts buscará el reconocimiento sobre los costos de los servicios prestados al paciente y que fueron pagados o por la oficina de Medicaid o por The Health Safety Net.

- j) En caso de que el personal de admisiones de SHG se dé cuenta de que los servicios proporcionados a un Paciente de Bajos Ingresos están relacionados con un accidente o lesión que pueda conllevar a una demanda o responsabilidad por terceros (TPL por las siglas en inglés de *third party liability*), deberán notificar al paciente de la responsabilidad que tiene de notificar al programa de asistencia pública apropiado.
- k) SHG utilizará las determinaciones del sistema Virtual Gateway para las solicitudes de los Pacientes de Bajos Ingresos. Para los pacientes mayores de 65 años se llenará una solicitud por escrito basada en La Ley de Atención Asequible para Ciudadanos Mayores (*Senior Affordable Care Act*) FACA.
- l) La solicitud será completada a través del Sistema de Verificación HIX, que consiste en una solicitud para beneficios de salud recibida por la agencia MassHealth e incluye toda la información requerida con la firma del solicitante o su representante debidamente autorizada. La solicitud puede hacerse en línea en www.MAHealthConnector.org, por escrito, telefónicamente o en persona en el Centro de Inscripción de MassHealth (MEC). La fecha de presentación para la solicitud en línea, telefónica o en persona es la fecha en que se presenta ante la agencia MassHealth. La fecha de presentación para la solicitud escrita enviada por correo o por fax es la fecha en que la solicitud es recibida por la agencia MassHealth.
- m) Asistencia Familiar MassHealth - Niños. Los menores inscritos en la Asistencia Familiar/ Premium cuyo ingreso del hogar MassHealth MAGI o el Ingreso Contable Familiar correspondiente al *Medical Hardship Family* de acuerdo con 101 CMR 613.04(1), sea de 150 % y 300 % del FPL y estén reportados en MassHealth como asegurados.
- n) La Agencia MassHealth del Conector del Seguro de Salud del Commonwealth (*MassHealth Agency of the Commonwealth Health Insurance Connector*) le notifica al individuo sobre la determinación de su elegibilidad para recibir cobertura de salud o si el individuo es un Paciente de Bajos Ingresos.
- o) En circunstancias especiales SHG podría solicitarle al paciente que use un formulario específico de la *Health Safety Net*. Las circunstancias especiales incluyen personas con información confidencial de 19 años o menores, personas abusadas o golpeadas, personas encarceladas o solicitudes por *Medical Hardship*.
- p) El SHG le notificará al solicitante sobre la determinación de elegibilidad para servicios confidenciales.

2. Criterios de ingreso para determinación de bajos ingresos – Total/Primario/Secundario

- a) El ingreso familiar es igual o menor a 150 % de lo indicado en Los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza actualizados. Un Paciente de Bajos Ingresos es elegible para la *Health Safety Net* – Primaria o Secundaria si cuenta o no con seguro de salud y con documentos del MassHealth MAGI sobre el ingreso familiar o el ingreso por concepto de *Medical Hardship* como se describe en 101 CMR 613.04(1).

3. Criterios para determinación de bajos ingresos – Parcial

- a) Ingreso Familiar de 150 % - 300 de lo indicado en Los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza. Un Paciente de Bajos Ingresos es elegible ya sea para la *Health Safety Net* – Primaria o Secundaria para quien adjunte documentos MassHealth MAGI sobre el ingreso familiar o el ingreso por concepto

de *Medical Hardship* como se describe en 101 CMR 613.04(1). Esto incluye a aquellos que participan en el Plan de Seguridad Médica (*The Medical Security Plan*).

- b) Deducible Anual – El Deducible Anual para Pago Parcial equivale al 40 % de la diferencia entre el Ingreso Familiar del solicitante y 150 % - 300 % de los Lineamientos del Ingreso Federales de Pobreza. El paciente es responsable de pagar todos los servicios suministrados hasta el valor deducible bajo 101 CMR 613.04(6)(c).
- c) Deducible Anual para Familias - Solo hay un Pago Parcial Deducible por Familia por periodo aprobado.
- d) Seguimiento al Deducible – El Deducible Anual se aplica a todos los servicios elegibles suministrados a un Paciente de Bajos Ingresos o miembro familiar durante el Periodo de Elegibilidad. Cada miembro de la familia debe ser determinado como Paciente de Bajos Ingresos para que sus gastos correspondientes a los Servicios Elegibles puedan ser aplicados al Deducible. SHG llevará cuentas de los gastos correspondientes al Servicio Elegible hasta que el paciente llegue al Deducible. Si más de un miembro de la familia está determinado como un Paciente de Bajo Ingreso o si el paciente o los miembros de la familia están determinados como Pacientes de Bajo Ingreso por más de un prestador de servicios, es entonces responsabilidad del paciente llevar cuentas del Deducible y proporcionar la documentación al prestador de servicios hasta que se llegue al Deducible.
- e) El paciente debe cubrir los gastos de los Servicios Elegibles en exceso del Anual Deducible antes de que SHG pueda pedir un reembolso por Servicios Elegibles.

4. Problemas económicos familiares debido a causas médicas (*Medical Hardship*)

- a) Un residente de Massachusetts de cualquier nivel de ingresos podría clasificar bajo *Medical Hardship* si los gastos médicos permitidos en que haya incurrido a causa de su enfermedad, hayan agotado los recursos e ingresos familiares de tal forma que no pueda pagar por los servicios elegibles. La categorización de *Medical Hardship* ocurre una sola vez y no es una categoría permanente de elegibilidad. Un solicitante podrá presentar solicitudes de *Medical Hardship* dentro de un periodo de 12 meses y el proveedor debe presentar la solicitud completa a la Oficina de Health Safety Net en un plazo de cinco días hábiles. Para que el paciente clasifique para *Medical Hardship* debe cumplir tanto con los requisitos de gastos como de recursos. Un solicitante para *Medical Hardship* debe llenar una solicitud de *Medical Hardship* entregando la documentación requerida de Ingreso Contable, documento de residencia en Massachusetts, verificación de identidad, y una documentación detallada de los gastos médicos.
- b) Gastos Médicos Autorizados – los gastos médicos del paciente están basados en la revisión de la documentación presentada. Estos podrían incluir solo las facturas médicas familiares correspondientes a *Medical Hardship* de cualquier prestador de servicios de salud y que si en caso de estar pagados podrían ser considerados como gastos médicos deducibles para propósitos de pago de impuestos a la renta federales. El paciente es responsable hasta por doce meses antes de la presentación de solicitud *Medical Hardship*. Los Gastos Médicos Autorizados no incluyen facturas por los servicios incurridos mientras que el solicitante fuese un Paciente de Bajos Ingresos o registrado en MassHealth o en el Programa de Pagos de Asistencia Premium operado por el Conector de Salud. Las facturas incluidas en una determinación de *Medical Hardship* no estarán incluidas en una Aplicación subsecuente de *Medical Hardship*.
- c) Contribución a *Medical Hardship* – La contribución que se requiere haga el solicitante se calcula como el porcentaje específico de ingreso en 101 CMR 613.05(1) basado en el *Medical Hardship FPL* de la Familia multiplicado por el ingreso real menos las facturas no elegibles para pagos por parte de la Health Safety Net, las cuales continuarán siendo responsabilidad del solicitante. Existe una contribución de

Medical Hardship por cada determinación de Medical Hardship. Si un solicitante está determinado como un Paciente de Bajos Ingresos o elegible para MassHealth, la contribución que se requiere del solicitante será diferida hasta que la aplicación del solicitante como paciente de Bajos Ingresos o elegibilidad para MassHealth haya sido procesada. Si la oficina de la Health Safety Net aprueba solo dos solicitudes de Medical Hardship durante un periodo de 12 meses, entonces prorrateara las cantidades de las contribuciones requeridas.

5. Periodo de elegibilidad

- a) Para los individuos determinados como Pacientes de Bajos Ingresos, el paciente podrá ser elegible para los servicios 10 días anteriores a la fecha de determinación.
- b) La determinación de un Paciente de Bajos Ingresos será efectiva por máximo un año desde la fecha de determinación, sujeto a re determinaciones periódicas y a la verificación de que el ingreso familiar del paciente Mass Health MAGI o el ingreso familiar de Medical Hardship sea como está descrito en 101 CMR 613.04(1), o que el estado de aseguramiento no haya cambiado hasta tal punto que el paciente ya no necesite requerimientos de elegibilidad.

6. Fecha de cobertura médica

- a) La fecha de cobertura médica comienza en el día décimo, antes de la fecha en que la solicitud sea recibida como se describe en 130 CMR 502.003(D).
- b) Si estas verificaciones requeridas listadas en la Petición de Información se reciben después del periodo de 90 días referenciado en 101 CMR 613.02: *Medical Coverage Date(a)*, la fecha de inicio de la cobertura médica es de 10 días antes de la fecha en que las verificaciones fueron recibidas, si tales verificaciones fueron recibidas dentro del término de un año de recibida la solicitud.
- c) Para jóvenes menores de 21 años y mujeres embarazadas que reciban Elegibilidad Provisional como se describe en 130 CMR 502.003: *Verification of Eligibility Factors*, la cobertura médica se inicia días antes de la fecha de solicitud. Para todos los demás solicitantes que reciban Elegibilidad Provisional como se describe en 130 CMR 502.003: *Verification of Eligibility Factors*, la fecha de cobertura médica se inicia en la fecha de determinación de la elegibilidad provisional. Si todas las verificaciones requeridas se reciben antes de la finalización del periodo de elegibilidad provisional, la fecha de cobertura médica del tipo de cobertura verificada será de 10 días anteriores a la fecha de solicitud.

7. Asistencia Caritativa

- a) Para los individuos determinados como Pacientes de Bajos Ingresos, cualquier servicio que sea anterior a la fecha de determinación y que no estén cubiertos bajo la Health Safety Net, serán cancelados como de Asistencia Caritativa.
- b) Los servicios denegados por la HSN que no sean médicamente necesarios, serán considerados como asistencia caritativa por SHG.
- c) Para los pacientes menores de 65 años, el Coseguro y los deducibles para MassHealth y los recipientes de Planes de Salud Administrada de MassHealth serán considerados como de Asistencia Caritativa si no se resuelven al concluir el proceso de recaudación de SHG.

B. Elegibilidad para Asistencia Financiera – Solo Fuera de Massachusetts

1. Proceso de aprobación de elegibilidad

- a) El paciente debe proporcionar prueba de identidad, y un documento que compruebe que el Ingreso Bruto Ajustado Modificado de su hogar es igual o menos que 300 % del FPL.
- b) SHG comprobará el Sistema de Elegibilidad del estado para determinar si el paciente está en Medicaid u otros programas de asistencia del estado.
- c) SHG verificará los ingresos familiares reportados. SHG comparará el ingreso familiar con los Lineamientos actualizados del Ingreso Federal de Pobreza.
- d) La verificación del ingreso bruto mensual ganado debe incluir, más no limitarse a lo siguiente:
 - recibos de pago recientes;
 - una declaración firmada del empleador; o
 - declaración de impuestos de los Estados Unidos más reciente.
- e) La verificación del ingreso bruto no salarial ganado debe incluir más no limitarse a lo siguiente:
 - copia de un cheque reciente o recibo de pago que muestre el ingreso bruto y la fuente;
 - una declaración de la fuente que generó el ingreso si no existe un recibo;
 - declaración de impuestos de los Estados Unidos más reciente.
- f) La verificación del ingreso bruto neto debe incluir otra evidencia confiable del ingreso salarial y no salarial del solicitante.
- g) El paciente no puede estar asegurado o parcialmente asegurado para los servicios prestados.
- h) SHG intentará investigar si existe una tercera parte que pudiera hacerse responsable por los servicios prestados por SHG, incluyendo y no limitándose a: (1) una póliza de responsabilidad civil para vehículo o del hogar, (2) pólizas para accidentes generales, (3) programas de compensación para los empleados, (4) pólizas de aseguramiento para estudiantes, entre otras. De acuerdo con las leyes del estado o del contrato de seguros, por cualquier reclamo que SHG pueda recuperar mediante el traspaso del cobro de las facturas generadas por la atención médica a un asegurador público o privado, SHG reportará la recuperación de los gastos y lo compensará con la reclamación pagada por el asegurador público o privado. Para los programas de asistencia pública del estado, el hospital no requiere buscar el pago de los gastos por parte de un tercero cuando preste un servicio por accidente automovilístico.
- i) En caso de que el personal de admisiones de SHG se dé cuenta de que los servicios proporcionados a un Paciente de Bajos Ingresos están relacionados con un accidente o lesión que pueda conllevar a una demanda o responsabilidad por terceros (TPL), deberá notificar al paciente de la responsabilidad que tiene de notificar al programa de asistencia pública apropiado.

2. Criterios para determinación de bajos ingresos – Total/Primario/Secundario

- a) Ingreso familiar igual o menor a 150 % de lo indicado en los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza actualizados.

3. Criterios para determinación de bajos ingresos – Parcial

- a) Ingreso familiar de 150 % - 300 % de lo indicado en los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza.
- b) Deducible anual –el Deducible Anual para el Pago Parcial es equivalente al 40 % de la diferencia entre el Ingreso Familiar del solicitante y 150 % - 300 % de lo indicado en los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza. El paciente es responsable por el pago de todos los servicios proporcionados fuera de los deducibles. El deducible anual por familia: para la cantidad total de los copagos de un individuo se les fija un límite de acuerdo con el Deducible Anual. Solamente existe un Pago Parcial Deducible por Familia por periodo aprobado.
- c) El paciente debe incurrir en gastos para Servicios Elegibles en exceso del Deducible Anual antes de que SHG pueda pedir un reembolso por Servicios Elegibles.

4. Periodo de Elegibilidad

- a) La determinación de que un individuo es un Paciente de Bajos Ingresos será efectiva por máximo un año desde la fecha de determinación, y estará sujeta a redeterminaciones periódicas y a la verificación de que el ingreso familiar del paciente o estado de aseguramiento no haya cambiado hasta tal punto que el paciente ya no necesite requerimientos de elegibilidad.

5. Fecha de cobertura médica

- a) Si estas verificaciones requeridas listadas en la Petición de Información se reciben después del periodo de 90 días referenciado en 101 CMR 613.02: *Medical Coverage Date*(a), la fecha de inicio de la cobertura médica es de 10 días antes de la fecha en que las verificaciones fueron recibidas, si tales verificaciones son recibidas dentro del término de un año de recibida la solicitud.
- b) Para jóvenes menores de 21 años y mujeres embarazadas que reciban Elegibilidad Provisional como se describe en 130 CMR 502.003: *Verification of Eligibility Factors*, la cobertura médica se inicia días antes de la fecha de solicitud. Para todos los demás solicitantes que reciban Elegibilidad Provisional como se describe en 130 CMR 502.003: *Verification of Eligibility Factors*, la fecha de cobertura médica se inicia en la fecha de determinación de la elegibilidad provisional. Si todas las verificaciones requeridas se reciben antes de la finalización del periodo de elegibilidad provisional, la fecha de cobertura médica del tipo de cobertura verificada será de 10 días anteriores a la fecha de solicitud.

6. Asistencia Caritativa

- a) Para los individuos determinados como Pacientes de Bajos Ingresos, los servicios se considerarán Asistencia Caritativa durante un año desde la fecha de la solicitud.
- b) Los servicios denegados antes de la fecha de solicitud también serán considerados como de Asistencia Caritativa.

C. Exenciones a la acción de cobro

- 1. Los siguientes individuos y población de pacientes están exentos de cobros o proceso de facturación después la acción inicial de cobro estipulada por la regulación del estado. Los pacientes inscritos en un programa de salud pública, incluyendo pero no limitado a MassHealth, Health Safety Net, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, Children’s Medical Security Plan, como esté determinado por la oficina de Medicaid – y sujeto a lo siguiente:

- a) SHG podría ejecutar acciones de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas mencionados anteriormente para que realicen sus copagos requeridos, coseguros y deducibles establecidos por cada programa específico.
- b) SHG podría facturar o cobrarle a un paciente que diga ser participante de un programa de asistencia financiera que cubra los costos de servicios de SHG pero que no presente pruebas de tal participación. Una vez recibidas las pruebas de que el paciente es participante de un programa de asistencia financiera (incluyendo recibos o verificación de la solicitud firmada) SHG dejará sus actividades de cobro o facturación.
- c) SHG podría continuar su acción de cobro para cualquier Paciente de Bajos Ingresos por servicios prestados antes de la determinación de la condición de Paciente de Bajos Ingresos, siempre y cuando el estado de Paciente de Bajos Ingresos se haya terminado o expirado. Sin embargo, una vez que un paciente sea determinado como elegible e inscrito en el Health Safety Net, MassHealth, o algunos programas de Atención de la Mancomunidad, SHG dejara la actividad de cobro por aquellos servicios proporcionados antes de su elegibilidad.
- d) SHG no llevará a cabo acción de cobro contra un individuo que haya sido aprobado como pasando por Medical Hardship bajo el programa de Red de Seguridad de Salud de Massachusetts (*Massachusetts Health Safety Net*) si el valor de la factura excede la contribución de Medical Hardship.
- e) Bajo pedido del paciente, un Prestador de Servicios podría facturar a un Paciente de Bajos Ingresos con el fin de cumplir con el requerimiento de Deducible Único como está descrito en 130 CMR 506.009: *The one-time Deductible*.
- f) Los Participantes en el Plan de Seguridad Médica de la Infancia (*Children Medical Security Plan*) cuyo ingreso MAGI sea igual o menor que 300 % del FPL también están exentos de Acción de Cobro. El Prestador de Servicios podría iniciar la facturación para un paciente que afirme ser participante del Plan de Seguridad Médica de la Infancia (*Children's Medical Security Plan*), pero no presente pruebas de tal participación. Después de recibir pruebas satisfactorias de que un Paciente participa en el Plan de Seguridad de la Infancia (*Children's Medical Security Plan*) el Prestador debe cesar cualquier acción de cobro.
- g) SHG no embargará a un Paciente de Bajos Ingresos (determinado así por la Oficina de Medicaid) o el salario de su fiador o ejecutará el derecho de retención sobre el Paciente de Bajos Ingresos o la residencia personal del fiador o su vehículo a no ser que:
 - (1) SHG pueda demostrar que el paciente o fiador tienen la capacidad de pago.
 - (2) El paciente /fiador no respondió a las solicitudes del hospital para obtener información o el paciente/fiador se rehúsan a cooperar con SHG para busca un programa de asistencia financiera disponible o para propósitos del derecho de retención o embargo, y el cobro haya sido aprobado por el Consejo de Administración de SHG considerando caso por caso.
- h) SHG y sus agentes no continuarán la acción de cobro o facturación si el paciente se ha declarado en quiebra excepto para asegurar su derecho a ser un acreedor en el orden apropiado.
- i) SHG y sus agentes no cobrarán intereses sobre un saldo vencido a un Paciente de Bajos Ingresos.
- j) SHG presentará la solicitud completa a la oficina de la Health Safety Net en un plazo de cinco días hábiles. Si los pacientes no presentan la solicitud completa a la oficina de la Health

Safety Net en ese periodo, SHG no llevará a cabo una Acción de Cobro contra el solicitante de ninguna de las cuentas que hubieran sido elegibles para cancelación por parte de Medical Hardship, si la solicitud hubiera sido presentada y aprobada.

- k) SHG usa las cuotas de pago de Medicare para determinar los valores generalmente facturados (*Amounts Generally Billed*) (AGB) a los individuos que tienen un seguro que les cubra emergencias u otra atención médica necesaria. Después de la determinación del Programa de Asistencia Financiera de que el individuo es elegible para esta, no se le cobrará más que los AGB para emergencias u otro servicio médico.

D. Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA)

1. No se tomarán ECA sin que SHG haya hecho un esfuerzo razonable para determinar si un individuo es elegible para recibir asistencia financiera. SHG dará un periodo de espera de 120 días antes de comenzar acciones de cobro. Durante este tiempo los pacientes podrán solicitar asistencia financiera y comenzar el proceso de aplicación. SHG hará un esfuerzo razonable para determinar la elegibilidad al Programa de Asistencia Financiera PAF incluyendo lo siguiente:
 - a) SHG notificará al individuo sobre el PAF;
 - b) En caso de que el individuo haya presentado una solicitud incompleta al PAF, SHG debe proporcionarle al individuo la información relevante para que complete la solicitud; y
 - c) En el caso de que un individuo que presente una solicitud completa al PAF, SHG hará y documentará una determinación para comprobar si el individuo es elegible o no.
2. Las acciones legales que requieren un proceso judicial o legal incluyen:
 - a) Embargar la propiedad de un individuo;
 - b) Reposeer o subastar un bien inmobiliario;
 - c) Embargar o confiscar cuentas bancarias o cualquier otra propiedad personal;
 - d) Iniciar una acción civil contra un individuo;
 - e) Solicitar arresto del individuo;
 - f) Solicitar una orden judicial de embargo y embargar el salario del individuo.

SECCIÓN 2: LETREROS Y ANUNCIOS – PRÁCTICAS DE NOTIFICACIÓN DE ANUNCIOS

A. Lenguaje

1. SHG proporcionará solicitudes de Programas de Ayuda Financiera FAP y un resumen sencillo en cualquier idioma hablado por un grupo con un nivel de manejo muy bajo de la lengua inglesa que constituya menos de 1000 personas o el 5 % de la población de pacientes atendida por SHG.

B. Avisos

1. SHG pondrá avisos en todos los lugares de registro (Ej., pacientes hospitalizados, emergencia, etc.).
2. Los avisos informarán a los pacientes sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera y los lugares en los cuales los pacientes pueden presentarse a estos programas.

3. Los avisos serán lo suficientemente grandes para que sean claramente visibles y legibles para los pacientes que visiten estas áreas. Los avisos cumplirán con la norma 13.08(1)(e).
4. Los avisos estarán disponibles en inglés, español y portugués.

C. Prácticas de notificación

1. SHG informará individualmente a cada paciente sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera, incluyendo Medical Hardship cuando se espere que los pacientes tengan que incurrir en costos, excluyendo aquellos artículos de comodidad personal que no pudieran ser cubiertos en su totalidad por terceros. Los anuncios se harán en inglés, español y portugués. **(Documentos A1, A2, A3)**
2. SHG incluirá un anuncio sobre los Servicios Elegibles para Pacientes de Bajos Ingresos y programas de asistencia pública en nuestra factura inicial **(Documento B)**
3. SHG incluirá una breve nota sobre Servicios Elegibles para Pacientes de Bajos Ingresos en todas nuestras acciones escritas de cobro. **(Carta Modelo - Documento C)**
4. SHG notificará al paciente sobre los planes de pago que estén disponibles cuando el paciente tiene derecho a Medical Hardship o al Bajo Ingreso - parcial.
5. SHG le recordará al paciente sobre su responsabilidad de notificar a MassHealth o al SHG sobre cualquier cambio en el Ingreso Familiar o estado de aseguramiento cuando el personal de administración/registro interactúa con el paciente.
6. SHG le recordará a los pacientes sobre la responsabilidad que tienen de saber el valor de su deducible y entregar documentos a SHG comprobando que se ha alcanzado el deducible cuando más de un miembro de la familia está determinado como Paciente de Bajos Ingresos o si el paciente o miembros de su familia reciben Servicios Elegibles de más de un prestador de servicios.
7. La oficina de Health Safety Net notifica tanto al prestador de servicios como al solicitante sobre la determinación de Medical Hardship.

SECCIÓN 3: Clasificación de Atención de Emergencia

A. Determinación de Atención de Emergencia

1. La urgencia del tratamiento asociado con cada paciente que presente síntomas clínicos será determinado por un profesional médico responsable del triaje del paciente. La clasificación de la condición médica de los pacientes se hace únicamente por razones de manejo clínico y tales clasificaciones se hacen para determinar el orden en que los médicos deben ver a los pacientes basados en sus síntomas clínicos. Estas clasificaciones no reflejan la valoración médica de la condición médica del paciente en su diagnóstico final. Las clasificaciones se hacen de acuerdo con los Procedimientos y Políticas de Triage del Departamento de Emergencias de SHG.
2. De conformidad con EMTALA La Ley Federal de Tratamiento de las Emergencias Médicas y los Partos Activos, (*The Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*) bajo 42 U.S.C, SHG clasifica la atención médica de emergencia a cualquier persona que ingrese al hospital requiriendo tratamiento de emergencia o que ingrese a urgencias solicitando tratamiento médico. Lo más común es

que las personas lleguen a urgencias de SHG sin cita. Sin embargo, las personas que lleguen sin cita para tratamiento de emergencia a otras unidades hospitalarias, clínicas u otra área de servicios auxiliares, deben ser sometidas a un examen médico de emergencia de conformidad con EMTALA. El examen y tratamiento para las condiciones de emergencia médica o cualquier otro servicio que se considere de conformidad con los requerimientos de EMTALA, serán brindados al paciente y serán clasificados como atención de emergencia (para propósitos de atención sin compensación).

B. Lista de Afiliados de Prestadores de Servicios de Emergencia y de Otros Servicios Médicos de Atención Necesarios

1. SHG estableció una lista de Prestadores de Servicios Afiliados para emergencias y otros servicios médicos de atención necesarios. Esta lista indicará cuáles Prestadores Afiliados están cubiertos y cuáles no son elegibles por FAP. Esta lista se actualizará trimestralmente y se encuentra disponible en la página web de Southcoast Health <http://www.southcoast.org>.

Glosario:

Programas de Asistencia Financiera

Un programa de Asistencia Financiera es aquel que está dirigido a asistir a pacientes de bajos ingresos que de otra forma no estarían en la capacidad de pagar por sus servicios médicos. Tal asistencia debe tomar en cuenta la capacidad de cada individuo de contribuir al costo de su atención médica. También se consideran aquellos pacientes que han agotado sus beneficios de seguros o que exceden los criterios de elegibilidad financiera pero que se ven enfrentados a costos médicos extraordinarios. Un programa de asistencia financiera no sustituye los programas patrocinados por los empleadores, la asistencia financiera pública o los seguros de salud privados adquiridos por el individuo.

Residente

Persona que viva en Massachusetts con la intención de vivir permanentemente o por un periodo de tiempo indefinido. Un residente no requiere tener una dirección fija. La matrícula en una institución de educación superior o el confinamiento en una institución médica distinta a un hogar de ancianos, no son suficientes para establecer residencia.

Tercera parte

Cualquier individuo, entidad o programa que pudiera ser responsable de pagar parte o todos los costos correspondientes a los servicios médicos.

PUBLICACIONES

- A. Notificación para Pacientes de Bajos Ingresos
 1. Inglés
 2. Español
 3. Portugués
- B. Carta de aprobación para Bajos Ingresos, Parcial
- C. Muestra de señalización