



South Shore Hospital

55 Fogg Road
South Weymouth, MA 02190

Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
A.	Definiciones	2
B.	Principios generales	6
II.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	7
A.	Atención de los problemas médicos de emergencia	7
B.	Documentación de elegibilidad para inscribirse en Programas de Asistencia Pública de Massachusetts	8
C.	Ayuda para las personas que desean cobertura a través del Programa de Asistencia Pública Massachusetts y/o la Asistencia Financiera de South Shore Hospital	10
III.	RECOPIACIÓN DE DATOS DEL PACIENTE SOBRE COBERTURA DE SALUD Y RECURSOS FINANCIEROS	13
	General	13
	Actividad de preadmisión para servicios electivos incluyendo cirugía con internación procedimientos de atención el día de la cirugía	14
	Preparación de estimados	15
	Admisiones hospitalarias de emergencia/urgencia o servicios de observación	15
	Durante la hospitalización	16
	Al momento del alta	17
	Servicios ambulatorios	17
	Otra información acerca de los servicios relacionados con emergencias	18
IV.	DEPÓSITOS, LIMITACIONES DE CARGOS Y PLANES A PLAZOS/PAGOS	18
A.	Depósitos - en general	19
B.	Depósitos -Servicios de Emergencia/Pacientes bajos Ingresos/Penurias Médicas	19
C.	Limitación de cargos para atención de emergencia	20
D.	Planes de pago o a plazos(por cuenta propia/sin seguro/saldo después del seguro)	21
E.	Notificación del Contrato de plan de pago	22
V.	SERVICIOS ELEGIBLES PARA PAGO POR HEALTH SAFETY NET	22
A.	Normas y procedimientos generales	23
B.	Servicios Elegibles para Pacientes de Bajos Ingresos	23
C.	Requisitos para presentar reclamos para todos los servicios elegibles a Pacientes de Bajos Ingresos	24
D.	Requisitos para presentar reclamos parciales i para todos los servicios elegibles a Pacientes de Bajos Ingresos	25
E.	Criterios de exclusión	25
F.	Reclamos por servicios elegibles	25
G.	Penuria médica	26
H.	Situaciones especiales	26
I.	Proceso de queja	28
J.	Asistencia financiera adicional del hospital	28
VI.	PRÁCTICAS DE COBRO DEL HOSPITAL	28
A.	Derechos y responsabilidades del Proveedor	29
B.	Derechos y responsabilidades del paciente	31

C.	Documentación y auditoría.....	33
D.	Principios ordinarios de cobro	33
E.	Procedimientos de Facturación y Cobro del Hospital	34
F.	Esfuerzos de cobro razonables	34
G.	Clasificación de atención de emergencia para deudas incobrablest	35
H.	Población exenta de cobro rutinario	36
I.	Acciones de cobro extraordinarias	38
J.	Agencias de cobro externas	42
K.	Letreros	42
L.	Sitio web	42
VII.	PRÁCTICAS DE COBRO DEL HOSPITAL	43

I. INTRODUCCIÓN

South Shore Hospital, Inc. ("SSH" o el "Hospital") tiene como propósito beneficiar a la población de nuestra región mediante la fomentación de la buena salud, la curación, el cuidado y el bienestar. El SSH se siente orgulloso de su misión pública sin fines de lucro de brindar atención de calidad a todos los necesitados las 24 horas del día, los 365 días del año. El SSH procura encontrar la manera de cumplir con las obligaciones morales, éticas y legales de garantizar que todos reciban la atención que precisan independientemente de la capacidad de pago. Para lograr brindar la ayuda necesaria, el SSH exhorta a los pacientes a que participen activamente en su propia salud.

El SSH es un proveedor de servicios de atención de primera línea que ofrece los servicios médicos necesarios a todas las personas, independientemente de si tienen o no la capacidad de pagar. El SSH ofrece esta atención a todos los pacientes que llegan a nuestras instalaciones.

El SSH ayuda a los pacientes a obtener asistencia financiera a través de programas públicos y de otras fuentes, incluido el Programa de Asistencia Financiera de South Shore Hospital, cuando corresponda. Para que el desempeño de su misión continúe siendo viable, el SSH debe cumplir con su responsabilidad fiduciaria de facturar y cobrar adecuadamente por los servicios médicos prestados a los pacientes. Esta Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera está diseñada para cumplir con las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

La Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera ("PCC&AF") del SSH tiene por objeto preservar los activos y mantener una base financiera sólida para las operaciones, al mismo tiempo que se equilibran las necesidades de nuestra comunidad y de los pacientes a los que brindamos nuestros servicios. La PCC&AF tiene por objeto brindar a la administración los lineamientos generales para clasificar a los pacientes de acuerdo con su capacidad de pago, así como para adquirir y verificar información y obtener el pago de los pacientes, sus garantes, las compañías de seguros de terceros y otras personas que sean financieramente responsables por el pago de los servicios de salud. Esta PCC&AF es aplicable a los servicios de Emergencia, Urgencia y Atención Primaria prestados por el Hospital en su campus principal y en todas las clínicas satélite y de hospitalización que figuran en la licencia del Hospital (ver Anexo I, ubicación de los Centros Hospitalarios de South Shore). Se recomienda, pero no se requiere, que los médicos que no sean empleados del hospital que facturen por sus propios servicios y ejerzan en el campus principal y las clínicas satélites y de hospitalización sigan esta política. La lista de proveedores/grupos aparte de aquellos en las propias instalaciones del Hospital, que prestan los servicios de emergencia, urgencia o médicamente necesarios en el SSH, incluyendo las instalaciones que aparecen en el Anexo 1, se encuentra en el sitio Web de South Shore Hospital, <http://www.southshorehospital.org/financial-counselingassistance>. Puede obtenerse una copia impresa de la lista mediante solicitud a un Asesor Financiero de SSH. En la lista se indica qué proveedores/grupos siguen la Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera.

La política del Hospital pretende cumplir con las leyes y reglamentaciones estatales y federales en el ejercicio de las funciones descritas en la política. El SSH actualiza su PCC&AF cada vez que

hay cambios significativos en las reglamentaciones estatales y federales y los presenta a su Junta Directiva o a una entidad/persona autorizada por la misma para revisar/aprobar la política. Cuando se establezcan opciones de cobertura futuras como resultado de las propuestas para reformar los servicios de salud federales y estatales, el Hospital hará los cambios pertinentes a la política de crédito, cobro y asistencia financiera.

El Hospital no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad, orientación sexual, edad o discapacidad en la prestación de sus servicios. Esto es válido tanto para el contenido como para la aplicación de las políticas del Hospital en cuanto a la adquisición y verificación de la información financiera, los depósitos previos a la admisión o al tratamiento, los planes de pago, las admisiones diferidas o rechazadas, la determinación del estado del paciente como de bajos ingresos y las prácticas de facturación y cobro.

Esta política fue establecida para asegurar el cumplimiento con el Reglamento de Servicios Elegibles del *Health Safety Net* de Massachusetts (101 CMR 613.000) y cumplir con los reglamentos del IRS (Sección 501(r) del Código de Rentas Internas) en vigencia con el año tributario del Hospital que comienza después del 29 de diciembre de 2015.

Esta Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera cumple con los criterios exigidos por (1) la norma sobre elegibilidad *del Health Safety Net* (101 CMR 613.00 13.00), (2) los Requisitos de Deudas Incobrables de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (42 CFR 413.89) y (3) el Manual de Reembolso para Proveedores de Medicare (Parte 1, Capítulo 3) La información que se incluye y a la que se hace referencia en esta política se aplica únicamente a los servicios hospitalarios prestados en el SSH o en cualquier instalación que forme parte de la licencia del Hospital o del número de identificación fiscal. No se extiende a los afiliados u otros grupos de práctica médica que puedan hacer transacciones rutinarias con el SSH.

A. Definiciones

Significado de los términos. Los siguientes términos tendrán los siguientes significados y se utilizarán como punto de referencia para esta póliza y los requisitos de la misma de acuerdo a la manera en que se utilizan en 101 CMR 613.00, a menos que el contexto requiera lo contrario.

Día administrativo

Un día de hospitalización en el cual las necesidades de atención de un paciente pueden ser atendidas en un entorno distinto a un hospital para cuidados intensivos de acuerdo con las normas de 130 CMR 415.000 y en el cual el paciente está clínicamente listo para ser dado de alta.

Servicios complementarios

Los servicios no rutinarios por los cuales se acostumbra a cobrar además de los cargos de rutina, que incluyen, pero no se limitan a, servicios de laboratorio, diagnósticos y radiología terapéutica, servicios quirúrgicos y terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje. Por lo general, los servicios complementarios se facturan por separado

	cuando el paciente recibe dichos servicios.
<u>Cargo</u>	El precio uniforme establecido por un determinado servicio cobrado por un Proveedor.
<u>Deuda incobrable</u>	Cuenta por cobrar con base en servicios prestados a un paciente que: (a) se consideran incobrables, después de hacer gestiones de cobro razonables conforme a los requisitos de 101CMR 613; (b) que se designan como pérdida de crédito; (c) que no son la obligación de una unidad gubernamental ni del gobierno federal o estatal ni de ninguna de sus agencias; (d) que no es un Servicio de Salud Reembolsables; (e) y cuando no se trata de un paciente de bajos ingresos tal como se define en esta Política.
<u>Medidas de cobro</u>	Cualquier actividad por medio de la cual un Proveedor o agente designado solicita el pago de los servicios a un paciente, el garante del paciente o un tercero responsable del pago. Las medidas de cobro incluyen solicitar depósitos antes de una hospitalización o tratamiento, enviar facturas, cartas, hacer llamadas telefónicas, contactos personales y actividades de agencias de cobro y abogados.
<u>Servicios confidenciales</u>	Servicios para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual prestados bajo M.G.L. c. 112, §12F y los servicios de planificación familiar prestados bajo M.G.L. C. 111, §24E.
<u>Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera</u>	Una declaración de política de conformidad con 101 CMR 613.00 y el Código 501(r) del IRS, que describe los principios de facturación, cobro y asistencia financiera del Hospital y que rige sus prácticas y procedimientos de facturación, cobro y asistencia financiera.
<u>Ingreso contable</u>	Ingresos tal y como se definen en 101 CMR 613.05(1)(b).
<u>Servicios electivos</u>	Servicios médicamente necesarios que no cumplen la definición de servicios de emergencia o urgentes. Por lo general, se trata de servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o un profesional de la salud (el hospital, un consultorio médico u otros).
<u>Servicios elegibles</u>	Los servicios elegibles para pago por <i>Health Safety Net</i> de conformidad con 101 CMR 613.03 Los servicios elegibles incluyen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de salud reembolsables para pacientes de bajos ingresos; 2. Penurias médicas, y

<p><u>Ayuda de Emergencia a los Ancianos, los Discapacitados y los Niños (EAEDC)</u> <u>Deuda incobrable por emergencias</u></p>	<p>3. Deudas incobrables según se detalla en 101 CMR613.00 y 614.00. <i>Pagos y fondos de Health Safety Net.</i> Programa para beneficio gubernamentales según M.G.L. c. 117A.</p>
<p><u>EVS</u></p>	<p>El monto de deudas incobrables por servicios de emergencia que satisface los criterios establecidos por 114.6 CMR 13.05. Siglas en inglés del sistema de Verificación de elegibilidad de MassHealth.</p>
<p><u>Condición médica de emergencia</u></p>	<p>Una condición o afección, ya bien sea física o mental, que presente síntomas suficientemente severos, inclusive dolor severo, en la opinión de una persona prudente no experta y con un nivel promedio de conocimientos sobre salud y medicina, de no tratarse oportunamente pueda poner en grave peligro la salud del enfermo o de otra persona, causar un deterioro grave de sus funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o de una mujer embarazada, tal como se definen en 42 U.S.C. §1395dd(e)(1)(B).</p>
<p><u>EMTALA</u></p>	<p>Por sus siglas en inglés. Los requisitos federales de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto de conformidad con 42 U.S.C. §1395 dd.</p>
<p><u>EMTALA, requisito de niveles</u></p>	<p>Según los requisitos federales, la ley EMTALA aplica a cualquier persona que acuda a las instalaciones del Hospital para solicitar ser examinada o recibir tratamiento a nivel de emergencia (emergencia médica) o que ingrese al Depto. de Emergencia y solicite ser examinada o tratada por un problema de salud. Con frecuencia, las personas que acuden sin cita para una condición médica de emergencia en otra unidad hospitalaria, clínica u otras dependencias auxiliares también están sujetas a que se les practique un examen diagnóstico de emergencia médica de conformidad con la ley EMTALA. El examen y el tratamiento de problemas médicos de emergencia, o cualquier otro servicio prestado según lo dispuesto por la ley EMTALA, se proporcionarán al paciente y se considerarán como atención de emergencia. Un médico u otro profesional de la salud del hospital será quien determine si existe una condición médica de emergencia, lo cual se documentará en el historial médico. Asimismo, será un médico u otro profesional de la salud quien determine si existe una condición médica urgente o primaria, lo cual se documentará en el historial médico.</p>
<p><u>Nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés)</u></p>	<p>Las pautas federales de los ingresos de pobreza que se publican anualmente en el Registro Federal.</p>

<u>Hospital</u>	Un hospital de atención aguda con licencia bajo M.G.L. c. 111, §51 que cuenta con una mayoría de camas médico-quirúrgicas, pediátricas, obstétricas y de maternidad según lo define el Departamento de Salud Pública.
<u>Servicios hospitalarios</u>	Los servicios que figuran en la licencia por el Departamento de Salud Pública de un hospital para atención aguda. No se incluyen los servicios prestados en las unidades de atención de transición; los servicios prestados en centros de enfermería especializada y los servicios de atención médica domiciliaria, ni los servicios con licencia por separado, incluidos los programas de tratamiento residencial y los servicios de ambulancia.
<u>Visita hospitalaria</u>	Un encuentro en persona entre un paciente y un médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera registrada cuando el paciente ha sido ingresado en un hospital por un médico o por el personal de un Centro Comunitario de Salud.
<u>Pacientes de bajos ingresos</u>	Un individuo que cumple con los criterios de 101 CMR 613.04(1).
<u>Hogar MAGI (por siglas en inglés)</u>	Un hogar tal y como se define en 130CMR 506.002(B): <i>Ingreso familiar MAGI para MassHealth.</i>
<u>Servicio u atención médicamente necesarios</u>	Servicio que es razonable esperar para prevenir, diagnosticar, impedir el agravamiento, mitigar, corregir o curar afecciones que ponen en peligro la vida; provoquen sufrimiento, dolor, deformidad física o mal funcionamiento; amenacen con causar o agravar una discapacidad; o provoquen una enfermedad o dolencia. La atención o servicios médicamente necesarios incluyen servicios como paciente interno y ambulatorio autorizados por el título XIX de la Ley Federal de Seguro Social.
<u>Atención primaria o electiva</u>	La atención médica requerida por los individuos o las familias que sea adecuado para el mantenimiento de la salud y la prevención de las enfermedades. La atención primaria consiste en servicios de atención de la salud prestados habitualmente por médicos generalistas, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeros de atención primaria o asistentes médicos. La Atención Primaria no precisa de los recursos especializados de un servicio de emergencia hospitalario y excluye los Servicios Auxiliares y la atención de maternidad.
<u>Proveedor</u>	Un hospital o centro comunitario de salud que provee servicios elegibles.
<u>Servicios de salud reembolsables</u>	Servicios elegibles prestados a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente para quienes se haya determinado que

<u>Residente</u>	<p>son financieramente incapaces de pagar por su atención, en su totalidad o en parte, y que cumplan con los criterios para el estado de Paciente de Bajos Ingresos, siempre y cuando dichos servicios no sean elegibles para reembolso por parte de ningún otro pagador público o de un tercero. Persona que vive en Massachusetts y tiene la intención de quedarse, tal como se define en 130 CMR 503.002 de la (A) a la (D). No se considerarán residentes a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las personas que hayan venido a Massachusetts con el propósito de recibir atención médica en un lugar que no sea un centro de enfermería, y que mantengan residencia fuera de Massachusetts; 2. Las personas cuyo paradero sea desconocido; o 3. Los presos de instituciones penales, excepto en las siguientes circunstancias: <ol style="list-style-type: none"> a. son pacientes hospitalizados en un centro médico; o b. viven fuera de la institución penal, están en libertad bajo palabra, libertad vigilada o en libertad domiciliaria y no regresan a la institución para pernoctar.
<u>Clínica satélite</u>	<p>Establecimiento que opera con licencia de hospital para atención aguda sujeto a la gestión fiscal, administrativa y clínica de un hospital para atención aguda; presta servicios exclusivamente ambulatorios; está ubicado en el mismo local que el hospital para atención aguda y tiene el estado de Proveedor CMS de conformidad con 42 CFR 413.65</p>
<u>Tercero</u>	<p>Cualquier persona, entidad o programa que sea o pueda ser responsable del pago total o parcial del costo de los servicios médicos.</p>
<u>Paciente con seguro insuficiente</u>	<p>Un paciente cuyo plan de seguro médico o plan de seguro propio no cubra, en su totalidad o en parte, los servicios de salud que son elegibles para el pago de parte de Health Safety Net, siempre y cuando el paciente cumpla con los estándares de elegibilidad de ingresos establecidos en 101 CMR 613.04.</p>
<u>Paciente no asegurado</u>	<p>Un paciente que sea residente del Estado, que no esté cubierto por un plan de seguro médico o un plan de seguro propio y que no sea elegible para un programa de asistencia médica. Un paciente que tenga una póliza de seguro de salud o sea miembro de un seguro de salud o de un programa de beneficios que requiera que dicho paciente pague deducibles o copagos, o que no cubra ciertos servicios o procedimientos médicos, no es un paciente no asegurado.</p>
<u>Servicios de atención urgente</u>	<p>Atención o Servicios Médicamente Necesarios que se prestan en un hospital o centro comunitario de salud para la atención de pacientes agudos tras la aparición</p>

repentina de una afección médica, ya sea física o mental, manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente y no experta crea que la falta de atención médica dentro de las primeras 24 horas podría dar lugar a que peligre la salud del paciente, a que se produzcan problemas de salud, o que se produzca un impedimento de la función del cuerpo o de la función de cualquier órgano o parte del organismo. Los Servicios de Atención de Urgencia se brindan para afecciones que no son potencialmente mortales y que no presentan un alto riesgo de daño grave a la salud de un individuo. Los Servicios de Atención de Urgencia no incluyen Atención Primaria o Cuidados Electivos.

B. Principios generales

El temor a recibir una factura de hospital nunca debe ser un obstáculo para que los pacientes reciban servicios esenciales de salud. El personal del hospital debe formular y comunicar mensajes para los pacientes con respecto a la capacidad de lograr acceder la atención médicamente necesaria y la disponibilidad de asistencia financiera. La asistencia financiera tiene la finalidad de ayudar a los pacientes de bajos ingresos que de lo contrario no tendrían la capacidad de pagar por los servicios de atención médica.

Las políticas de asistencia financiera del Hospital aquí contenidas son consistentes con su misión y valores caritativos y toman en consideración la capacidad de cada individuo para contribuir al costo de su atención y la capacidad del Hospital para proporcionar la misma.

La información sobre estas políticas debe ser clara y fácil de entender.

La política de asistencia financiera no elimina la responsabilidad individual. Los pacientes pueden o no calificar para recibir asistencia financiera de los programas públicos, por lo que es de esperar que contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago. Además, es responsabilidad del paciente proporcionar al Hospital la documentación financiera y personal necesaria requerida para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia financiera correspondientes.

II. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

A. Atención para problemas médicos de emergencia

El SSH proveerá, sin excepción, atención para los problemas médicos de emergencia a cualquier persona que desee obtener dicha atención, independientemente de su capacidad para pagar o calificar para recibir asistencia financiera de acuerdo con los requisitos de la ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto (EMTALA). La ayuda financiera estará disponible para quienes busquen atención de emergencia, de urgencia o médicamente necesaria. Puede que el programa de asistencia financiera del Hospital no aplique a ciertos procedimientos o servicios electivos que sean cubiertos por un tercero (tales como el seguro privado o un programa de asistencia pública). El Hospital no emprenderá acciones para disuadir a las personas de que obtengan atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de emergencia o interferir en el tratamiento con la detección y la prestación de atención médica de emergencia al discutir de antemano el Programa de asistencia financiera del hospital o la elegibilidad para los programas de asistencia pública.

Es importante señalar que la clasificación de las condiciones médicas es únicamente con fines del manejo clínico, y que tales clasificaciones tienen por objeto abordar el orden en que los médicos deben ver a las personas en función de los síntomas clínicos que presenten. Las clasificaciones no afectan el orden en que se provee asistencia financiera a un individuo.

En el caso de los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, el Hospital trabajará con ellos a fin de ayudarles a encontrar un programa de asistencia financiera que pueda cubrir parte o la totalidad de las cuentas hospitalarias impagadas. Para los que tienen seguro privado, el Hospital deberá trabajar con el individuo y la aseguradora de manera oportuna. Es la obligación del individuo saber qué servicios estarán cubiertos antes de procurar servicios electivos o programados. Para los fines de esta política, se diferencian los servicios a continuación de la siguiente manera para determinar la atención médica necesaria y lo que puede ser cubierto por la opción específica de cobertura pública o privada al tomar en consideración la deuda incobrable permitida de un paciente:

Los servicios a nivel de emergencia incluyen los servicios médicamente necesarios tras la aparición de una afección médica, ya sea física o mental, que cause síntomas graves como dolor intenso y que, en la opinión de una persona prudente no experta y con un nivel promedio de conocimientos sobre salud y medicina, de no tratarse oportunamente pueda poner en grave peligro la salud del enfermo o de otra persona, causar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo, con respecto a una mujer embarazada, tal y como se detalla en 42 U.S.C. § 1395 dd (e) (1) (B). Una prueba de detección médica o cualquier tratamiento posterior de una condición médica existente o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por la ley federal EMTALA (42 USC 1395 dd) satisface los requisitos de un servicio a nivel de emergencia.

Los servicios de atención urgente incluyen los servicios médicamente necesarios que se prestan en un hospital o centro comunitario de salud para la atención de pacientes agudos tras la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente y no experta crea que la falta de atención médica dentro de las primeras 24 horas podría dar lugar a que peligre la salud del paciente, a que se produzcan problemas de salud, o que se produzca un impedimento de la función del cuerpo o de la función de cualquier órgano o parte del organismo. Los servicios de atención de urgencia se brindan para afecciones que no son potencialmente mortales y que no presentan un alto riesgo de daño grave a la salud de un individuo. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria o servicios electivos.

Los servicios de atención primaria o electiva se prestan a las personas que (1) llegan al hospital en busca de atención a un nivel que no sea de emergencia o de urgencia o (2) buscan atención adicional después de la estabilización de una condición médica de emergencia. Los servicios electivos o programados son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el individuo o por el proveedor de atención médica (hospital, consultorio médico, otro).

B. Documentación de elegibilidad para inscribirse en Programas de Asistencia Pública de Massachusetts y/o el Programa de Asistencia Financiera del SSH

1. Principios Generales

La finalidad de la asistencia financiera es ayudar a las personas de bajos ingresos

que de lo contrario no tendrían la capacidad de pagar por los servicios de atención médica. La asistencia toma en cuenta la capacidad de cada individuo para contribuir al costo de su cuidado. El Hospital ayudará a quienes no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente, cuando así lo soliciten, a que apliquen a los programas de asistencia financiera disponibles que pueden cubrir la totalidad o parte de las facturas impagadas del Hospital. El Hospital ofrece esta ayuda tanto a los residentes como a los no residentes de Massachusetts; sin embargo, puede que no exista cobertura a través de un programa de asistencia pública de Massachusetts para un residente de otro estado. Para que el Hospital pueda ayudar a que las personas sin seguro médico y las personas con seguro insuficiente encuentren las opciones de cobertura más adecuadas, así como para determinar si el individuo es elegible financieramente para algún descuento en los pagos, las personas deben colaborar activamente con el Hospital para verificar ingresos familiares, otra cobertura de seguro, y cualquier otra información que pueda ser útil al determinar elegibilidad.

2. Inscripción en un Programa de Asistencia Pública

Los hospitales no juegan ningún papel en la determinación específica de la elegibilidad para inscribirse en el programa de asistencia pública. En Massachusetts, las personas que solicitan cobertura en MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas que se ofrece a través del Health Connector (incluyendo ConnectorCare), Health Safety Net, el Programa de Seguridad Médica para Niños, o de Penuria Médica deberán hacerlo a través de una sola solicitud uniforme que se presenta a través del nuevo sistema de inscripción del estado *Health Insurance Exchange* (Intercambio de Seguros de Salud). A través de este proceso, la persona puede presentar una solicitud a través de un sitio web en línea (en el sitio web del *Health Connector* del Estado), una solicitud impresa o por teléfono con un representante de servicio al cliente de MassHealth o del Connector. También se puede pedir ayuda al asesor certificado del Hospital para presentar la solicitud, ya sea en el sitio web o a través de una solicitud impresa.

3. Para la solicitud de la cobertura, se sigue el procedimiento siguiente:

1. A la persona se le pide crear una cuenta en línea para que el estado verifique su identidad. Una vez completado, la persona podrá presentar la solicitud a través del sistema *hCentive* en el sitio web de Connector. Si la persona no desea someterse al sistema de verificación de identidad en línea, puede presentar una solicitud por escrito. Puede ser necesario realizar otra verificación, incluyendo prueba de ingresos, residencia y ciudadanía.
2. Cuando se reciba la solicitud, el Estado verificará la elegibilidad comparando la información financiera y demográfica de la persona con un centro de datos del gobierno federal y haciendo una revisión de los ingresos brutos modificados y ajustados. De ser necesario, la persona presentará además una verificación adicional según lo solicite

el sistema. Al completarse el proceso se considera que la persona:

- a. Elegible para la cobertura de MassHealth, en cuyo caso se le notifica a la persona a través del sitio web de MAHealthConnector o de MassHealth, incluyendo información sobre la elegibilidad, la fecha de inicio de la cobertura y demás información pertinente; o
- b. Si la persona es elegible para un plan de salud calificado a través del Health Connector Program, se le notifica de dicha elegibilidad y se le informará de los pasos siguientes. Esto incluye (1) elegir un plan, (2) pagar la prima mensual, e (3) inscribirse y recibir la constancia de cobertura.

Hay más información disponible acerca de MassHealth y los beneficios de los programas de Connector y el proceso de solicitud en www.mass.gov/MassHealth y www.mahealthconnector.org.

C. Ayuda para las personas que desean cobertura a través del Programa de Asistencia Pública de Massachusetts y/o Programa de Asistencia Financiera del SSH

1. Principios Generales:

El Hospital trabajará con las personas que no tengan seguro o cuyo seguro sea insuficiente para que puedan solicitar a los programas de asistencia financiera disponibles que pueden cubrir algunas o todas las cuentas impagadas del hospital. Para ayudar a que las personas que no tengan seguro o cuyo seguro sea insuficiente puedan encontrar los programas de asistencia financiera disponibles y adecuados, el Hospital proveerá a una notificación de la disponibilidad de dichos programas tanto en las facturas que se envían a las personas como en las notificaciones generales que se colocan en todo el Hospital. El propósito de la notificación es ayudar a las personas a presentar la solicitud de cobertura a un programa de asistencia pública, incluyendo MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas que se ofrece a través del Health Connector (incluyendo ConnectorCare), Health Safety Net, el Programa de Seguridad Médica para Niños, Penurias Médicas y el Programa de Asistencia Financiera de South Shore Hospital (SSH).

2. Función del Asesor Certificado del Hospital en las Solicitudes

El Hospital provee a los individuos la información acerca de los programas de asistencia financiera disponibles a través del Estado de Massachusetts. El Hospital ha sido reconocido como una Organización de Asesores Certificados de Solicitudes tras formalizar un contrato con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (MassHealth) y la Autoridad del Conector de Seguros de Salud del Estado (Connector). A través de Connector el Hospital trabaja con el personal, los contratistas y los voluntarios para capacitar al personal en las normas y reglamentaciones de elegibilidad y beneficios y así obtener la certificación como Asesores Certificados de Solicitudes (CAC, por sus siglas en inglés) con el fin de ayudar

a las personas con la inscripción en MassHealth, el programa de asistencia para el pago de las primas que ofrece el Health Connector (incluyendo ConnectorCare), el Health Safety Net, el Programa de Seguridad Médica para Niños, Penurias Médicas y el Programa de Asistencia financiera de la SSH. Los Asesores Certificados de Solicitudes han de informar a las personas acerca de las funciones y responsabilidades de su cargo; obtendrán la firma de la persona para el Formulario de Designación del Asesor Certificado de Solicitud y ayudar a que la persona logre obtener la asistencia pública:

- a. al proveer información sobre la gama completa de programas, incluyendo el programa de asistencia para el pago de primas de MassHealth ofrecido por el Health Connector (incluyendo ConnectorCare), el Health Safety Net y el Programa de Seguridad Médica de los Niños, Penurias Médicas y el Programa de Asistencia Financiera de SSH;
- b. ayudando a que las personas completen una solicitud o una renovación;
- c. trabajando con la persona para presentar la documentación necesaria;
- d. presentar solicitudes y renovaciones a los programas específicos;
- e. interactuar con los Programas cuando corresponda, según lo permitan las limitaciones del sistema actual, acerca del estado de dichas solicitudes y renovaciones;
- f. ayudar a facilitar la inscripción de los solicitantes o beneficiarios en los programas de seguros médicos; y
- g. ofrecer y proporcionar ayuda para la inscripción de pacientes.

La persona tiene la obligación de proporcionar al Hospital información precisa y oportuna con respecto al nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (de tenerlo disponible), opciones actuales de cobertura de seguro (incluido el seguro de responsabilidad civil para vehículos de motor) que puede cubrir el costo de la atención recibida, cualquier otro recurso financiero aplicable e información sobre la ciudadanía y la residencia. La información será remitida al Estado como parte de la solicitud para asistencia de programas públicos para determinar la cobertura de los servicios proporcionados al individuo. De no haber una cobertura específica para los servicios proporcionados, el Hospital trabajará con el paciente para determinar si hay una opción de programa estatal distinto, como solicitar para Penurias Médicas a través *del Health Safety Net* y que esté disponible conforme las normas de dicho programa. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria solicitada por el Hospital en un plazo adecuado para asegurar que el Hospital pueda presentar una solicitud completa. El Hospital se esforzará por presentar la solicitud completada dentro de los cinco (5) días hábiles de haber recibido toda la información necesaria del paciente. Si la solicitud no se presenta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de toda la información necesaria en el plazo de tiempo establecido, no se podrán tomar acciones de cobro contra el paciente con respecto a las facturas que califican para recibir servicios médicos debido a Penurias Médicas.

Si la persona o el garante no pueden dar la información necesaria, el Hospital puede (a petición de la persona) hacer esfuerzos razonables para obtener cualquier información adicional a través de otras fuentes. Esto se hará cuando la persona esté programando la prestación de servicios, en el momento de la preinscripción, mientras está ingresada en el hospital, o dentro de un plazo de tiempo razonable tras ser dado de alta del Hospital. La información que el Hospital obtenga será conservada conforme las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad correspondientes.

El Hospital también realizará esfuerzos razonables para investigar si existe un recurso de terceros que pueda ser responsable de los servicios prestados por el Hospital, incluyendo pero no limitado a: (1) póliza de responsabilidad civil para vehículos o propietarios de viviendas, (2) pólizas generales de protección contra accidentes o lesiones personales, (3) programas de indemnización por accidentes laborales, o (4) pólizas de seguro para estudiantes, entre otras.

De acuerdo con las reglamentaciones estatales aplicables o el contrato de la póliza, para cualquier reclamo en el que los esfuerzos razonables del Hospital resulte en pagos por parte de las fuentes mencionadas, el Hospital le notificará a cada persona acerca de la obligación que tiene para reportar el pago y deducirlo de los reclamos que se remitan a MassHealth, Health Safety Net o cualquier otro programa aplicable.

Prácticas de Notificación

El Hospital colocará letreros con la notificación de la disponibilidad de asistencia financiera descrita en el presente documento de Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera, en los siguientes lugares:

1. Áreas donde se prestan servicios (p.ej., áreas de hospitalización, emergencia y ambulatorias);
2. Oficinas de los Asesores Certificados para Solicitudes;
3. Áreas de admisión/registro; y
4. Oficina Financiera abierta al público.

Los letreros deberán estar claramente visibles y legibles para quienes frecuenten las áreas. El Hospital también incluirá un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todas las facturas iniciales.

Cuando alguien se comunique con el Hospital, los asesores CAC del Hospital intentarán identificar si califica para un programa de asistencia pública o el programa de asistencia financiera de SSH. Una persona inscrita en un programa de asistencia pública puede calificar para ciertos beneficios. Las personas también pueden calificar para recibir asistencia adicional del programa de asistencia financiera del Hospital en base a los ingresos documentados y los gastos médicos autorizados.

III. RECOPIACIÓN DE DATOS DEL PACIENTE SOBRE COBERTURA DE SALUD Y RECURSOS FINANCIEROS

A. General

El Hospital se encargará de asesorar a los pacientes acerca de su deber de proveer

información correcta sobre el seguro de salud (incluyendo seguro primario y secundario), la dirección y los recursos financieros aplicables para determinar si el paciente califica para la cobertura través de un seguro privado o a través de los programas disponibles de asistencia pública. El SSH informa a los pacientes de su obligación de colaborar con el personal del Hospital con estos detalles a fin de facilitar la aplicación uniforme de sus políticas.

En la mayoría de los casos, el Departamento de Programación, el Departamento de Acceso al Paciente u otro representante del Hospital obtendrá y verificará la información financiera necesaria para determinar la responsabilidad del pago de la factura del Hospital por parte del paciente o del garante en el momento en que se programe el servicio al paciente, o en el momento de registrarlo.

La información financiera para las visitas de emergencia y las visitas ambulatorias se verificará únicamente si el SSH dispone de una solución electrónica que lo permita. El Hospital retrasará cualquier intento de obtener la información mientras se presta cualquier servicio de emergencia o urgencia bajo la Ley EMTALA, si el proceso para obtener dicha información retrasa o interfiere con las pruebas de detección médica o los servicios emprendidos para estabilizar una condición médica de emergencia. Si el paciente o el garante no puede proveer la información necesaria, y el paciente lo autoriza, el Hospital hará esfuerzos razonables para contactar a familiares y amigos para obtener información adicional mientras el paciente se encuentre en el Hospital y en el momento de darlo de alta. Toda la información recopilada de acuerdo con esta política será tratada de forma confidencial conforme a las leyes federales y estatales de privacidad pertinentes.

El Hospital hará esfuerzos razonables y diligentes, incluyendo seguir las normas de facturación y autorización y, según corresponda, apelar cualquier reclamo denegado cuando el servicio sea pagadero en su totalidad o en parte por un seguro de terceros que se conozca; investigar si existe un recurso de terceros que pueda ser responsable de los servicios prestados por el Hospital, incluyendo pero no limitado a: (1) póliza de responsabilidad civil para vehículos o propietarios de viviendas, (2) pólizas generales de protección contra accidentes o lesiones personales, (3) programas de indemnización por accidentes laborales, o (4) pólizas de seguro para estudiantes, entre otras. De acuerdo con las reglamentaciones estatales aplicables o el contrato de la póliza, para cualquier reclamo en el que los esfuerzos razonables del Hospital resulte en pagos por parte de las fuentes mencionadas, el Hospital le notificará a cada persona acerca de la obligación que tiene para reportar el pago y deducirlo de la reclamación que haya pagado un seguro privado o un programa público. Si el Hospital tuviera conocimiento previo y la capacidad legal, intentará asegurar la asignación de los derechos del paciente a la cobertura de un tercero por los servicios prestados.

Si bien el Hospital por lo general completa la verificación del seguro y otros requisitos de acuerdo con lo establecido por cada uno de los terceros, el paciente es quien tiene la responsabilidad primordial de entender los beneficios y requisitos específicos de su seguro y participar activamente en la notificación u obtención de la(s) autorización(es) previa(s) y el(los) referido(s) pertinente(s) u otros requisitos de la fuente de la cobertura según lo requiera la póliza de seguro del paciente. El SSH utiliza los métodos

generalmente reconocidos y aceptados por la industria para verificar a través de medios electrónicos y aplicaciones basadas en la web tales como "Passport".

A continuación, se describen las instrucciones específicas para cada tipo principal de servicio prestado en el Hospital.

B. Actividad de preadmisión para servicios electivos incluyendo cirugía con internación y procedimientos de atención el día de la cirugía

1. En las admisiones para procedimientos electivos, se debe identificar y establecer una fuente de pago válida antes de completar la reservación. Los pacientes que pagan por su cuenta deben presentar la fuente de pago antes de completar la reservación. Para facilitar el proceso, se puede trabajar con un Asesor Financiero y/o un representante de cuentas del paciente que ayudará a identificar fuentes de fondos alternativos, aconsejar al paciente sobre los programas disponibles, explicar las políticas del SSH o crear un plan de pago según corresponda. En el caso de que no se hayan identificado las opciones de pago apropiadas, el SSH se reserva el derecho de posponer el servicio siempre y cuando no se ponga en peligro la salud del paciente. Los servicios electivos incluyen aquellos que se determine son de naturaleza cosmética o que no son médicamente necesarios.
2. Cuando se recibe una reservación por adelantado, el Departamento de Programación o el Departamento de Acceso de Pacientes revisará la información de seguro provista y completará el proceso de precertificación. Cuando la información sea insuficiente o inexacta, se hará una llamada de seguimiento al paciente cuando sea necesario.
3. El SSH verificará el pago de cobertura de los principales programas de asistencia pública, las organizaciones de proveedores preferidos y las organizaciones de mantenimiento de la salud, e intentará obtener, siempre y cuando sea posible, la autorización previa y/o segunda opinión que requiera un tercero. El SSH utiliza herramientas como el programa Passport para facilitar la identificación, confirmación y estado de elegibilidad de la información provista por el paciente.
4. A los pacientes que reciben indemnización por accidentes laborales se les pide presentar evidencia de la aprobación previa por parte del asegurador o autoasegurador de indemnización laboral del patrono o el agente de revisión de utilización. De estar disponible, se requiere la divulgación completa con respecto a la fecha del accidente o lesión, el agente de revisión de utilización, la compañía de seguros, el número de reclamo, el estado del reclamo, y el abogado.
5. Los planes de terceros no convencionales y los seguros extranjeros se considerarán individualmente con la expectativa de que cumplan con los requisitos y estén vigentes antes de reservar el servicio electivo.
6. Los pacientes de cirugía estética optativa deben pagar los cargos estimados para la cirugía solicitada o presentar evidencia de cobertura de terceros en vigor antes de la admisión. La definición utilizada para determinar este tipo de admisión se encuentra en el Manual de Políticas de Beneficios de Medicare, Cap. 16, Art. 120. *"La cirugía estética incluye cualquier procedimiento quirúrgico dirigido a mejorar la apariencia,*

excepto cuando sea necesario para la reparación inmediata (es decir, tan pronto como sea médicamente factible) de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo". Debido al requisito de necesidad médica, el programa de atención gratuita o de atención no compensada no se aplica a la cirugía estética electiva.

C. Preparación de estimados

De acuerdo con el Capítulo 224 de las Leyes de 2012 de Massachusetts, el personal de Acceso de Pacientes/Asesoramiento Financiero u otro representante del Hospital son responsables de proveer todos los estimados a los pacientes que así lo soliciten. También son responsables de cobrar los pagos correspondientes antes de la fecha de servicio de los pacientes que se considera pagan por cuenta propia.

La información del estimado se recaba y luego se calcula usando las calculadoras internas de estimados para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Las calculadoras de estimados internos se actualizarán una vez al año.

El SSH tiene 2 días hábiles a partir de la fecha que se solicite para finalizar el estimado y responder al paciente. El estimado final se entrega al paciente, junto con una carta de aceptación y las opciones de pago. Para aquellos pacientes sin seguro, el paciente debe pagar el estimado o un depósito antes de la fecha de servicio. Si el paciente indica que no puede pagar, Asesoría Financiera evaluará el estado financiero del paciente y le ayudará a solicitar beneficios de salud pública como Medicaid.

D. Admisiones hospitalarias de emergencia y urgencia o servicios de observación

1. El Hospital obtendrá la información financiera necesaria para determinar la responsabilidad del pago de la factura por parte del paciente o del garante.
2. Al ser admitido, un representante del Hospital obtendrá del paciente, garante o miembro de la familia, con la autorización del paciente, la información demográfica y de seguro, incluyendo datos específicos acerca de los tipos de cobertura de seguro disponibles.
3. Un representante del Hospital llevará a cabo la verificación de elegibilidad de terceros y las notificaciones de seguro, si fuera necesario. Como se describe en la Sección III B, esto puede variar dependiendo del tipo de seguro. El SSH utilizará medios electrónicos de verificación en lo posible, entre otros, el programa Passport para completar verificaciones y sitios web de pagadores individuales (p. ej., HPCConnect para los pacientes de Harvard Pilgrim Healthcare).
4. Los asesores financieros estarán disponibles o pueden tratar de hablar con el paciente o miembro de la familia una vez que se encuentre médicamente estable y sea apropiado hacerlo para completar el proceso de revisión financiera y de cobertura de seguros.
5. Si un paciente no tiene seguro, se le avisará a un Asesor Financiero. El paciente o el garante recibirá una notificación al paciente - Hoja informativa de la "*Disponibilidad de Asistencia Financiera*". La hoja informativa sirve para comunicar las opciones disponibles para el paciente y cómo obtener más asistencia a través del SSH.

6. Para la clasificación de los pacientes, el SSH puede intentar ponerse en contacto con el patrono del paciente para determinar si tiene cobertura como consecuencia de su trabajo. Esto se hará sólo si no se ha identificado una fuente de pago a través de otros medios.

E. Durante la hospitalización

1. El Hospital hará esfuerzos razonables para verificar la información suministrada por el paciente al principio del proceso de admisión y antes de que el paciente sea dado de alta. Muchos terceros exigen que se verifique la información y se les notifique antes de o en el momento en que ocurra la admisión, o dentro de un plazo de tiempo definido. Para las admisiones programadas y planificadas, el Hospital prefiere completar dicha verificación antes de que ocurra la hospitalización, o al menos tan pronto como sea posible en el proceso de hospitalización a fin de evitar demoras en la aprobación o el pago por parte de un tercero. El proceso de verificación puede, sin embargo, ocurrir en cualquier momento durante la prestación de servicios o en el momento del alta del paciente, según sea necesario, y se modificará durante el proceso de cobro según sea necesario.
2. El Hospital revisará y verificará toda la información de seguros, incluyendo la cobertura de seguro médico extranjero y los planes de atención médica del gobierno extranjero para residentes extranjeros y la cobertura de vehículos para las víctimas de accidentes automovilísticos. El Hospital pedirá a los pacientes que sean residentes extranjeros que proporcionen el nombre y la dirección de cualquier plan de salud extranjero, y/o el nombre y la dirección del consulado correspondiente. Para los pacientes que sean víctimas de accidentes automovilísticos, el Hospital pedirá que provean el nombre y la dirección de la compañía de seguros automovilísticos correspondiente y demás información relacionada con el accidente, si fuera necesario. El SSH también requiere que estos pacientes asignen dichos beneficios al Hospital para pago directo.
3. Un Asesor Financiero discutirá la información del seguro y los arreglos financieros con el paciente según corresponda o con un miembro de la familia, y evaluará la habilidad del paciente para pagar. El Hospital o el representante del mismo ayudará a los pacientes a solicitar MassHealth y otros seguros de salud patrocinados por el estado, así como los programas de atención no remunerada. Los pacientes pueden ser entrevistados con la aprobación previa del personal clínico, o a petición del paciente.
4. Los casos de accidentes automovilísticos serán identificados y de ser necesario se obtendrán los detalles del accidente a través del departamento de policía. Las reclamaciones de pago se enviarán a las debidas compañías de seguros de automóviles y, cuando proceda, se presentarán los gravámenes hospitalarios a las aseguradoras de responsabilidad civil de vehículos (y en otro tipo de casos de accidentes). Los gravámenes no se han de crear contra los bienes personales de un individuo. Los gravámenes sólo se relacionan con el pago de la responsabilidad civil de vehículos y se crean para garantizar que el Hospital recibirá el pago adecuado por parte de los terceros implicados. Un representante del Hospital ha de proveer los formularios a los pacientes de accidentes automovilísticos/indemnización por accidentes de trabajo con el fin de obtener información completa sobre el seguro de automóvil y de salud, conforme a las reglamentaciones en relación con el seguro individual. Los pacientes que también son

elegibles para MassHealth o atención no remunerada, el Hospital investigará, documentará y presentará al asegurador de automóviles de acuerdo con los requisitos del 101 CMR 613.00.

5. El Hospital o su representante pueden imponer gravámenes sobre automóviles, accidentes y otros casos de responsabilidad civil de terceros, con la excepción de los pacientes de MassHealth, para quienes el Hospital también tiene la opción de facturar a MassHealth.
6. En los casos en que el paciente indique que la indemnización por accidentes laborales es responsable de la cobertura del servicio, pero se desconoce el nombre de la aseguradora, el Hospital intentará ponerse en contacto con los empleadores y obtener la información sobre el seguro de indemnización por accidentes laborales.
7. El Hospital se reserva el derecho de utilizar agencias externas para ayudar a obtener información, verificar la elegibilidad para MassHealth, *Health Safety Net* o los planes comerciales de salud, o para presentar reclamos por servicios relacionados con la indemnización por accidentes laborales o los casos de automóviles.

F. Al momento del alta

1. En la medida de lo posible, todas las verificaciones de seguro deberán completarse antes del alta.
2. El Asesor Financiero puede procurar establecer las opciones de pago con el paciente que pague por cuenta propia antes de o en el momento del alta. El personal del hospital debe exhortar a los pacientes a que vean o hagan una cita con el Asesor Financiero al momento de ser dados de alta o poco después para asegurarse de que se dispone de la información adecuada.
3. Los pagos o arreglos presupuestarios pueden ser establecidos de acuerdo con los criterios de pago y presupuesto del SSH y también seguirán las pautas establecidas por 101 CMR 613.08(1).

G. Servicios ambulatorios

1. El Hospital hará los esfuerzos razonables para verificar la información suministrada por el paciente cuando se programen los servicios o en el momento en que el paciente reciba los servicios. Esto incluye el uso de programas como Passport y/o prueba de identificación. La información será monitoreada o ajustada durante el proceso de recolección si hay nueva información disponible.
2. El personal de registro obtendrá toda la información demográfica y de seguros, incluyendo detalles específicos sobre los tipos de cobertura de seguro disponibles, antes o en el momento de la prestación de los servicios. Se puede pedir a los pacientes que presenten una identificación, como la licencia de conducir, para comprobar la exactitud de los datos demográficos, y también se les exigirá que presenten un comprobante de la cobertura del seguro mediante la presentación de una tarjeta de seguro válida. El personal de la oficina de registro revisará y comprobará toda la información del seguro,

incluyendo la cobertura del seguro médico extranjero, los planes de atención médica del gobierno extranjero para los residentes extranjeros y la cobertura de vehículos para las víctimas de accidentes automovilísticos. El Hospital pedirá que los pacientes que sean residentes extranjeros provean el nombre y la dirección del plan de salud extranjero, y/o el nombre y la dirección del consulado correspondiente. Para los pacientes que sean víctimas de accidentes automovilísticos, el Hospital pedirá al paciente que provea el nombre y la dirección de la compañía de seguros automovilísticos correspondiente y demás información relacionada con el accidente, si es necesario. El SSH también requiere que los pacientes asignen dichos beneficios al Hospital para el pago directo.

3. Los casos de accidentes automovilísticos serán identificados y de ser necesario se obtendrán los detalles del accidente a través del departamento de policía. Las reclamaciones de pago se enviarán a las debidas compañías de seguros de automóviles y, cuando proceda, se presentarán los gravámenes hospitalarios a las aseguradoras de responsabilidad civil de vehículos. Un representante del hospital obtendrá toda la información sobre el seguro de automóvil y de salud. Para los pacientes que también sean elegibles para recibir atención no remunerada, el Hospital investigará, documentará y presentará la reclamación a la aseguradora de automóviles correspondiente.
4. Los gravámenes hospitalarios se imponen en los casos de automóviles, accidentes u otros casos de responsabilidad civil por parte del Hospital o su representante, con la excepción de los pacientes de MassHealth, para los cuales el Hospital también tiene la opción de facturar a MassHealth. Tales decisiones serán tomadas individualmente por el Director de Servicios Financieros al Paciente.
5. En los casos de indemnización por accidentes laborales en los que se desconoce el nombre de la aseguradora, el Hospital se pondrá en contacto con los empleadores, si procede, y solicitará la información sobre el seguro de indemnización por accidentes laborales.
6. El Hospital se reserva el derecho de utilizar agencias externas para obtener información, verificar la elegibilidad para MassHealth, *Health Safety Net* o los planes comerciales de salud, o para presentar reclamos por servicios relacionados con la indemnización por accidentes laborales o los casos accidentes automovilísticos.

H. Otra información acerca de los servicios relacionados con emergencias

1. Los Asesores Financieros están disponibles durante el horario laboral regular. Durante ese horario, los asesores trabajarán con todo tipo de paciente de emergencia, inclusive aquellos que se presentan en el Departamento de Emergencia, o que son atendidos en otras áreas del Hospital en casos de emergencia. El paciente puede ser clasificado como paciente ambulatorio, internado o en la sala de emergencia.
2. En todos los casos relativos a emergencias, el paciente recibirá una notificación - "Hoja de información sobre Disponibilidad de Asistencia Financiera" durante el proceso de registro. Esto está especialmente dirigido y es de gran ayuda para los pacientes tratados en horas no laborables cuando no hay Asesores Financieros disponibles. Si el paciente no tiene seguro, se notificará a un asesor. El propósito es que el Asesor Financiero se comunique

con el paciente en el momento del servicio y antes del alta. De lo contrario, el Asesor Financiero hará todo lo posible para ponerse en contacto con el paciente el próximo día hábil, independientemente de si el paciente ha sido dado de alta o ingresado. Si el paciente ha sido dado de alta, el Asesor Financiero verificará a los pacientes que pagan por cuenta propia a través de EVS para ver si tienen cobertura de MassHealth o a través de Passport para otras posibles coberturas. El Asesor Financiero intentará contactar al paciente directamente. Si el paciente no estuviera disponible por teléfono el próximo día hábil, se le enviará una carta por correo donde se describan los programas de asistencia disponibles.

3. Si el paciente no puede ser contactado o no ha respondido, se efectuarán otros intentos de comunicación y seguimiento. Estos aspectos se describen con más detalle en la sección VI.

IV. DEPÓSITOS, LIMITACIONES DE CARGOS Y PLANES A PLAZOS/PAGOS

SSH espera que los pacientes observen las siguientes pautas a la hora de pagar sus saldos pendientes de manera oportuna. Hay muchos casos en los que se requerirá el pago por adelantado o en el momento del servicio, particularmente para servicios no cubiertos, copagos y otros deducibles, o servicios específicos tales como los procedimientos estéticos. Por lo general, se espera que los pagos por servicios electivos se efectúen por adelantado antes de la prestación del servicio y que el pago total se realice dentro de los 30 días siguientes al estado de cuenta inicial del paciente. El Hospital es consciente de que puede haber varios casos en los que el pago total no sea viable desde el punto de vista financiero y que sea necesario un plan de pago o de presupuesto adecuado. Los puntos que se enumeran a continuación detallan las pautas y criterios adicionales para los depósitos y los planes de pago a plazos.

A. Depósitos – en general

1. Se espera que los pacientes o las partes responsables paguen la totalidad de su obligación por los servicios prestados dentro de los treinta (30) días de haber recibido la primera factura o conforme a un plan de pago a plazos mutuamente acordado. El SSH y sus agentes no cobrarán intereses sobre los copagos o los deducibles.
2. El Hospital exige depósitos de "preadmisión" o "pretratamiento" para cualquier gasto de bolsillo identificado como adeudado por el paciente para la mayoría de los servicios electivos. Los montos de los depósitos varían según el tipo de servicio y el monto estimado a pagar del paciente (p.ej., se requiere el 100% de la cantidad estimada adeudada para servicios estéticos; 50-100% para la cantidad estimada adeudada por servicios electivos con condiciones de pago aceptables para cualquier saldo restante antes de la prestación del servicio (es decir, que el saldo se pague mediante un plan de pago a plazos establecido).
3. Se exigirá el copago ordinario al momento de recibir el servicio. Los copagos relacionados con la atención de emergencia se solicitarán al paciente después de

la evaluación y después de que se establezcan médicamente. Esto puede ocurrir antes de o al momento de ser dado de alta.

B. Depósitos – Servicios de Emergencia /Pacientes de bajos Ingresos/Penurias Médicas

De acuerdo a las reglamentaciones *del Health Safety Net* con respecto a los pacientes que: (1) se determine son “Paciente de bajos ingresos” o, (2) califiquen para Penurias Médicas, el Hospital ha de proveer al paciente información sobre los depósitos y los planes de pago basados en la situación financiera documentada del paciente, incluyendo en qué se basa el cálculo de las cantidades cobradas a los pacientes. Cualquier otro plan se basará en los criterios internos del programa de asistencia financiera y no aplicará a los pacientes que tengan la capacidad de pagar.

1. El SSH no requiere depósitos de preadmisión y/o pretratamiento de parte de las personas que requieren Servicios de Emergencia o de quienes han sido determinados como pacientes de bajos ingresos.
2. El SSH podría exigirle depósitos a las personas que han sido determinadas como de bajos ingresos. Tales depósitos están limitados al 20% de la cantidad deducible hasta un monto de \$1,000. Los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 01 CMR 613.08(1)(F).
3. El SSH podría exigirles depósitos a los pacientes elegibles para Penuria Médica. Los depósitos están limitados al 20% para la contribución de Penuria Médica hasta un monto de \$1,000. Los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 01 CMR 613.08(1)(F).
4. Una persona que tenga un saldo de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, se le deberá ofrecer un plan de pago de al menos 1 año sin intereses con un pago mensual mínimo de no más de \$25. Un paciente que tenga un saldo de más de \$1,000, después del depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago de 2 años sin intereses.
5. Con respecto al deducible único de CommonHealth, a petición del paciente, el Hospital puede facturar a un paciente de bajos ingresos para permitir que el paciente cumpla con el deducible único que exige CommonHealth.

C. Limitación de cargos para atención de emergencia

1. South Shore Hospital no le cobrará a ningún individuo que sea elegible para recibir asistencia financiera bajo este PCC&AF por atención de emergencia y médicamente necesaria más de la cantidad que se factura generalmente ("AGB", por sus siglas en inglés).
2. El porcentaje de la cantidad de AGB se determina usando el método de actualización que se calcula como el programa de tarifas del Pago por Servicio de Medicare asociado con el servicio por un período de 12 meses, dividido entre los cargos brutos por los reclamos. El porcentaje resultante se multiplica por los cargos brutos por toda la atención de emergencia y médicamente necesaria para

determinar la cantidad de AGB. El porcentaje de AGB se vuelve a calcular anualmente. El plazo de tiempo específico para el período de revisión y el porcentaje actual de AGB del Hospital se puede encontrar en southshorehospital.org/ccfap o solicitar a un Asesor Financiero de SSH.

3. A ningún individuo que se determine es elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más de la cantidad AGB por la atención de emergencia o médicamente necesaria.

D. Planes de pago o a plazos (pago por cuenta propia/sin seguro/saldo después del seguro)

1. Se espera que los pacientes o las partes responsables paguen la totalidad de su obligación por los servicios prestados dentro de los treinta (30) días de haber recibido la primera factura o conforme a un plan de pago a plazos mutuamente acordado.
2. A los pacientes se les informará sobre el derecho a planes de pago y las opciones para solicitar a los programas de asistencia pública.
3. Cuando fracasen las fuentes financieras alternativas de pago, el Hospital podrá extender los arreglos presupuestarios ("plan de pago o pago a plazos").
4. Los pacientes que de otro modo no califiquen para el estado de bajos ingresos, Health Safety Net o Penuria Médica y consideren que no pueden hacer el pago completo de manera razonable dentro de los treinta (30) días de la factura inicial, deberán comunicarse con la Oficina de Negocios. La Oficina de Negocios trabajará con los pacientes para determinar si son elegibles para otra ayuda financiera de conformidad con esta política y / o para establecer un plan de pago mensual hasta que el saldo haya sido pagado en su totalidad.
5. Se espera que los pacientes hagan sus pagos a tiempo basándose en el compromiso que han acordado con el Hospital.
6. Si un paciente tiene un plan de pago a plazos y anticipa que podría dejar de hacer un pago, el paciente deberá notificarlo de antemano al Departamento de Crédito y Cobros/Oficina de Negocios y el pago deberá realizarse a más tardar el mes siguiente.
7. El Departamento de Crédito y Cobros podrá comunicarse con los pacientes por correo o por teléfono si el pago no se realiza o si la cantidad es menor a la programada. Por lo general, el contacto telefónico se realiza para saldos superiores a \$25.
8. Si el pago no se efectúa debido a un cambio en la situación financiera del paciente, se le informará de las opciones disponibles, se le ayudará a completar un formulario de inscripción general y se le informará de su derecho a ser entrevistado para MassHealth y otros programas de asistencia financiera, incluyendo el concertar una cita para reunirse con un Asesor Financiero.

9. De no recibirse una respuesta satisfactoria, la cuenta será referida a una agencia externa de cobro para darle seguimiento adicional conforme a las pautas de facturación y notificación de esta política. Vea la Sección VI D para las prácticas y procedimientos estándar de referido, cobro y notificación.

E. Notificación del Contrato de plan de pago

A continuación, se encuentran los lineamientos/criterios de pago de contratos para aquellos pacientes con saldos después del seguro, así como para los pacientes que pagan por cuenta propia.

1. Los pacientes sin seguro que califiquen para cualquier póliza de descuento del SSH recibirán un descuento y los arreglos del contrato se acordarán en base al saldo restante tras la aplicación del descuento.
2. Con el fin de dar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente la misma oportunidad de descuentos que a otros pagadores, se aplicará un descuento a las cuentas de pago por cuenta propia. El descuento no aplicará a los deducibles, coaseguros ni a las cirugías estéticas electivas.

Nota: El Hospital no hace uso de intereses, multas o incrementos en los saldos pendientes de los pacientes. Sin embargo, es posible que se apliquen tarifas por concepto de la presentación de la solicitud a los tribunales impuestas por el estado o las partes que recaudan a nombre del Hospital en aquellos casos en que no se hicieron los arreglos de pago correspondientes de manera oportuna y la cuenta fuera transferida por el Hospital a una agencia externa de cobro. Los cargos, sin embargo, no representan intereses o penalidades impuestas por el Hospital.

En la actualidad, el Hospital no cuenta con una relación establecida con un tercero para extender crédito para el pago de deudas de atención médica. Se recomienda el uso de préstamos personales, tarjetas de crédito y otras fuentes de pago como método de pago o financiamiento de la porción de los pagos por cuenta propia adeudados al Hospital.

V. SERVICIOS ELEGIBLES PARA PAGO POR HEALTH SAFETY NET

Los pacientes pueden o no ser elegibles para recibir asistencia financiera en programas públicos y se espera que contribuyan a los costos de su atención de acuerdo con su capacidad individual de pago.

Las políticas de SSH se fundamentan en las normas de la industria para la contabilización de pacientes y su finalidad es cumplir con los criterios establecidos por la ley de Massachusetts en 101 CMR 613.00 y el Código 501(r) del IRS. Esta sección del PCC&AF establece las directrices para los pacientes que se estima sean incapaces de pagar por la totalidad o parte de sus propios gastos de atención médica debido a las circunstancias atenuantes en torno a su enfermedad o situación financiera. Las directrices siguientes también tienen la intención de asegurar que el Hospital cumpla con las reglamentaciones estatales y federales aplicables para proveer

asistencia financiera y atención no remunerada y cubrir las áreas de MassHealth, Estado de Bajos Ingresos, Health Safety Net o Penurias Médicas, como lo define la ley de Massachusetts. La política de este hospital es que todos los pacientes que reciben asistencia financiera bajo esta política reciban atención no remunerada para pacientes de bajos ingresos.

A. Normas y procedimientos generales

1. Todo paciente que considere que tiene derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita o de bajo coste tendrá la oportunidad de solicitar dicho subsidio.
2. Todos los pacientes que solicitan atención no remunerada deben discutir las opciones disponibles con un Asesor Financiero o un Representante de la Oficina Comercial y presentar toda la información necesaria para completar el proceso general de selección o admisión. El paciente o el tutor legal del paciente deberá completar la solicitud de dichos servicios disponibles. Se requiere revelar todos los bienes personales y recursos financieros en las solicitudes por Penuria Médica.
3. El Hospital se reserva el derecho de diferir o rechazar la admisión electiva de pacientes si se determina que los servicios a ser prestados no son médicamente necesarios.
4. MassHealth o el Commonwealth Health Insurance Connector notifica al individuo de su determinación de elegibilidad para la cobertura de atención médica o si el individuo es un paciente de bajos ingresos.

B. Servicios Elegibles para Pacientes de Bajos Ingresos

1. Los proveedores podrán presentar reclamos por Servicios Elegibles que:
 - a. sean Servicios autorizados tal y como se define en 101 CMR 613.03;
 - b. sean prestados a un paciente de bajos ingresos tal y como se define en 101 CMR 613.04(1); y
 - c. cumplan con los requisitos de facturación de 101 CMR 613.00.
2. Servicios autorizados
 - a. SSH podrá presentar reclamos únicamente para servicios que sean Médicamente Necesarios.
 - b. Lugar del servicio:
 1. Hospitales – La oficina de Health Safety Net pagará a los hospitales solo por los Servicios Hospitalarios descritos en 101 CMR 613.03(a) y estarán sujetos a los límites establecidos en 114.6 CMR 13.03 (3)(b).
 2. Servicios reembolsables - Health Safety Net pagará por los servicios establecidos en 101 CMR 613.03(3)(a) a 34. La oficina de Health

Safety Net pagará solo por servicios prestados por profesionales certificados y pagará reembolsos únicamente de acuerdo a los códigos citados.

C. Requisitos para presentar reclamos para todos los servicios elegibles a pacientes de bajos ingresos

1. Los pacientes califican para Health Safety Net si los servicios son: (a) Medicamentos Necesarios, (b) cumplen con los requisitos establecidos en la sección "Servicios reembolsables" tal y como se define en 101 CMR 613.04, (c) se prestan a Pacientes de bajos ingresos tal y como se define en 101 CMR 613.04(1), y (d) cumplen con los requisitos de facturación de 101 CMR 13.04(1).
2. Un paciente de bajos ingresos debe ser residente del Estado de Massachusetts y haber sido clasificado como paciente de bajos ingresos de acuerdo con 101 CMR 613.04(1). Para poder ser considerado como Paciente de Bajos Ingresos, un paciente deberá ser residente del Estado y documentar un ingreso familiar igual o menor al 300% nivel de pobreza federal (FPL), sujeto a las siguientes condiciones. Las personas que se indican a continuación no son elegibles para el estado de Paciente de Bajos Ingresos:
 - a. Aquellas personas inscritas en los programas MassHealth Standard y MassHealth Family Assistance/Direct Coverage;
 - b. Aquellas personas que se ha determinado califican para cualquier programa de MassHealth, incluyendo MassHealth Premium Assistance, pero que no se han inscrito; y
 - c. Aquellas personas cuya inscripción en MassHealth o ConnectorCare ha sido cancelada debido a falta de pago de las primas.

Nota: Un residente de Massachusetts es una persona que viva en Massachusetts y tiene la intención de quedarse, tal y como se define en 130CMR 503.002 de la (A) a la (D). No se considerarán residentes a:

1. Las personas que hayan venido a Massachusetts con el propósito de recibir atención médica en un lugar que no sea un centro de enfermería, y que mantengan residencia fuera de Massachusetts;
2. Las personas cuyo paradero sea desconocido; o
3. Los presos de instituciones penales, excepto en las siguientes circunstancias:
 - a. son pacientes hospitalizados en un centro médico; o
 - b. viven fuera de la institución penal, están en libertad bajo palabra, libertad vigilada o en libertad domiciliaria y no regresan a la institución para pernoctar.

El Nivel de pobreza federal (FPL) se actualiza anualmente y se publica en el sitio web del estado

en <http://www.mass.gov>.

D. Requisitos para presentar reclamos parciales para todos los servicios elegibles a pacientes de bajos ingresos

1. Definición y elegibilidad: se puede considerar que los pacientes de bajos ingresos califican para el Health Safety Net Primario o el Health Safety Net Secundario de conformidad con 101 CMR 613.04(4). Para ser considerado como paciente de bajos ingresos, la persona debe ser residente de Massachusetts, presentar una verificación de identidad y documentar que el Ingreso Bruto Ajustado Modificado del Hogar (MAGI) de MassHealth equivale a menos del 300% del FPL, siempre y cuando se pueda determinar que la persona es paciente de bajos ingresos de haber solicitado asistencia de Medicaid mediante la cumplimentación de una Solicitud para la Tercera Edad, tal y como se define en la sección 130 CMR 515.001.
2. Responsabilidad financiera para pacientes de bajos ingresos: Para los pacientes de bajos ingresos parciales cuyo ingreso familiar (MAGI) de MassHealth o cuyo ingreso familiar contable por penuria médica sea entre el 150,1% y el 300% del FPL, existe un deducible anual que equivale al 40% de la diferencia entre el ingreso familiar más bajo de MassHealth y el ingreso familiar contable por penuria médica, tal y como se describe en 101 CMR 613.04(1), en el Costo de prima del grupo familiar (Premium Billing Family Group, PBFG) para el solicitante y el 200% del FPL. El paciente tiene la responsabilidad de pagar por todos los servicios prestados hasta el monto de deducible.

E. Criterios de exclusión

No se ha de considerar a la persona como paciente de bajos ingresos si ésta:

1. ha sido dado de baja de MassHealth por falta de pago de la prima o el deducible de MassHealth; o
2. si califica pasa es elegible para la Asistencia para el pago de Primas del Seguro Patronal, pero no se inscribe ni solicita dicha cobertura.

F. Reclamos por servicios elegibles

Deuda incobrable emergente. Para aquellos casos en los que el Hospital esté considerando la solicitud de una cuenta como deuda incobrable emergente a HSN, el Hospital se asegurará de que se cumplan las siguientes condiciones:

1. La cuenta estuvo sujeta a acciones de cobro continuas por un mínimo de 120 días.
2. Se realizó una consulta de elegibilidad en MMIS para determinar cobertura.
3. Los servicios prestados califican como servicios emergentes según se definen en la presente política.
4. Se envió un aviso de cobro final por correo certificado para saldos de más de \$1,000. Las cuentas que hayan sido debidamente documentadas como cuentas con una dirección incorrecta se podrán presentar al HSN sin antes enviar por correo un aviso

de cobro final por correo certificado toda vez que hayan transcurrido 120 días desde la facturación inicial y que, tras un esfuerzo razonable, el Hospital no haya logrado obtener una dirección actualizada.

G. Penuria médica

Los residentes de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos pueden calificar para el programa de penuria médica (*HSN Medical Hardship*) si los gastos médicos autorizados exceden los ingresos familiares más allá de su capacidad de pago por los servicios elegibles. Este programa retrospectivo se conforma a las reglamentaciones, es de alcance limitado, es una determinación única y no es una categoría de cobertura (101 CMR 613.05). El programa se puede solicitar solo después de la prestación de los servicios, cuando el paciente ya ha contraído una obligación financiera

1. **Requisitos de los gastos:** Los gastos médicos autorizados de los pacientes deben exceder el porcentaje de ingresos familiares para el nivel de ingresos aplicable conforme a lo determinado por Health Safety Net (114.6 CMR 13.05 (1)). Los gastos médicos autorizados corresponden al total de las facturas médicas familiares que, de pagarse, calificarían como gastos médicos deducibles para los fines de la declaración de impuestos federales sobre los ingresos. Se pueden presentar facturas pagas o impagas con fechas de servicio de hasta 12 meses antes de la fecha de la solicitud. De acuerdo con las reglamentaciones del EOHHS, el paciente no podrá presentar más de 2 solicitudes en un plazo de 12 meses.
2. **Proceso de solicitud:** el Hospital ayudará al paciente a reunir toda la información pertinente y enviará las solicitudes del programa de penuria médica de HSN para su revisión y aprobación.
3. **Determinación:** HSN determinará si el paciente reúne los requisitos para el programa y le notificará al Hospital qué facturas deberá pagar el paciente y cuáles pueden enviarse a HSN. La determinación del programa se limita a aquellas facturas que acompañen la solicitud. No hay un período de elegibilidad y las facturas se pueden utilizar solo una vez para justificar la solicitud.
4. **Protección contra acciones de cobro:** se interrumpirán todas las acciones de cobro para todos los saldos que HSN determine que son elegibles para la cobertura del programa Medical Hardship. Esto incluye los saldos que se hayan asignado a un agente o agencia de cobro externos que trabajen en nombre del Hospital.

H. Situaciones especiales

En ciertas situaciones puede que se necesite información o procedimientos adicionales a fin de procesar debidamente las cuentas del paciente.

1. **Indemnización por accidentes laborales:** los servicios relacionados con accidentes industriales deberán señalarse adecuadamente en el récord de registro. La

información adicional requerida incluye la fecha y hora del accidente; nombre y número del patrono y el nombre y número de la aseguradora de indemnización por accidentes laborales.

2. Responsabilidad civil ante terceros o accidentes en vehículos motorizados: los servicios relacionados con un accidente en un vehículo motorizado u otro tipo de responsabilidad civil ante terceros se deben señalar de manera adecuada en el récord de registro. Se harán esfuerzos diligentes para reunir la información adicional necesaria para el envío de las reclamaciones relacionadas con un accidente vehicular, lo cual incluye la fecha y la hora del accidente, la ubicación de los casos de responsabilidad civil ante terceros y el nombre de la aseguradora del vehículo (si se lo conoce). En el sistema de registro también se debe incluir el nombre de cualquier abogado asociado a la reclamación, si se lo conoce.
3. Víctimas de delitos violentos: los servicios relacionados con víctimas de delitos violentos se deben señalar de manera adecuada en el récord, con la hora y el lugar del incidente. En algunos casos, hay fondos limitados disponibles a través del Procurador General para compensar los gastos médicos que no cubra el seguro médico o Health Safety Net. Cuando corresponda, a los pacientes se los debe remitir a Asesoramiento Financiero para que completen la documentación adecuada a fin de obtener la indemnización del Fondo para víctimas de delitos violentos.
4. Solicitud confidencial: se podrán presentar en dos situaciones.
 - a. Menores de edad: se podrán enviar solicitudes confidenciales en el caso de los menores de edad que se presenten para recibir servicios de planificación familiar y servicios relacionados con las enfermedades de transmisión sexual. Las solicitudes se pueden tramitar de acuerdo a los ingresos del menor sin considerar el ingreso familiar. Se debe referir a Asistencia Financiera a estos pacientes.
 - b. Personas maltratadas o abusadas: estas personas también pueden solicitar la cobertura de HSN en base a sus ingresos individuales. Es posible que se les apruebe la gama completa de servicios cubiertos por HSN. Se debe referir a Asistencia Financiera a estos pacientes.
5. Personas indocumentadas. Es posible que a los pacientes les preocupen las consecuencias para la inmigración si solicitan la condición de paciente de bajos ingresos. A los pacientes con medios limitados se les debe recomendar que soliciten a través del sitio web de MAHealthConnector.org o mediante solicitud impresa. Los pacientes que se rehúsen a solicitar asistencia a través del MAHealthConnector se les seguirá tratando como pacientes que pagan por cuenta propia. Se debe seguir prestando los servicios de emergencia y urgencia, incluidos los medicamentos que sean necesarios para responder a las amenazas inmediatas a la salud del paciente por hasta dos semanas. Los servicios que no sean de emergencia o urgencia se pueden postergar o cancelar hasta tanto el paciente pueda pagar, hacer los arreglos financieros correspondientes, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.

6. Estudios de investigación: los servicios relacionados con estudios de investigación se deben indicar y señalar en el momento del registro de cada servicio a fin de garantizar que los cargos correspondientes se remitan al fondo de investigación designado.

I. Proceso de quejas

Cualquier persona puede pedir que el Estado de Massachusetts realice una revisión de la determinación de elegibilidad para el estado de paciente de bajos ingresos o el cumplimiento por parte del proveedor con las disposiciones de 101 CMR 613.00

J. Asistencia financiera adicional del hospital

Además de Health Safety Net, el Hospital provee asistencia financiera a los pacientes que cumplan con los requisitos a continuación:

Descuento de asistencia financiera para pacientes con ingresos limitados:

A los pacientes que califiquen para este descuento se les descontarán los cargos por los servicios aplicables de acuerdo con el siguiente cuadro. Los descuentos se basan en los cargos totales y no aplican a los saldos que ya han sido descontados por la cobertura del seguro.

<i>Ingreso familiar como % de las FPG</i>	<i>Descuento para South Shore Hospital</i>
0 a 133%	100%
134 a 250%	85%
251 a 300%	70%

Esta asistencia financiera tiene el propósito de complementar, no sustituir, otras coberturas de servicios con el fin de garantizar que se provea asistencia financiera cuando sea necesario. Bajo la política de asistencia financiera, el Hospital no denegará la asistencia si el solicitante no presenta información o documentación, a menos que dicha información o documentación se describa y sea necesaria para otorgar la asistencia financiera a través del formulario correspondiente.

VI. PRÁCTICAS DE COBRO DEL HOSPITAL

El Hospital tiene la obligación fiduciaria de solicitar el reembolso por los servicios prestados a las personas que pueden pagar, a los aseguradores de terceros que cubren el costo de la atención y los demás programas de asistencia para los cuales el paciente califica. Las políticas de SSH se fundamentan en las normas de la industria para la contabilización de pacientes y su finalidad es cumplir con los criterios establecidos por el Estado de Massachusetts (ver, 114.6 CMR 13.00) y el Servicio de Rentas Internas de los Estados Unidos (ver, Código de Rentas Internas 501 (r)). La finalidad de esta PCC&AF es proveer las pautas generales para asegurar el cobro razonable de cuentas de todas las fuentes disponibles y detectar tan pronto como sea posible cuando alguien necesite asistencia y/o que una cuenta es elegible para MassHealth o

Health Safety Net o como deuda incobrable. También tiene como propósito asegurar que el Hospital cumpla con los requisitos estatales y federales aplicables, así como con las disposiciones de la Ley de Prácticas Justas de Cobranza de Deudas (Fair Debt Collections Practices Act).

A. Derechos y responsabilidades del Proveedor

1. Los pacientes serán informados de su derecho a planes de pago, de las opciones para solicitar MassHealth, Health Safety Net o planes de salud comerciales y de la determinación de bajos ingresos, así como de las opciones para presentar una queja si así lo desean. Esta información se comunicará verbalmente al reunirse con un Asesor Financiero de SSH, en conversaciones con el personal de Crédito y Cobro de la Oficina de Negocios, y a través de la correspondencia que el Hospital utiliza para educar y comunicarse con los pacientes con respecto a sus derechos. Tal como se describe en la introducción de esta PCC&AF, el SSH no discriminará a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad en sus políticas ni en la aplicación de sus políticas respecto a la adquisición y verificación de información financiera, los depósitos previos a la admisión o el tratamiento, los planes de pago, las admisiones diferidas o denegadas, o el estado de paciente con bajos ingresos según se define en 613.08(1)(A).
2. El SSH asesorará a los pacientes en cuanto a la disponibilidad de opciones de cobertura a través de un programa de asistencia pública o de asistencia financiera hospitalaria disponible, incluida la cobertura a través de MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas administrado por el Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship, en las facturas que se envían al paciente o al garante del paciente luego de la prestación de los servicios.
3. El SSH, o su representante, no embargará el salario ni procurará la ejecución legal de la sentencia contra la residencia personal o vehículo motorizado de un Paciente de Bajos Ingresos cuyo estado haya sido establecido en virtud de 101 CMR 13.00 a menos que: (a) el SSH puede demostrar que el paciente o su garante tiene la capacidad de pago (b) el paciente/garante no respondió a las solicitudes de información del Hospital o el paciente/garante se negó a cooperar con el Hospital para encontrar un programa de asistencia financiera, o (c) para los fines del gravamen, si fue aprobado por la Junta de Síndicos. Todas las aprobaciones por parte de la Junta se decidirán en base a cada caso en particular.
4. El Hospital tampoco solicitará el pago de un Paciente de Bajos Ingresos que se determine califica para el programa de Health Safety Net cuyas reclamaciones fueron inicialmente denegadas por un programa de seguro debido a un error administrativo de facturación del Hospital. El Hospital además conserva toda la información de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables sobre privacidad, seguridad y robo de identidad.
5. El Hospital asesorará a los pacientes sobre el derecho a solicitar MassHealth; el Programa de Pago de Asistencia para Primas administrado por Health Connector; un Plan de Salud Calificado; la determinación de Pacientes con Bajos Ingresos y Penurias

Médicas y un plan de pago, según se indica en la 101 CMR 613.08(1)(f), en caso de que se determine que el paciente es un Paciente con Bajos Ingresos o reúne los requisitos para la asistencia por penuria médica.

6. El Hospital deberá proveer notificación individual a los pacientes de los Servicios Elegibles y programas de asistencia pública durante el registro inicial del paciente y cuando el Hospital tenga conocimiento de un cambio en la elegibilidad del paciente o en la cobertura de su seguro.
7. El Hospital deberá informar a los pacientes de las responsabilidades descritas en 101 CMR 613.08(2)(b) en todas las ocasiones en que el paciente interactúe con el personal de registro.
8. El Hospital notificará individualmente a los pacientes acerca de los Servicios Elegibles y los programas de asistencia pública durante el registro inicial del paciente y cuando el Hospital tenga conocimiento de un cambio en la elegibilidad del paciente o en la cobertura del seguro.
9. Limitación de servicios elegibles -Acontecimientos graves y notificables. El Health Safety Net no paga por los servicios directamente relacionados con un acontecimiento grave notificable (SRE, por sus siglas en inglés) tal y como se define en 105
CMR 130.332(A). Definiciones aplicables a 105 CMR 130.33
 - a. El Hospital no podrá cobrar, facturar ni solicitar pago a Health Safety Net, a un Paciente o a ningún otro pagador, según lo dispuesto en 105 CMR 130.332: Acontecimientos graves notificables (SRE), por los servicios prestados como resultado de un SRE que ocurra en un lugar cubierto por la licencia de un Proveedor, si el Proveedor determinara que el SRE:
 - i. fuera prevenible;
 - ii. estuviera bajo el control del Proveedor; y
 - iii. fuera el resultado inequívoco de una falla del sistema tal como lo requiere la 105 CMR 130.332: (B) La notificación de los SRE y (C): Determinación de la capacidad de prevención.
 - b. El Hospital no podrá cobrar, facturar ni solicitar pago a Health Safety Net, a un Paciente o a ningún otro pagador, según lo dispuesto en 105 CMR 130.332: Acontecimientos graves notificables (SRE), por servicios directamente relacionados con:
 - i. el acontecimiento del incidente SRE;
 - ii. la corrección o reparación del acontecimiento; o
 - iii. las complicaciones subsiguientes que surjan del acontecimiento, según lo determine la Oficina de Health Safety Net, por cada caso.

- c. El Hospital puede presentar una reclamación por servicios prestados como resultado de un SRE que no haya ocurrido en sus instalaciones únicamente si la entidad que realiza el tratamiento y la entidad responsable del SRE no son propiedad común o no tienen una empresa matriz.
- d. Las readmisiones al mismo hospital o la atención de seguimiento provista por el mismo Proveedor o un Proveedor que pertenezca a la misma organización principal no son facturables si los servicios están vinculados con el SRE según se describe en 101 CMR 613.03(1)(d)2.

B. Derechos y responsabilidades del paciente

Los derechos y responsabilidades del paciente incluyen:

1. Proporcionar información demográfica y de seguro completa y oportuna, e informar al Hospital, y al Estado, si el paciente participa en un programa estatal, de cualquier cambio en su estado, incluyendo, entre otros, cambios en los ingresos o en el estado del seguro.
2. Para los residentes de Massachusetts, solicitar y mantener la cobertura a través de cualquier programa patrocinado por el gobierno para el cual puedan calificar, incluyendo la presentación de toda la documentación necesaria dentro de los plazos establecidos. Todos los pacientes deben obtener y mantener una cobertura si disponen de una cobertura asequible.
3. A través de esta política, el SSH informa a los pacientes que un paciente que reciba Servicios de Salud Reembolsables deberá:
 - a. Proporcionar toda la documentación necesaria;
 - b. Informar a MassHealth de cualquier cambio en el ingreso familiar (MAGI) de MassHealth o en el ingreso familiar contable para penurias médicas, según se indica en 101 CMR 613.04(1), o en el estado de su seguro, incluyendo, entre otros, ingresos, herencias, regalos, repartición de fideicomisos, la disponibilidad de seguro de salud y la responsabilidad civil de terceros. El paciente puede, como alternativa, proporcionar dicha notificación al Proveedor que determinó el estado de elegibilidad del paciente;
 - c. Llevar cuenta del deducible del paciente y proporcionar documentación al Proveedor de que se ha alcanzado el monto deducible cuando se determine que más de un miembro del Grupo Familiar para Facturación de Primas es un Paciente de Bajos Ingresos o si el paciente o los miembros del Grupo Familiar para Facturación de Primas reciben Servicios de Salud Reembolsables por parte de más de un proveedor; y
 - d. Informar a la Oficina de Health Safety Net o a la agencia de MassHealth cuando el paciente se vea involucrado en un accidente, o sufra de una enfermedad o lesión, u otra pérdida que haya causado o puede resultar en una demanda o reclamo de seguro. En dicho caso, el paciente deberá:

- i. presentar una reclamación de indemnización, si la hubiera; y
- ii. acordar cumplir con todos los requisitos de M.G.L. c. 118E, incluyendo entre otros los siguientes:
 - i a. asignar a la oficina de Health Safety Net el derecho a recuperar una cantidad equivalente al pago realizado por Health Safety Net de las ganancias derivadas de cualquier reclamación u otro proceso contra terceros;
 - ii a. proveer información sobre la reclamación o cualquier otro proceso, y cooperar plenamente con la oficina de Health Safety Net o su representante, a menos que Health Safety Net determine que la cooperación no sería en el mejor interés de, o que resultaría en un daño grave, o deterioro emocional para, el paciente;
 - iii a. notificar a la oficina de Health Safety Net o a la agencia de MassHealth por escrito en los 10 días siguientes a la presentación de cualquier reclamación, demanda civil u otro proceso; y
 - iv a. reembolsar a Health Safety Net con el dinero recibido de un tercero por todos los Servicios Elegibles prestados en o después de la fecha del accidente u otro incidente después de convertirse en un Paciente de Bajos Ingresos para fines del pago de Health Safety Net, siempre y cuando sólo se reembolsen los pagos de Health Safety Net que se hayan realizado como resultado del accidente u otro tipo de incidente.

- 4. La oficina de Health Safety Net cobrará directamente al paciente sólo en la medida en que éste haya recibido el pago de un tercero por la atención médica pagada por Health Safety Net o en la medida que se especifique en 101 CMR 613.06(5).

A petición del paciente, un Proveedor puede facturar a un Paciente de Bajos Ingresos para permitir que el paciente cumpla con el Deducible único de CommonHealth requerido según se indica en 130 MCR 506.009; el Deducible único.

Notificar al Hospital sobre cualquier cobertura potencial por accidentes de vehículos motorizados, cobertura de responsabilidad civil, o cobertura de indemnización por accidentes laborales. Para los pacientes cubiertos por un programa estatal, presentar una reclamación de indemnización, de estar disponible, con respecto a cualquier accidente, lesión o pérdida y notificar al programa estatal (p. ej., la agencia de Medicaid del Estado de Massachusetts y Health Safety Net) dentro de los diez días, acerca de cualquier información relacionada con cualquier demanda o reclamo de seguro que cubra el costo de los servicios prestados por el Hospital. Además, se requiere que el paciente asigne el derecho a un pago por terceros que cubra los costos de los servicios pagados por la agencia de Medicaid del Estado de Massachusetts o Health Safety Net.

- 1. Hacer esfuerzos razonables para comprender los límites de su cobertura de seguro, incluidas las limitaciones de la red, las limitaciones de la cobertura de los servicios y las obligaciones financieras debido a la cobertura limitada, los copagos, el coseguro y los deducibles.

2. Ajustarse a las políticas de derivación, autorizaciones previas y otras políticas de administración médica del seguro.
3. Ajustarse a otros requisitos del seguro, lo que incluye completar los formularios de coordinación de beneficios, actualizar la información sobre la membresía, actualizar la información sobre los médicos y otros requisitos del pagador.
4. Hacer los copagos, los deducibles y los montos por coseguro de manera oportuna.
5. Actualizar de manera oportuna los datos demográficos, sobre el seguro y sobre la elegibilidad y el deducible anual de HSN.

C. Documentación y auditoría

El SSH conservará registros que documenten las reclamaciones por servicios elegibles para pacientes de bajos ingresos, servicios de emergencia por deudas incobrables y servicios por penurias médicas.

1. El Departamento de Servicios Financieros al Paciente de SSH hará todo lo posible para conservar los registros de contabilidad auditables de los pacientes o las actividades de crédito y cobro que se realicen de conformidad con la Reglamentación 101 CMR 613.00.
2. Antes de remitir una cuenta a deudas incobrables, el SSH se asegurará de verificar la elegibilidad potencial de EVS.

D. Principios ordinarios de cobro

1. El Hospital dará asesoramiento financiero rápido y cortés a todos los pacientes necesitados y ayudará a los pacientes a obtener la asistencia financiera disponible a través de agencias federales, estatales, privadas o del programa de asistencia financiera del Hospital a fin de que puedan cumplir con sus obligaciones financieras con el Hospital. Varios representantes del Hospital, incluyendo a los Asesores Financieros, los Trabajadores de Enlace, los Servicios Sociales o los Representantes de Cuentas de los Pacientes pueden manejar este proceso y la interacción con los pacientes.
2. Se utilizará una agencia de cobro cuando el Departamento de Contabilidad del Paciente haya agotado todos los esfuerzos razonables de cobro, excepto para los pacientes que están exentos de la acción de cobro de conformidad con 101 CMR 613.04(1).
3. El Hospital no forzará la venta o la ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente para pagar una factura médica pendiente. La ejecución legal del embargo de bienes raíces sobre la residencia personal del paciente o sobre otros bienes del paciente (p. ej., un automóvil) para garantizar las deudas del paciente es una acción extraordinaria que sólo se utilizará en circunstancias verdaderamente excepcionales. Como mínimo, los gravámenes se permiten sólo cuando hay pruebas de que el paciente o la parte responsable cuenta con ingresos y/o bienes para satisfacer sus

obligaciones. Dicha acción requerirá la autorización previa y expresa de la Junta de Fideicomisarios del Hospital en cada caso, de acuerdo con las reglamentaciones de Massachusetts.

4. El Hospital no utilizará una orden judicial de presentación (es decir, un tercero que utiliza medios físicos o legales para compeler una acción.) para exigir que el paciente o la parte responsable comparezca ante un tribunal.
5. Todos los agentes de cobro de South Shore Hospital tienen una obligación contractual de cumplir con la política de Cobro de Créditos y Asistencia Financiera del SSH.
6. El Hospital presentará a las aseguradoras un formulario de facturación universal.
7. El Hospital cumplirá con los requisitos de facturación y autorización de la aseguradora, apelará una reclamación denegada cuando el servicio sea pagadero en su totalidad o en parte por una aseguradora y reembolsará de inmediato cualquier pago recibido de la Oficina cuando se haya identificado cualquier recurso de terceros disponible.

E. Procedimientos de Facturación y Cobro del Hospital

1. Se enviará la factura inicial a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente.
2. El Hospital emitirá facturas subsecuentes por lo menos cada 30 días y por un mínimo de 120 días después de emitir la factura inicial antes de referir la cuenta a una agencia de cobro externa. El paciente recibirá al menos 3 estados de cuenta y un "aviso final" indicando que la cuenta será remitida a una agencia de cobro externa cuando no se haya recibido un pago aceptable o cuando no se haya establecido un plan de pago adecuado.
3. El estado de cuenta o los avisos de facturación serán acompañados por llamadas telefónicas, cartas de cobro y cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino y razonable para contactar a la parte responsable de la obligación.
4. El Hospital documentará las medidas alternas tomadas para localizar a la persona responsable de la obligación o la dirección correcta para las facturas devueltas por el servicio de correos como "dirección incorrecta" o "no entregable" y que se considere como " dirección incorrecta". Las medidas alternas pueden incluir el uso de métodos de rastreo de omisiones, el uso de Internet, los registros del servicio postal u otros medios adquiridos o ampliamente disponibles para rastrear a un paciente o residencia del garante o punto de contacto con la intención de cobrar la deuda pendiente o notificarles de las opciones y otros programas de asistencia pública que puedan estar a su disposición.
5. En el caso de los servicios de atención de emergencia (servicios que podrían calificarse como deudas incobrables de emergencia) con saldos superiores a \$1,000, cuando las notificaciones no hayan sido devueltas como "dirección incorrecta" o "no

entregable", el Hospital enviará un aviso final de cobro por correo certificado (ver 101 CMR 613.06(1)(a)(3)(b)(iv)). En aquellos casos en los que, tras un esfuerzo razonable, una cuenta ha sido considerada como no entregable, ésta será remitida a una agencia de cobro externa para seguimiento adicional antes del vencimiento del plazo de 120 días desde el intento de la factura inicial.

6. Se conservará en papel o en formato electrónico la documentación de las actividades continuas de cobro que se efectúen de forma periódica y frecuente.
7. El expediente del paciente incluirá documentación de los esfuerzos de cobro, incluyendo facturas, cartas de seguimiento y llamadas telefónicas.

F. Esfuerzos de cobro razonables

1. El Hospital deberá realizar los mismos esfuerzos para cobrar las cuentas de los pacientes no asegurados que para cobrar las cuentas de cualquier otra clasificación de pacientes.
2. Los requisitos mínimos antes de cancelar una cuenta de Health Safety Net incluyen:
 - a. Una factura inicial a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente;
 - b. Las facturaciones subsecuentes, llamadas telefónicas, cartas de cobro y cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino para contactar a la parte responsable de la obligación;
 - c. Documentación de las medidas alternas tomadas para localizar al responsable de la obligación o la dirección correcta en las facturas devueltas por la oficina de correos como "dirección incorrecta" o "no entregable";
 - d. Envío de una notificación final por correo certificado para saldos superiores a \$1,000 cuando las notificaciones no hayan sido devueltas como "dirección incorrecta" o "no entregadas";
 - e. Documentación de las acciones continuas de cobro realizadas de forma regular y frecuente. Al evaluar si un Proveedor ha participado en una Acción de Cobro continua, la Oficina de Health Safety Net puede usar una interrupción en la Acción de Cobro de más de 120 días como pauta para el incumplimiento, pero puede usar su discreción al determinar si un Proveedor ha hecho un esfuerzo razonable para cumplir con la norma; y
 - f. Verificar el EVS para asegurarse de que el paciente no sea un paciente de bajos ingresos de acuerdo a la determinación de MassHealth y que no haya presentado una solicitud al sistema de Health Information Exchange (Intercambio de Información sobre la Salud) para la cobertura de los servicios a través de un programa público, antes de presentar una reclamación a la oficina de Health Safety Net para la cobertura de una deuda incobrable de

emergencia para un nivel de emergencia o un servicio de atención de urgencias.

3. Si, después de realizar intentos razonables para cobrar una factura, la deuda de Atención de Emergencia para un Paciente No Asegurado permanece sin pagar por más de 120 días, la factura se podrá considerar como incobrable y se facturará a la oficina de Health Safety Net.
4. El expediente del paciente deberá incluir toda la documentación del esfuerzo de cobro del Proveedor, incluyendo copias de la(s) factura(s), cartas de seguimiento, informes de contacto telefónico, y cualquier otro esfuerzo realizado.

G. Clasificación de atención de emergencia para deudas incobrables

De acuerdo con la EMTALA, el Hospital clasifica como atención de emergencia a toda persona que ingresa al hospital y que solicita tratamiento de emergencia o que ingresa al servicio de urgencias solicitando tratamiento médico. Los pacientes pueden ser ambulatorios o pueden llegar en ambulancia. Por lo general, las personas que no tienen cita se presentan en la sala de emergencias o el centro de atención de urgencia del Hospital. Sin embargo, las personas sin cita previa que solicitan servicios de emergencia mientras se encuentran en otra unidad para pacientes hospitalizados, clínica u otra área auxiliar, como el laboratorio de radiología, también pueden estar sujetas a un examen médico de emergencia de acuerdo con la ley EMTALA. El examen y tratamiento para condiciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por EMTALA, será prestado al paciente y calificará como atención de emergencia para fines de atención no remunerada.

1. Atención de emergencia (o emergente): Servicios Médicamente Necesarios prestados después del inicio de una afección ya bien sea física o mental, que presente síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor severo, que una persona prudente no experta y con un nivel promedio de conocimientos sobre salud y medicina, de no tratarse oportunamente pueda poner en grave peligro la salud del enfermo. Las afecciones incluyen, entre otras, las que pueden poner en peligro la salud del paciente, un deterioro grave de las funciones corporales, una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo, o el parto de las mujeres. El examen o tratamiento para afecciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio prestado en la medida en que lo requiera EMTALA califica como Atención de Emergencia.
2. Atención urgente: los servicios de atención urgente médicamente necesarios que se prestan en un hospital o centro comunitario de salud tras la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente y no experta crea que la falta de atención médica dentro de las primeras 24 horas podría dar lugar a que peligre la salud del paciente, o que se produzca un impedimento de la función del cuerpo o de la función de cualquier órgano o parte del organismo. Los Servicios de Atención de Urgencia se brindan para afecciones que no son potencialmente mortales y que no presentan un alto riesgo de daño grave a la salud de un individuo. Los Servicios de Atención de Urgencia no incluyen Atención

Primaria o Cuidados Electivos.

3. Servicios electivos o programados: representan una afección que requiere de evaluación y/o tratamiento, pero el tiempo no constituye un factor crítico; no incluye a los pacientes con quejas de dolor severo o pérdida de funciones. La atención electiva es por lo general un servicio programado. Los servicios programados incluyen las citas hechas por teléfono llamando al Hospital o a los departamentos dentro del Hospital, se programan como visitas de seguimiento para un servicio previo y pueden ser consecuencia de un referido por un médico externo u otra entidad de atención médica. Los ejemplos de los mismos incluyen servicios de laboratorios diagnósticos, servicios quirúrgicos diurnos electivos, procedimientos estéticos, diagnóstico por imágenes y otros servicios terapéuticos ambulatorios.

H. Población exenta de acción de cobro rutinario

Los siguientes individuos y poblaciones de pacientes estarán exentos de cualquier proceso de cobro o facturación de acuerdo con las reglamentaciones y políticas estatales:

1. Un proveedor no debe facturar a los pacientes inscritos en MassHealth o a los pacientes que reciben beneficios gubernamentales a través de la Ayuda de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños excepto que el Proveedor podrá facturar a los pacientes por cualquier copago y deducibles requerido. El Proveedor puede iniciar la facturación para un paciente que alega que él o ella participa en alguno de estos programas, pero no aporta pruebas de ello. Al recibir prueba satisfactoria de que un paciente participa en cualquiera de los de los programas arriba mencionados, y el recibo de la solicitud firmada, el Proveedor deberá cesar las actividades de cobro.
2. Los participantes en el Plan de Seguridad Médica para Niños cuyos ingresos MAGI sean equivalentes o inferiores al 300% del FPL también estarán exentos de la Acción de Cobro. El Proveedor puede iniciar la facturación para un paciente que alega que él o ella participa en el Plan de Seguridad Médica para Niños, pero no proporciona prueba de dicha participación. Al recibir prueba satisfactoria de que un paciente participa en el programa de Seguridad Médica para Niños, el Proveedor deberá cesar todas las actividades de cobro.
3. Los pacientes de bajos ingresos, excepto los pacientes de bajos ingresos que sólo reciben atención dental, estarán exentos de las acciones de cobro por cualquier servicio de salud reembolsable prestado por un proveedor que percibe pagos de Health Safety Net por servicios recibidos durante el período para los cuales se les ha clasificado como pacientes de bajos ingresos, excepto para los copagos y deducibles. Los proveedores podrán continuar facturando a los Pacientes de Bajos Ingresos por los Servicios Elegibles prestados previo a su clasificación como tales una vez haya vencido el estado de paciente de bajos ingresos o que de otro modo el mismo haya sido cancelado.
4. Los pacientes de bajos ingresos con ingresos familiares MAGI para MassHealth o ingresos familiares contables según se indica en 101 CMR 613.04(1), entre 150.1 y

300% del FPL estarán exentos de la acción de cobro por la porción de la factura de su Proveedor que exceda el deducible y podrá ser facturada por los copagos y el deducible de acuerdo con lo estipulado en 101 CMR 613.04(6)(b) y (c). Los proveedores podrán continuar facturando a los Pacientes de Bajos Ingresos por los Servicios Elegibles prestados previo a su clasificación como tales una vez haya vencido el estado de paciente de bajos ingresos o que de otro modo el mismo haya sido cancelado.

5. Los proveedores podrán facturar a los pacientes de bajos ingresos por servicios que no sean servicios de salud reembolsables prestados a petición del paciente y por los cuales el paciente ha aceptado ser responsable, con la excepción de los servicios descritos en 101 CMR 613.08(3)(d) 1. y 2. Los proveedores deberán obtener el consentimiento del paciente por escrito para que se les cobre por dichos servicios.
 - a. Los proveedores no podrán facturar a los pacientes de bajos ingresos por reclamaciones relacionadas con errores médicos, incluidos los descritos en 101 CMR 613.08(3)(1)(e).
 - b. Los proveedores no podrán facturar a los Pacientes de Bajos Ingresos por reclamaciones denegadas por la aseguradora primaria del paciente debido a un error administrativo o de facturación.
6. A petición del paciente, un Proveedor podrá facturar a un Paciente de Bajos Ingresos para permitir que el paciente cumpla con el deducible único de CommonHealth requerido que se indica en 130 CMR 506.009: *deducible único*.
7. Un Proveedor no podrá emprender una Acción de Cobro en contra de un individuo que haya calificado para Penurias Médicas por el monto de la factura que exceda la contribución por Penuria Médica. Si una reclamación que hubiese sido presentada como Deuda Incobrable de Emergencia pasa a ser elegible para el pago por Dificultades Médicas de Health Safety Net, el Proveedor deberá cesar la actividad de cobro al paciente por los servicios.

El Hospital o su representante no embargará los salarios ni buscará la ejecución legal contra la residencia personal o el automóvil de los pacientes o garantes, excepto según lo dispuesto en la Sección VI D (3) de la PCC&AF.

No obstante, lo dispuesto en esta sección que indique lo contrario, el Hospital facturará a los pacientes que aleguen participar en uno de los programas mencionados anteriormente y que no presenten prueba de su participación o que, tras la verificación del Hospital, no participen realmente en dicho programa.

I. Acciones de cobro extraordinarias

1. El Hospital no emprenderá ninguna "acción de cobro extraordinaria" hasta tanto no haya hecho esfuerzos razonables y seguido una revisión razonable de la situación económica del paciente y demás información necesaria para determinar la elegibilidad para ayuda financiera, con lo cual se determinará si el paciente tiene

derecho a recibir ayuda financiera o exención de cualquier actividad de cobro o facturación conforme a esta política de crédito y de cobro. El Hospital conservará toda la documentación utilizada en esta determinación conforme a su política aplicable de conservación de récords.

2. El Hospital aceptará y procesará la solicitud de asistencia financiera de un paciente de acuerdo a la Política de Cobro de Crédito y Asistencia Financiera durante todo el "plazo de solicitud". El plazo total durante el cual el Hospital tendrá que aceptar y procesar las solicitudes de asistencia financiera es de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta. Si el Hospital recibe la solicitud durante dicho plazo de tiempo, deberá suspender cualquier acción de cobro extraordinaria iniciada hasta tanto haya procesado la solicitud. El plazo de solicitud no vence antes de los 30 días siguientes de la fecha en que el Hospital haya enviado al paciente la notificación de 30 días que se describe a continuación. Para aquellos pacientes a quienes el Hospital haya considerado que presuntamente califican para recibir una asistencia que no sea la más favorable bajo la política de Cobro de Crédito y Asistencia Financiera, la solicitud no vencerá antes de que concluya un período razonable durante el cual el paciente solicitará una ayuda financiera más favorable, tal y como se describe a continuación.

3. Las acciones de cobro extraordinarias incluyen:

- a. Vender la deuda de un paciente a un tercero (excepto si se cumplen los siguientes requisitos especiales);
- b. Reportar a agencias de informes crediticios o a las agencias de crédito;
- c. Aplazar, denegar o exigir pago antes de prestar la Atención Médicamente Necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por servicios de atención cubiertas bajo la política de asistencia financiera del Hospital, lo cual se consideraría como una acción de cobro extraordinaria para la atención prestada con anterioridad.
- d. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, incluyendo:
 - i. Imponer un gravamen sobre la propiedad de un paciente;
 - ii. Ejecución hipotecaria de bienes inmuebles;
 - iii. Embargar o confiscar una cuenta bancaria u otros bienes personales;
 - iv. Entablar una demanda civil contra un paciente;
 - v. Hacer que se arreste a un paciente;
 - vi. Hacer que un paciente esté sujeto a una orden judicial de presentación, y
 - vii. Embargar el sueldo y los salarios de un paciente.
- e. La venta de la deuda de un paciente a un tercero se interpretará como una acción de cobro extraordinaria, a menos que el Hospital celebre un acuerdo

vinculante por escrito con el comprador de la deuda en virtud del cual (i) al comprador se le prohíba entablar acciones de cobro extraordinarias para obtener el pago por la atención médica; (ii) al comprador se le prohíba cobrar intereses sobre la deuda a una tasa mayor a la tasa de pago insuficiente aplicable del IRS; (iii) la deuda es retornable o revocable por el Hospital si se determina que el paciente califica para recibir asistencia financiera; y (iv) si se determina que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera y el Hospital no devuelve o retira la deuda, se requiere que el comprador cumpla con los procedimientos que aseguren que el paciente no pague al comprador más de lo que el paciente es personalmente responsable de pagar bajo la política de asistencia financiera.

- f. Las acciones de cobro extraordinarias incluyen aquellas emprendidas para obtener el pago por servicios de atención contra cualquier paciente que haya aceptado o esté obligado a aceptar responsabilidad por la factura del paciente por la atención médica.
4. El Hospital se abstendrá de emprender cualquier acción de cobro extraordinaria contra un paciente por un período de al menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital envíe el primer estado de cuenta después del alta; excepto que se aplicarán requisitos especiales para diferir o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago, tal como se indica a continuación.
 5. Además de abstenerse de emprender cualquier acción de cobro extraordinaria durante el periodo de 120 días descrito anteriormente, el Hospital se abstendrá de emprender cualquier acción de cobro extraordinaria durante un periodo de al menos 30 días una vez haya notificado al paciente de la política de asistencia financiera como sigue: el Hospital (i) le proveerá al paciente una notificación por escrito donde se informe que existe asistencia financiera para los pacientes elegibles; se identifiquen las acciones de cobro extraordinarias que el Hospital (u otro tercero autorizado) tiene la intención de emprender para obtener el pago de los servicios; y se fije una fecha límite luego de la cual podrán emprenderse las acciones de cobro extraordinarias, pero que no será antes de transcurridos 30 días a partir de la fecha de la entrega de la notificación por escrito: (ii) provea al paciente un resumen de la política de asistencia financiera en un lenguaje sencillo; y (iii) realiza un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente acerca de la política de asistencia financiera y la manera en que el paciente podrá obtener ayuda con el proceso de solicitud conforme la política de asistencia financiera; excepto que aplican requisitos especiales para diferir o negar la Atención Médicamente Necesaria como se describe a continuación.
 6. Si se difiere o deniega la atención debido a la falta de pago por servicios previos que calificaban para recibir asistencia financiera, el Hospital cumplirá con los

siguientes requisitos especiales. El Hospital podrá notificar con menos de los 30 días de anticipación descritos anteriormente si provee al paciente un formulario de solicitud de asistencia financiera y una notificación por escrito indicando que la asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles. La notificación escrita fijará una fecha límite tras la cual el Hospital ya no aceptará ni procesará una solicitud de asistencia financiera, que no podrá ser antes de que finalice el plazo de solicitud o 30 días después de la fecha en que la notificación escrita fuera entregada por primera vez. Si el paciente presenta una solicitud antes de la fecha límite, el Hospital procesará la solicitud de manera expedita.

7. Si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta de asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera del Hospital durante el plazo de solicitud, el Hospital suspenderá cualquier acción de cobro extraordinaria para obtener el pago por los servicios. En ese caso, el Hospital no emprenderá ni tomará ninguna otra medida con respecto a cualquier acción de cobro extraordinaria previa hasta tanto (i) el Hospital haya determinado si el paciente califica para recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera o (ii) en el caso de una solicitud incompleta de asistencia financiera, el paciente no ha respondido a los pedidos de información y/o documentación adicional dentro de un período de tiempo razonable. El Hospital también tomará medidas adicionales, sobre la base de si la solicitud está completa o incompleta, tal y como se describe a continuación.

8. En caso de que un paciente presente una solicitud completa de asistencia financiera durante el plazo de solicitud, el Hospital también determinará si el paciente califica para recibir asistencia financiera. Si el hospital determina que el paciente califica para recibir asistencia además de la atención gratuita, el hospital (i) proveerá al paciente un estado de cuenta que indique la cantidad adeudada por el paciente por los servicios prestados como paciente elegible para recibir asistencia financiera y que indique o describa de qué manera el paciente puede obtener información acerca del monto generalmente facturado por el cuidado, (ii) reembolsará al paciente por cualquier cantidad que haya sido abonada por los servicios que excedan la cantidad que se determine sea responsabilidad personal del paciente y (iii) tomará todas las medidas razonables para revertir cualquier acción de cobro extraordinaria (con la excepción de la venta de la deuda y aplazar o denegar, o requerir un pago antes de prestar Atención Médicamente Necesaria por el paciente no haber pagado las facturas previas por servicios de atención prestados y para los cuales calificaba para asistencia financiera) tomada contra el paciente para obtener el pago de los servicios. Las medidas razonables para revertir una acción de cobro extraordinaria incluirán medidas para anular cualquier fallo judicial, levantar cualquier embargo o gravamen y eliminar del informe crediticio del paciente cualquier información adversa que haya sido reportada a una agencia de informes del consumidor o agencia de crédito.

9. En caso de que un paciente presente una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el plazo de solicitud, el Hospital proveerá al paciente una notificación por escrito que describa la información y/o documentación adicional requerida bajo la política de asistencia financiera y que incluya información de contacto.
10. El Hospital puede hacer una determinación de presunción de que un paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera basándose en información que no haya sido proporcionada por el paciente o basándose en una determinación previa de elegibilidad. En caso de que se determine que un paciente califica para recibir menos de la asistencia más favorable disponible bajo la política de asistencia financiera, el Hospital: (i) notificará al paciente los fundamentos de la determinación de presunción de elegibilidad y la forma en que puede solicitar una asistencia más favorable disponible bajo la política de asistencia financiera; (ii) dará al paciente un plazo razonable para presentar la solicitud de asistencia más favorable antes de iniciar el proceso de acciones de cobro extraordinarias para obtener el monto descontado adeudado; y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa para obtener asistencia financiera más favorable durante el plazo de solicitud, determinar si el paciente tiene derecho a un descuento más favorable.
11. El Hospital y sus representantes cesarán los esfuerzos de cobro o facturación relacionados con un paciente que sea parte de un proceso de quiebra, excepto para asegurar sus derechos como acreedor en el orden correspondiente (también se podrán adoptar medidas similares por parte del programa de asistencia pública que haya pagado por los servicios). El Hospital y sus representantes tampoco cobrarán intereses sobre el saldo vencido de la cuenta de un paciente de bajos ingresos o los pacientes que cumplan con los criterios de cobertura a través del programa interno del Hospital para asistencia financiera.

J. Agencias externas de cobro

El Hospital mantiene contratos con agencias externas de cobro que le asisten en el cobro de ciertas cuentas, incluyendo los montos que son responsabilidad del paciente, y que no se han resuelto luego de que el Hospital haya enviado las facturas o los avisos finales.

El Hospital tiene una autorización o contrato específico con las agencias externas de cobro y requiere que dichas agencias cumplan con la política de Cobro de Crédito y Asistencia Financiera del Hospital para las deudas que la agencia está procurando. Todas las agencias externas de cobro contratadas por el Hospital le darán al paciente la oportunidad de presentar una queja y la remitirán al Hospital los resultados de las mismas. El Hospital requiere que toda agencia externa de cobro a su servicio esté certificada por el Estado de Massachusetts y que la agencia cumpla además con el Reglamento para el Cobro de Deudas del Procurador General del Estado en 940 C.M.R. 7.00.

K. Letreros

South Shore Hospital colocará letreros en las áreas de hospitalización, clínicas, admisiones/registro de emergencia y en las áreas de las oficinas de negocios que utilizan habitualmente los pacientes donde se informe a los pacientes de manera visible sobre la disponibilidad de los programas de asistencia financiera y dónde pueden solicitar a dichos programas en el hospital. Los letreros serán lo suficientemente grandes para poder ser vistos y leídos claramente por los pacientes que frecuenten dichas áreas. Todos los letreros y avisos serán traducidos a otros idiomas que no sean el inglés si éstos constituyen el idioma principal de 1,000 personas o el 5% de los residentes en el área de servicio del Hospital, lo que sea menor.

Los letreros notificarán a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera y otros programas de asistencia pública.

Texto para los letreros:

"Si no puede pagar la cuenta del hospital, Ud. y otros miembros de su familia pueden tener derecho a asistencia financiera a través de un programa de asistencia pública o el programa de asistencia financiera del Hospital. Nuestros asesores financieros pueden ayudarle a encontrar un programa que se ajuste a sus necesidades y ayudarle a inscribirse en dicho programa. Para obtener más información, póngase en contacto con un asesor financiero llamado al 781-624-4329. El Departamento de Asesoramiento Financiero está abierto de lunes a viernes de 9am-5pm y los sábados de 8am-4pm y se encuentra en el primer piso del Edificio Emerson".

L. Sitio Web

Esta Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera está disponible en Internet en el siguiente portal: <http://www.southshorehospital.org/financial-counselingassistance>

VII. NOTIFICACIONES, FORMULARIOS Y OTROS ANEXOS

- A. Anexo I:** Ubicación de las localidades del South Shore Hospital
- B. Anexo II:** Ejemplos de cartas a pacientes
- C. Anexo III:** Solicitud de Asistencia Financiera de South Shore Hospital
- D. Anexo IV:** Ejemplo de Estado de Cuenta del Paciente (factura) con Notificación de Asistencia Financiera, Servicios Elegibles y programas de asistencia
- E. Anexo V:** Ejemplo de notificación al paciente - Disponibilidad de asistencia financiera

Anexo 1

Listado de satélites/entidades vinculadas esencialmente con South Shore Hospital

1. South Shore Hospital's Center for Wound Care & Hyperbaric Medicine (Centro para el tratamiento de heridas y medicina hiperbárica)
2. South Shore Hospital Breast Care Center /Multispecialty Care (Centro de cuidado del seno/Centro de especialidades múltiples)
3. South Shore Hospital Outpatient Pre-testing Suite (Oficina para pruebas preoperatorias ambulatorias)
4. Center for Orthopedics, Spine and Sports Medicine (Centro de ortopedia, columna vertebral y medicina deportiva)
5. South Shore Hospital Center for Physical Wellness (Centro de bienestar físico)

Anexo 2

John Smith
123 Main St.
Boston, MA 02127

Nombre del paciente: John Smith

Cuenta del paciente #:123456

Estimado Sr. Smith:

Nuestros récords indican que usted no tenía seguro médico en el momento de recibir su atención. Con el fin de ayudarle con los gastos médicos, puede que califique para recibir atención médica gratuita o de bajo costo bajo MassHealth u otros programas de asistencia financiera.

Nuestros asesores financieros están disponibles para ayudarle en el proceso. Comuníquese con los asesores financieros al 781-624-4329 para obtener más información o para concertar una cita. Se ha de necesitar información sobre sus ingresos actuales y el estado de su seguro médico por lo que le rogamos tener la información a mano. La elegibilidad se determina en base al tamaño de la familia y los ingresos del hogar conforme a las pautas federales de pobreza que están disponibles en nuestro sitio web, www.southshorehospital.org

Por favor, tenga en cuenta la importancia de que nos llame lo antes posible ya que existe un plazo de tiempo limitado para la inscripción. Póngase en contacto con el Departamento de Asesoría Financiera al recibo de esta carta.

Para información sobre planes de pago, favor de comunicarse con nuestra Oficina de Negocios al 800-486-1915, de lunes a viernes de 8:00 a.m.-5:00 p.m.

Atentamente,

South Shore Hospital

Depto. de Asesoría Financiera



John Smith
123 Main St
Boston, MA 02127

Atención: John Smith
Núm. de Cuenta: 123456
Fecha de servicio: 06/01/16

Estimado Sr. Smith:

Gracias por haber seleccionado a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

Nuestros récords indican que Ud. presentó una solicitud de asistencia financiera.

Le informamos que su solicitud de Asistencia Financiera ha sido denegada.
El motivo para la negativa es:
(ejemplo de texto)

Solicitud incompleta
Ingresos exceden el Límite Federal de Pobreza de 300%.

Para cualquier pregunta o inquietud, favor de llamar al Departamento de Asesoría Financiera de South Shore Hospital al 781-624-4329.

Atentamente,

South Shore Hospital
Depto. de Asesoría Financiera



John Smith
123 Main St
Boston, MA 02127

Atención: John Smith
Núm. de Cuenta: 123456
Fecha de servicio: 06/01/16

Estimado Sr. Smith:

Gracias por haber seleccionado a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

Por la presente, se le notifica que su solicitud de Asistencia Financiera ha sido aprobada. Sus cuentas pendientes de pago adjuntas de South Shore Hospital han sido debidamente ajustadas.

Para cualquier pregunta o inquietud, favor de llamar al Departamento de Asesoría Financiera de South Shore Hospital al 781-624-4329.

Atentamente,

South Shore Hospital
Depto. de Asesoría Financiera

Anexo 3



Solicitud para Asistencia Financiera del South Shore Hospital

1. DATOS BÁSICOS

Favor de completar esta sección para el solicitante. El solicitante es el/la paciente o la persona que es responsable de las finanzas del paciente.

DOCUMENTOS NECESARIOS: Favor de incluir documentos que verifiquen la residencia: licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que comprueben la residencia actual. Todos los documentos deberán estar a su nombre.

Apellido(s)	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Números de teléfono Residencia: () Trabajo: () Móvil: ()	Dirección postal (incluir ciudad, estado y código postal)	
Nombre del paciente (si distinto al del solicitante)	Fechas de servicio al paciente (incluir dónde fueron prestados)	
Fecha de nacimiento (si distinta a la del solicitante)		
Número del Récord Médico del Paciente (MRN)		



Solicitud para Asistencia Financiera del South Shore Hospital

2. INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique el cónyuge y los hijos menores de 19 años que vivan con el solicitante, si corresponde. Esta sección se puede dejar en blanco si el/la solicitante no vive con el/la cónyuge o los niños.

Nombre del familiar	Parentesco	Fecha de Nacimiento

3. INGRESOS

Favor de completar esta sección acerca del solicitante y cada uno de los miembros incluidos en la sección 2 que trabaje. Favor de indicar los ingresos brutos, es decir, los ingresos antes de los impuestos y las deducciones. Favor de documentar esta sección "sin ingresos laborales" si el solicitante y los miembros de su familia no tienen ningún ingreso laboral.

Nombre del familiar que trabaje	Nombre y dirección del patrono	Ingresos brutos devengados	Frecuencia Marque uno	Solo para uso interno
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual	
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual	
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual	
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual	



Solicitud para Asistencia Financiera del South Shore Hospital

4. OTROS INGRESOS

Favor de completar esta sección acerca del solicitante y cada uno de los miembros incluidos en la sección 2 que reciba otros ingresos. Otros ingresos significa dinero que se recibe y no procede de un patrono. Favor de indicar los ingresos brutos, es decir, los ingresos antes de los impuestos y las deducciones. La sección puede dejarse en blanco si el solicitante y los miembros de su familia no tienen ningún otro ingreso.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Favor de adjuntar la documentación que verifique sus ingresos: talonarios de pago, impuestos, comprobantes W2, estados de cuenta bancarios u otras pruebas.

Tipo de ingreso	Familiar(es) que recibe el ingreso	Cantidad bruta recibida	Frecuencia <i>marque con un círculo</i>	Solo para uso interno
Desempleo			semanal, mensual, anual	
Seguro Social			semanal, mensual, anual	
Beneficios de Veterano			semanal, mensual, anual	
Rentas vitalicias y pensiones			semanal, mensual, anual	
Pensión alimenticia/conyugal			semanal, mensual, anual	
Ingresos por alquiler			semanal, mensual, anual	
Indemnización accidente laboral			semanal, mensual, anual	
Dividendos e intereses			semanal, mensual, anual	
Otro			semanal, mensual, anual	

5. OTROS GASTOS MÉDICOS

Favor de adjuntar copias de los gastos médicos pendientes

Gastos médicos	Cantidad total	¿Con qué frecuencia ocurren?	Solo para uso interno <i>Costo total</i>
Cuentas médicas			
Cuentas de farmacia			
Dental			



Solicitud para Asistencia Financiera del South Shore Hospital

6. AUTORIZACIÓN

Favor de leer atentamente esta sección y firmar al pie de la misma.

Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Consiento en proporcionar documentación adicional si así se solicita. Entiendo que esta información confidencial no podrá ser divulgada a terceros fuera de South Shore Health System sin mi aprobación previa.

Antes de enviar, por favor asegúrese de haber rellenado todas las secciones pertinentes de esta solicitud y de haber incluido todos los documentos solicitados para verificar su situación financiera. Las solicitudes incompletas no serán aprobadas.

Firma del Solicitante

Fecha

Si firma a nombre del solicitante: Toda la información aquí contenida es cierta a mi leal saber y entender.

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre del representante autorizado

Relación con el solicitante

Tel. de contacto

De tener alguna pregunta, favor de comunicarse con el Depto. de Asesoría Financiera

781-624-4329

Anexo 4



South Shore Hospital - Business Office
 P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



ADDRESS SERVICE REQUESTED

FECHA ESTADO DE CUENTA 08/10/2016	# DE CUENTA
CANTIDAD ADEUDADA \$176.99	CANTIDAD PAGADA \$.

Para pagos con tarjeta de crédito, ver el reverso.
 Incluya el número de cuenta en su cheque y haga el cheque
 a nombre de: South Shore Hospital.

#BWNCYSP
 #015597448#



P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



FAVOR DE SEPARAR Y DEVOLVER ESTA SECCIÓN CON SU PAGO

0700

656911 (PC1)



**South Shore
 Hospital**

Horario de oficina: lun.-vier. 8:30-5:00
 1-800-486-1915

PO Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



Gracias por seleccionar a South Shore Hospital para sus necesidades de salud. El saldo de los servicios hospitalarios a continuación debe pagarse ahora. Tenga en cuenta que puede recibir facturas adicionales por los servicios médicos. Por favor haga el cheque a nombre de South Shore Hospital y envíelo por correo a:

South Shore Hospital
 Attn: Business Office
 P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021

Si tiene información adicional sobre su seguro o no puede pagar la cantidad adeudada, favor de comunicarse con nosotros de inmediato al 1-800-486-1915. Puede que sea elegible para programas que puedan ayudarle con esta responsabilidad. Por favor, consulte el reverso para obtener ayuda.

Gracias por seleccionar a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

► RESUMEN DE CARGOS

Pagos/ajustes del seguro	-\$575.01
SALA DE EMERGENCIA	\$713.00
SUMINISTRO MED/QUIRÚRGICO	\$39.00

► INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro:
 ID del abonado:

► RESUMEN DE CUENTA

Fecha del estado de cuenta:	08/10/2016
Nombre del paciente:	
Fecha del servicio:	05/10/2016
Número de cuenta:	
Total de los cargos:	\$752.00
Pagos/ajustes del seguro:	-\$575.01
Pagos/ajustes del paciente:	\$0.00
Total adeudado:	\$176.99

Este es su saldo \$176.99



South Shore Hospital - Business Office
 P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



ADDRESS SERVICE REQUESTED

FECHA ESTADO DE CUENTA 08/10/2016	# DE CUENTA
CANTIDAD ADEUDADA \$75.00	CANTIDAD PAGADA S-.....

Para pagos con tarjeta de crédito, ver el reverso.
 Incluya el número de cuenta en su cheque y haga el cheque a nombre de: South Shore Hospital

#BWN CYSP
 #014951235#



P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



FAVOR DE SEPARAR Y DEVOLVER ESTA SECCIÓN CON SU PAGO

0702

656911 (PC1)



**South Shore
 Hospital**

Horario de oficina: lun.-vier. 8:30-5:00
 1-800-486-1915

PO Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021

Recientemente le enviamos un estado de cuenta donde se resumen los servicios de atención médica prestados en South Shore Hospital. Agradeceremos su cooperación en el pago del saldo actual adeudado de \$75.00.

Si tiene información adicional sobre su seguro o no puede pagar la cantidad adeudada, favor de comunicarse con nosotros de inmediato al 1-800-486-1915. Puede que sea elegible para programas que puedan ayudarle con esta responsabilidad. Por favor, consulte el reverso para obtener ayuda. De lo contrario, asumiremos que es responsable de esta factura.

El pago puntual del saldo adeudado eliminará la actividad de cobro en el futuro. Por favor incluya la parte superior de esta carta con su pago y devuelva por correo a:

South Shore Hospital
 Attn: Business Office
 P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021

Gracias por seleccionar a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

▶ RESUMEN DE CARGOS			▶ INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Fecha del servicio	Núm. de cuenta	Cantidad adeudada	Nombre del seguro:	
02/06/2016		\$75.00	ID del abonado	
			▶ RESUMEN DE CUENTA	
			Fecha del estado de cuenta:	08/10/2016
			Nombre del Paciente:	
			Fecha del servicio:	02/06/2016
			Núm. de cuenta:	
			Total adeudado:	\$75.00
Este es su saldo				\$75.00



South Shore Hospital - Business Office
 P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



ADDRESS SERVICE REQUESTED

FECHA ESTADO DE CUENTA 08/10/2016	# DE CUENTA
CANTIDAD ADEUDADA \$100.00	CANTIDAD PAGADA \$..

Para pagos con tarjeta de crédito, ver el reverso.
 Incluya el número de cuenta en su cheque y haga el cheque a nombre de: South Shore Hospital

#BWN CYSP
 #014606882#



P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



FAVOR DE SEPARAR Y DEVOLVER ESTA SECCIÓN CON SU PAGO

0703

656911 (PC1)



**South Shore
 Hospital**

Horario de oficina: lun.-vier. 8:30-5:00
 1-800-486-1915

PO Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021



El saldo de \$100.00 por los servicios prestados en South Shore Hospital está atrasado.

Esta cuenta puede ser enviada a una agencia de cobro si permanece impagada. Llámenos de inmediato al 1-800-486-1915 para hacer arreglos de pago. De lo contrario, adjunte su pago junto con la parte superior de esta carta y devuelva por correo a:

South Shore Hospital
 Attn: Business Office
 P.O. Box 1021
 Pembroke, MA 02359-1021

Puede que sea elegible para programas que puedan ayudarle con esta responsabilidad. Por favor, consulte el reverso para obtener ayuda.

Gracias por seleccionar a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

► RESUMEN DE CARGOS

► INFORMACIÓN DEL SEGURO

Fecha del servicio	Núm. de cuenta	Cantidad adeudada	Nombre del seguro:
11/01/2015		\$100.00	ID del abonado:

RESUMEN DE CUENTA

Fecha del estado de cuenta:	08/10/2016
Nombre del Paciente:	
Fecha del servicio:	11/01/2015
Núm. de cuenta:	
Total adeudado:	\$100.00

Este es su saldo \$100.00



South Shore Hospital - Business Office
P.O. Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021

ADDRESS SERVICE REQUESTED

FECHA CUENTA	ESTADO DE	#DE CUENTA
08/02/2016		
CANTIDAD ADEUDADA		CANTIDAD PAGADA
\$530.67		\$

Para pagos con tarjeta de crédito, ver el reverso.
Incluya el número de cuenta en su cheque y haga el cheque a nombre de: South Shore Hospital

#BWNCYSP
#014755333#



P.O. Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021



FAVOR DE SEPARAR Y DEVOLVER ESTA SECCIÓN CON SU PAGO

0704

656911 (PC1)



**South Shore
Hospital**

Horario de oficina: lun.-vier. 8:30-5:00
1-800-486-1915

PO Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021



La cuenta con South Shore Hospital que aparece a continuación está considerablemente vencida. Anteriormente le enviamos una factura solicitando el pago. Le ofrecimos arreglos de pago alternos en cada cuenta, pero Ud. no ha respondido.

Este es su último aviso, esta cuenta puede ser referida a una agencia de cobro si permanece impagada. Puede que sea elegible para programas que puedan ayudarle con esta responsabilidad. Por favor, consulte el reverso para obtener ayuda.

Para remitir directamente, incluya su número de cuenta en el cheque y haga el cheque a nombre de:

South Shore Hospital
Attn: Business Office
P.O. Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021

Gracias por seleccionar a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

RESUMEN DE CARGOS		► INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Fecha del servicio	Núm. de cuenta	Cantidad adeudada	Nombre del seguro:
02/11/2016		\$530.67	ID del abonado:
		► RESUMEN DE CUENTA	
		Fecha del estado de cuenta:	08/02/2016
		Nombre del Paciente:	
		Fecha del servicio:	02/11/2016
		Núm. de cuenta:	
		Total adeudado:	\$530.67

Este es su saldo

\$530.67



South Shore Hospital - Business Office
P.O. Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021



ADDRESS SERVICE REQUESTED

FECHA ESTADO DE CUENTA 08/12/2016	# DE CUENTA
CANTIDAD ADEUDADA \$322.39	CANTIDAD PAGADA \$

Para pagos con tarjeta de crédito, ver el reverso.
Incluya el número de cuenta en su cheque y haga el cheque a nombre de: South Shore Hospital

#BWN CYSP
#012674443#



P.O. Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021



FAVOR DE SEPARAR Y DEVOLVER ESTA SECCIÓN CON SU PAGO

0707

656911 (PC1)



**South Shore
Hospital**

Horario de oficina: lun.-vier. 8:30-5:00
1-800-486-1915

PO Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021

Le corresponde hacer el pago mensual a South Shore Hospital.

Favor de enviar cheque o giro postal a:

South Shore Hospital
Attn: Business Office
P.O. Box 1021
Pembroke, MA 02359-1021

Si desea efectuar pago con tarjeta de crédito, rellene la información en el reverso de la carta y envíela por correo a la dirección arriba indicada. Puede que sea elegible para programas que puedan ayudarle con esta responsabilidad. Por favor, consulte el reverso para obtener ayuda.

El incumplimiento de remitir el pago acordado de manera oportuna puede resultar en una actividad de cobro adicional.

Gracias por seleccionar a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

► RESUMEN DE CARGOS

► INFORMACIÓN DEL SEGURO

Fecha del servicio	Núm. de cuenta	Cantidad adeudada	Nombre del seguro:
01/28/2011		\$322.39	ID del abonado:

RESUMEN DE CUENTA

Fecha del estado de cuenta:	08/12/2016
Nombre del Paciente:	
Fecha del servicio:	01/28/2011
Núm. de cuenta:	
Total adeudado:	\$322.39

Este es su saldo \$322.39

FAVOR DE COMPLETAR LAS SECCIONES PERTINENTES Y DEVOLVER CUANTO ANTES EN EL SOBRE ADJUNTO

PAGO TARJETA DE CRÉDITO/CAMBIO DIRECCIÓN		INFORMACIÓN DEL SEGURO	INFORMACIÓN SEGURO SECUNDARIO
NÚM. TARJETA DE CRÉDITO NOMBRE DEL TITULAR FECHA EXP. MI INFORMACIÓN HA CAMBIADO A: NOMBRE DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TEL.		MASSHEALTH Número del abonado a MassHealth MEDICARE Número de Medicare Fecha de jubilación Número de Medex	OTRO SEGURO Nombre y dirección compañía de seguros Núm. póliza/ID Relación del paciente con el titular. Número del abonado Patrono del abogado Ciudad/estado del Patrono
		ACCIDENTE/LESIÓN LABORAL	
		Fecha de la lesión Núm. caso Aseguradora Nombre del Patrono Tel. del Patrono	
		Dirección del Patrono Ciudad Estado-Código Postal	

Statements are available to you in Spanish, Portuguese, Mandarin and Vietnamese.

NOTICE OF AVAILABILITY OF FINANCIAL COUNSELING, DISCOUNTS AND PAYMENT PLANS

We offer financial counseling on federal, state and South Shore Hospital financial assistance programs that might help you with your medical bills.

To see what programs you may qualify for please call our Financial Counseling Department at 781-624-4329.

These options are time sensitive, so please call Customer Service at the telephone numbers listed below as soon as possible.

PLEASE CALL US IMMEDIATELY IF YOU THINK YOU WILL HAVE DIFFICULTY PAYING THIS BILL.

Los estados de cuenta están disponibles en español, portugués, mandarín y vietnamita.

AVISO DE LA DISPONIBILIDAD PARA: ASESORÍA FINANCIERA, DESCUENTOS Y PLANES DE PAGO



Ofrecemos asesoría financiera para los programas federales y estatales que pueden ayudar con los gastos médicos.

Para saber los programas a los que podría calificar favor de llamar al Dpto. de Asesoría Financiera al 781-624-4329.

Las opciones tienen un plazo de tiempo limitado por lo que debe comunicarse cuanto antes con Atención al Cliente al tel. que se indica a continuación.

FAVOR DE LLAMAR DE INMEDIATO SI CREE QUE TENDRÁ PROBLEMAS PARA PAGAR ESTA FACTURA.

CUSTOMER SERVICE - SERVICIO AL CLIENTE
Questions About Your Bill?
¿Preguntas sobre su factura?

<p>SOUTH SHORE HOSPITAL</p> <p>Please call: Por favor llame: 800-486-1915</p> <p> Monday-Friday: Lunes-Viernes: 8:30 am - 5:00 pm Fax 781-826-6367</p> <p> Send Correspondence to: Envie Correspondencia a: SOUTH SHORE HOSPITAL P.O. Box 1021 Pembroke, MA 02359-1021</p>

Anexo 5



Asistencia Financiera Disponible

Este hospital es un proveedor de servicios de atención de primera línea que ofrece los servicios médicos necesarios a todas las personas, independientemente de si tienen o no la capacidad de pagar. El SSH ofrece esta atención a todos los pacientes que llegan a nuestras instalaciones, las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. Por lo tanto, estamos comprometidos con brindar a todos nuestros pacientes la mejor calidad de atención y servicios. Como parte de este compromiso, la institución trabaja con las personas con ingresos y recursos limitados para encontrar opciones disponibles para cubrir el costo de su atención.

Este hospital ayudará a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar la cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública o el programa de asistencia financiera del hospital (incluyendo, pero no limitado a los programas de asistencia para el pago de primas de MassHealth, administrado por el Health Connector, el Programa de Seguridad Médica para Niños, Health Safety Net y Penurias Médicas), y ayuda a las personas para que se inscriban cuando corresponda. El recibir la ayuda de estos programas se determina revisando, entre otras cosas, el ingreso familiar, los bienes, el tamaño de la familia, los gastos y las necesidades médicas.

El hospital ayudará a los pacientes a obtener cobertura de salud a través de programas públicos y asistencia financiera a través de otras fuentes, incluyendo esta institución, cuando corresponda. Es posible que al hospital también se le exija facturar y cobrar de forma adecuada pagos específicos, que pueden incluir, entre otros, copagos aplicables, deducibles, coseguros y demás cantidades por las cuales el paciente sea responsable. Al registrarse para los servicios o si se recibe una factura, el hospital recomienda a los pacientes comunicarse con nuestro personal para determinar si ellos y/o un miembro de la familia necesitan y tienen derecho a recibir asistencia financiera.

Si bien entendemos que la situación financiera de cada persona es única, la información y la ayuda en torno a la elegibilidad para programas de asistencia pública y/o cobertura a través del programa de asistencia financiera del hospital puede obtenerse contactando al Departamento de Asesoría Financiera. Nuestros asesores financieros están disponibles de lunes a viernes de 9am a 6pm y todos los sábados de 8am a 4pm. Favor de contactar al de Departamento de Asesoría Financiera al 781-624-4329 para hacer una cita y reunirse con uno de los asesores certificados. Por favor, no demore en hablar con un asesor financiero para explorar sus opciones ya que existe un plazo de tiempo limitado para la inscripción.

Para mayor información acerca de esta política y el programa de asistencia financiera del hospital, incluyendo el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera, visite el sitio web del hospital: www.southshorehospital.org

Gracias por seleccionar a South Shore Hospital para sus necesidades de salud.

Proveedor sin fines de lucro, caritativo y exento de impuestos de atención médica aguda, ambulatoria, domiciliaria y de hospicio para el sureste de Massachusetts.

Anexo 6

Política de Crédito, Cobro y Asistencia Financiera de South Shore Hospital

Cantidad que se factura generalmente (AGB):

El porcentaje de la cantidad de AGB se determina usando el método de actualización que se calcula como el programa de tarifas del Pago por Servicio de Medicare asociado con el servicio por un período de 12 meses, dividido entre los cargos brutos por los reclamos. El porcentaje resultante se multiplica por los cargos brutos por toda la atención de emergencia y medicamento necesaria para determinar la cantidad de AGB. El porcentaje de AGB se vuelve a calcular anualmente.

Para el período de 12 meses que finalizó el 30 de septiembre de 2015, el porcentaje de AGB fue de 42.3% en base a la siguiente información:

Cargos totales	Reclamaciones aceptadas	Porcentaje de AGB
\$ 364,897,510	\$ 154,280,568	42.3%

A los pacientes no se les cobrará más de la cantidad que generalmente se factura.

Descuento de asistencia financiera del South Shore Hospital para pacientes con ingresos limitados:

A los pacientes que califiquen para el descuento se les descontarán los cargos por los servicios aplicables de acuerdo al siguiente cuadro. Los descuentos se basan en los cargos totales y no se aplican a los saldos que ya fueron descontados debido a la cobertura del seguro.

<i>Ingreso familiar como % del FPG</i>	<i>Descuento de South Shore Hospital</i>
más de 133%	100%
134 a 250%	85%
251 a 300%	70%