

HARRINGTON MEMORIAL HOSPITAL
POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS

Departamento de
Crédito y Cobranza

ASUNTO: Política de Crédito y Cobranza
Fecha de vigencia: 1 de abril de 2015

INICIADOR DEL DEPARTAMENTO: Crédito y Cobranza
Nombre: Rebecca Hilbig y Magda Rodríguez
Puesto: Director de PBS y Gerente de Crédito

1. FECHA DE REVISIÓN 2016 20__20__20__20__

Aprobación: ___ ___ ___ ___

Índice

Secciones:

I.	Objetivo	1
II.	Política	1
	Política de Facturación y Cobranza del Hospital.....	2
	Depósitos y Planes en Cuotas	9
III.	Firmas de Autorización.....	10

- I.** Objetivo: Describir las normas y los criterios que debe cumplir la política de créditos y cobranzas para la deuda incobrable de Medicare y los requisitos de la Health Safety Net del estado.
- II.** Política: Esta política se aplica al Harrington Memorial Hospital (“el Hospital”) y a los profesionales y sitios específicos según lo identificado en esta política.

Política de Facturación y Cobranza del Hospital

El Hospital tiene la obligación fiduciaria interna de exigir el reembolso a terceros aseguradores responsables que cubren el costo de la atención del paciente y a otros programas de asistencia para los que el paciente reúna los requisitos por los servicios que les proporciona a los pacientes que pueden pagar. Para determinar si un paciente puede pagar los servicios prestados y para asistir al paciente en la búsqueda de opciones de cobertura alternativas si no tiene seguro o si tiene un seguro deficiente, el Hospital sigue los criterios que se indican a continuación en relación con la facturación y las cobranzas de los pacientes. A fin de obtener la información financiera personal del paciente y su familia, el Hospital mantiene toda la información de acuerdo con las leyes vigentes federales y estatales de privacidad, seguridad y robo de identidad.

A. Recolección de Información sobre Recursos Financieros y la Cobertura de Seguro del Paciente

- a) El Hospital trabajará con el paciente para asesorarlo respecto de su obligación de brindar la siguiente información clave:
Antes de la prestación de servicios de atención médica (a excepción de los servicios que se brindan para estabilizar a un paciente que se determine que tiene una afección médica de urgencia y que necesita servicios de atención urgente), el paciente tiene la obligación de brindar información precisa y oportuna sobre el estado actual de su seguro, información demográfica, cambios en los ingresos familiares o cobertura de la póliza grupal (si hubiere) y, si se conoce, información sobre los deducibles o copagos que requiere su seguro o programa financiero aplicable. La información detallada de cada elemento debe incluir, entre otros aspectos, lo siguiente:
 - i) Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si corresponde), opciones de cobertura de seguro de salud actuales, información de ciudadanía y residencia, y los recursos financieros correspondientes del paciente que se pueden usar para pagar las facturas.
 - ii) Si corresponde, el nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si corresponde), opciones de cobertura de seguro de salud actuales y los recursos financieros pertinentes que se puedan usar para pagar las facturas del paciente.
 - iii) Otros recursos que se puedan usar para pagar las facturas, como programas de seguro, políticas de seguro del propietario de una vivienda o vehículo motorizado si el tratamiento fue causado por un accidente, programas de indemnización laboral, políticas de seguro estudiantil y cualquier otro ingreso familiar, como herencias, donaciones o distribuciones de un fideicomiso existente, entre otros.

El paciente tiene además la obligación de mantener un registro de sus facturas hospitalarias impagas, incluidos los copagos, los coseguros y los deducibles existentes, y de comunicarse con el Hospital en caso de necesitar asistencia para pagar las facturas de forma total o parcial. Además, se requiere que el paciente le informe a su aseguradora médica actual (si tiene una) o a la agencia estatal que determinó la condición de elegibilidad del paciente en un programa público acerca de cualquier cambio en los ingresos familiares o en el estado del seguro. Además, el Hospital puede ayudar al paciente a actualizar su capacidad de participación en un programa público cuando haya cambios en los ingresos familiares o en el estado del seguro, siempre que el paciente informe al Hospital acerca de los cambios en su capacidad de participación.

El Hospital trabajará con el paciente para garantizar que conozca su obligación de notificar al Hospital y a cualquier programa pertinente en el que reciba asistencia (por ejemplo, MassHealth, Connector, Health Safety Net o Medical Hardship) sobre toda información relacionada con un cambio en los ingresos familiares o si forma parte de una reclamación del seguro que pueda cubrir el costo de los servicios prestados por el Hospital. Si hay un tercero (como, entre otros casos, seguro del propietario de una vivienda o un vehículo motorizado) que es responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el paciente trabajará con el Hospital o el programa pertinente (incluidos, entre otros, MassHealth, Connector o Health Safety Net) para ceder el derecho de recuperar el monto pago o impago por dichos servicios.

b) Obligaciones del Hospital:

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables y diligentes por cobrar el seguro del paciente y obtener toda la información restante, a fin de verificar la cobertura de los servicios de atención médica que deberá proporcionar el Hospital. Estos esfuerzos pueden ocurrir durante el registro inicial en persona del paciente en un sitio del Hospital o en otras instancias. Además, el Hospital notificará al paciente sobre la disponibilidad de opciones de cobertura mediante la asistencia pública disponible o el programa de asistencia financiera del Hospital, incluida la cobertura a través de MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship, con las facturas que se envían al paciente o al garante del paciente después de la prestación de servicios. Además, el Hospital cumplirá con su diligencia debida por medio de los actuales sistemas de verificación financiera públicos o privados, a fin de determinar si puede identificar la capacidad de participación del paciente para recibir una cobertura de seguro público o privado. El Hospital intentará recolectar dicha información antes de prestar servicios de atención médica no urgentes. El Hospital demorará cualquier intento de obtener esta información mientras un paciente esté siendo tratado por una afección médica de emergencia o necesite servicios de atención urgentes.

Los esfuerzos de diligencia debida del Hospital incluirán, entre otros aspectos, solicitar información acerca del estado del seguro del paciente, verificar todas las bases de datos de seguro privadas o públicas disponibles, cumplir con las reglas de facturación y autorización y, según corresponda, apelar todas las reclamaciones denegadas cuando el servicio sea pagadero de forma parcial o total por la compañía de seguros de un tercero conocido que pueda ser responsable de los costos de los servicios de atención médica recientes prestados al paciente. Cuando el personal de registro o admisión del hospital sea informado por el paciente, dicho personal también trabajará con el paciente para garantizar que la información relevante se comunique a los programas públicos pertinentes, como, por ejemplo, todo cambio en los ingresos familiares o el estado del seguro, incluida cualquier demanda legal o reclamación del seguro que pueda cubrir el costo de los servicios prestados por el Hospital.

Si el paciente o el garante/tutor no pueden proporcionar la información necesaria y el paciente brinda consentimiento, el Hospital hará esfuerzos razonables por comunicarse con los familiares, amigos, garante/tutor u otros terceros pertinentes para obtener información adicional.

Los esfuerzos razonables de diligencia debida del Hospital por investigar si el seguro u otro recurso de un tercero puede asumir el costo de los servicios prestados por el Hospital deben incluir, entre otros aspectos, determinar con el paciente si existe una política pertinente que cubra el costo de las reclamaciones, incluidas las siguientes: 1) política de responsabilidad del

propietario de un vehículo motorizado o de una vivienda, 2) política de protección por un accidente general o una lesión personal, 3) programas de indemnización laboral y 4) políticas de seguro estudiantil, entre otras. Si el hospital logra identificar a un tercero responsable o ha recibido un pago de un tercero u otro recurso (incluido de un asegurador privado u otro programa público), el Hospital informará acerca del pago al programa pertinente y lo compensará, si corresponde, conforme a los requisitos de procesamiento de reclamaciones del programa, contra cualquier reclamación que pueda haber sido pagada por un tercero u otro recurso. En el caso de los programas de asistencia pública estatal que hayan pagado realmente el costo de los servicios, el Hospital no está obligado a garantizar la cesión del derecho de un paciente a la cobertura de servicios de un tercero. En estos casos, el paciente debe saber que el programa estatal pertinente puede tratar de asignar los costos de los servicios prestados al paciente.

B. Prácticas de Facturación y Cobranza del Hospital

El Hospital tiene un proceso uniforme y coherente de presentación y cobranza de las reclamaciones presentadas a los pacientes, independientemente del estado de su seguro. Específicamente, si el paciente tiene un saldo actual impago que se relaciona con servicios que se le prestaron y no estaban cubiertos por una opción de cobertura pública o privada, el Hospital seguirá los siguientes procedimientos razonables de facturación/cobranza:

- a) Una factura inicial enviada al paciente o a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente; la factura inicial incluirá información acerca de la disponibilidad de asistencia financiera (como, por ejemplo, MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship) para cubrir el costo de la factura del hospital.
- b) Las facturas posteriores, llamadas telefónicas, cartas de cobranza, avisos de contacto personal, notificaciones por computadora o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino por comunicarse con la parte responsable de pagar las facturas impagas, lo que incluirá también la información acerca de cómo el paciente puede contactarse con el hospital si necesita asistencia financiera.
- c) Si es posible, documentación de los esfuerzos alternativos por localizar a la parte responsable de la obligación o la dirección correcta de las facturas devueltas al servicio postal, como aquellas que dicen "dirección incorrecta" o "no se pudo entregar".
- d) Se debe enviar un aviso final por correo certificado a los pacientes sin seguro (aquellos que no están inscritos en un programa como Health Safety Net o MassHealth) que tienen un saldo deudor incobrable por una urgencia superior a \$1000 en el sector de Servicios de Urgencia solamente, siempre que los avisos no hayan sido devueltos como "dirección incorrecta" o "no se pudo entregar", y también se debe notificar a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera.
- e) La documentación de facturas o medidas de cobranza permanentes incurridas durante los 120 días posteriores a la fecha del servicio se mantiene y está disponible para todo programa estatal o federal permanente, a fin de verificar dichos esfuerzos.
- f) Se debe comprobar el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS, por sus siglas en inglés) de Massachusetts para garantizar que el paciente no sea un paciente de bajos ingresos y que no haya presentado una solicitud de cobertura para MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship, antes de presentar las reclamaciones a la Oficina de Health Safety Net por la cobertura de deudas incobrables.
- g) En el caso de los pacientes que estén inscritos en un programa de asistencia pública, el Hospital solo les facturará a los pacientes los copagos, coseguros o deducibles específicos que se

detallen en los reglamentos estatales pertinentes y que puedan indicarse, además, en el Sistema de Información de Gestión de Medicaid.

El Hospital procurará un pago especificado para aquellos pacientes que no reúnan los requisitos para inscribirse en un programa de asistencia pública del estado de Massachusetts, como en el caso de los residentes de otro estado, pero que, de otro modo, cumplan con las categorías de participación financiera general de un programa de asistencia pública estatal. En el caso de estos pacientes, el Hospital notificará al paciente si dichos recursos adicionales están disponibles sobre la base de los ingresos del paciente y otros criterios, según lo descrito en la política de asistencia financiera del Hospital.

El Hospital, cuando el paciente lo solicita y sobre la base de una revisión interna del estado financiero de cada paciente, puede también ofrecerle a un paciente un descuento adicional u otra ayuda además del programa de asistencia financiera interno, el cual se aplicará de forma uniforme a los pacientes y tendrá en cuenta la situación financiera documentada del paciente y su incapacidad para efectuar un pago después de las medidas de cobranza razonables. Cualquier descuento que proporcione el Hospital deberá cumplir con los requisitos federales y estatales, y no deberá influir en el hecho de que el paciente reciba los servicios del hospital.

C. Poblaciones Exentas de las Actividades de Cobranza

Las siguientes poblaciones de pacientes están exentas de cualquier procedimiento de cobranza o facturación, conforme a los reglamentos y las políticas estatales: Los pacientes inscritos en un programa de seguro de salud público, incluidos, entre otros, MassHealth, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC); Children's Medical Security Plan (CMSP) si los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) son equivalentes o inferiores al 300 % del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés); los pacientes de bajos ingresos según lo determinado por MassHealth y Health Safety Net, incluidos aquellos con MAGI con vivienda o ingresos contables familiares de Medical Hardship de entre 150,1 y 300 % del FPL, y Medical Hardship, sujetos a las siguientes excepciones:

- a) Es posible que el Hospital solicite medidas de cobranza contra el paciente inscrito en los programas antes mencionados para los copagos y deducibles obligatorios fijados para cada programa específico.
- b) Es posible que el Hospital también inicie medidas de facturación o cobranza contra un paciente que dice participar en un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios del Hospital, pero que no proporciona pruebas de dicha participación. Tras la recepción de pruebas satisfactorias de que un paciente participa de un programa de asistencia financiera (incluido un recibo o una copia de solicitud firmada), el Hospital cancelará sus actividades de facturación o cobranza.
- c) Es posible que el Hospital proceda con las medidas de cobranza contra cualquier paciente de bajos ingresos por servicios prestados antes de la determinación de paciente de bajos ingresos, siempre que el estado de paciente de bajos ingresos actual haya terminado o vencido o, de otro modo, no se haya identificado en el Sistema de Verificación de Elegibilidad del estado o en el Sistema de Información de Gestión de Medicaid. No obstante, una vez que se determine que un paciente reúne los requisitos de participación y está inscrito en MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, el Children's Medical Security Plan o Medical Hardship, el Hospital cancelará las actividades de cobranza para los servicios (a excepción de los copagos y deducibles) prestados antes del comienzo de su capacidad de participación.
- d) Es posible que el Hospital intente tomar medidas de cobranza contra cualquier paciente que participe en los programas enumerados arriba para servicios sin cobertura que el paciente haya

aceptado asumir, siempre que el Hospital haya obtenido antes el consentimiento por escrito del paciente para que se le facture dicho servicio. No obstante, incluso en estas circunstancias, es posible que el Hospital no presente facturas al paciente por las reclamaciones relacionadas con errores médicos o por las reclamaciones rechazadas por el asegurador primario del paciente debido a un error administrativo o de facturación.

D. Medidas de Cobranza Extraordinarias

- a) El Hospital no tomará ninguna “medida de cobranza extraordinaria” hasta el momento en que el Hospital haya hecho los esfuerzos razonables y elaborado una revisión razonable del estado financiero del paciente y de otra información necesaria para determinar la capacidad de participación para recibir asistencia financiera, conforme a la política de asistencia financiera del Hospital, que está disponible en el sitio web del Hospital en <http://harringtonhospital.org/for-patients/patient-information>, la cual determinará si un paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera o una exención de las actividades de cobranza o facturación, de acuerdo con esta política de crédito y cobranza. El Hospital conservará toda la documentación que se utilizó en esta determinación, conforme a su política de retención de registros pertinente.
- b) El Hospital aceptará y procesará una solicitud de asistencia financiera conforme a su política de asistencia financiera que haya sido presentada por un paciente durante todo el “período de solicitud”. El “período de solicitud” comienza en la fecha en que se brinda la atención y termina al final del período de 240 días posterior a la fecha en que se proporciona la primera declaración de facturación después del alta, conforme a los siguientes requisitos adicionales especiales. El período de solicitud no finaliza antes de los 30 días posteriores a la fecha en que el Hospital le haya notificado al paciente con 30 días de antelación descrito más adelante. En caso de que un paciente cuyo centro hospitalario haya determinado presuntamente que reúne los requisitos para recibir un monto menor a la asistencia más generosa estipulada en la política de asistencia financiera, la solicitud no termina antes del fin de un período razonable durante el cual el paciente solicite una asistencia financiera más generosa, tal como se describe abajo.
- c) Las medidas de cobranza extraordinarias son las siguientes:
 - i) Vender la deuda de un paciente a un tercero (a menos que se cumplan los requisitos especiales fijados a continuación).
 - ii) Informar a las agencias de información crediticia o a las oficinas de crédito.
 - iii) Posponer la atención médicamente necesaria, denegarla o solicitar un pago antes de brindarla, debido a la falta de pago de una o más facturas correspondientes a servicios cubiertos previamente, conforme a la política de asistencia financiera del Hospital (lo que se considera una medida de cobranza extraordinaria para la atención prestada anteriormente).
 - iv) Las medidas que requieren un proceso legal o judicial son las siguientes:
 - (1) Establecer un embargo sobre la propiedad de un paciente.
 - (2) Ejecutar la hipoteca de un bien inmueble.
 - (3) Tomar o confiscar la cuenta bancaria o cualquier otro bien personal.
 - (4) Iniciar una acción civil contra un paciente.
 - (5) Promover el arresto de un paciente.
 - (6) Hacer que un paciente quede sujeto a una orden de arresto.
 - (7) Embargar el salario de un paciente.
 - v) El Hospital tratará la venta de la deuda de un paciente a un tercero como una medida de cobranza extraordinaria a menos que el Hospital celebre un acuerdo escrito vinculante con el comprador de la deuda mediante el cual (i) se prohíba que el comprador participe de otras medidas de cobranza extraordinarias para obtener el pago de la atención; (ii) se prohíba que el comprador cobre un interés sobre la deuda a una tasa superior que la tasa de pago

- insuficiente del IRS; (iii) el Hospital pueda recuperar la deuda después de que se haya determinado que el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, y (iv) si se determina que el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera y el Hospital no decide recuperar la deuda, el comprador debe cumplir con los procedimientos que garantizan que el paciente no le pague al comprador más de lo que es personalmente responsable de pagar según la política de asistencia financiera.
- vi) Las medidas de cobranza extraordinarias incluyen medidas tomadas para obtener el pago de la atención contra cualquier otro paciente que haya aceptado o se vea obligado a aceptar la responsabilidad de las facturas de atención del Hospital de ese paciente.
 - d) El Hospital se abstendrá de iniciar medidas de cobranza extraordinarias contra un paciente durante un período de 120 días como mínimo a partir de la fecha en que el Hospital haya proporcionado la primera declaración de facturación de la atención después del alta, a menos que se apliquen requisitos especiales para posponer o denegar la atención médicamente necesaria debido a falta de pago según se describe a continuación.
 - e) Además de abstenerse de iniciar medidas de cobranza extraordinarias durante el período de 120 días descrito más arriba, el Hospital se abstendrá de iniciar medidas de cobranza extraordinarias durante un período de 30 días como mínimo después de que se le haya notificado al paciente de su política de asistencia financiera de la siguiente manera: el Hospital (i) notifica al paciente por escrito de la disponibilidad de asistencia financiera para pacientes elegibles, de la identificación de las medidas de cobranza extraordinarias que el Hospital (u otra parte autorizada) intentará iniciar para obtener el pago de la atención y de la fijación de una fecha límite después de la posibilidad de haber iniciado las medidas de cobranza extraordinarias que suceda no antes de los 30 días de la fecha en que se notificó por escrito; (ii) proporciona al paciente un resumen en lenguaje simple de la política de asistencia financiera, y (iii) hace un esfuerzo razonable por notificar por vía oral al paciente acerca de la política de asistencia financiera y de la forma en que el paciente puede obtener ayuda por medio del proceso de solicitud de asistencia financiera, a menos que se apliquen requisitos especiales para posponer o denegar la atención médicamente necesaria, según se describe a continuación.
 - f) El Hospital cumplirá con los siguientes requisitos especiales en caso de que posponga o deniegue la atención debido a la falta de pago de una atención previa que reunía los requisitos para recibir asistencia financiera. Es posible que el Hospital envíe una notificación con menos de 30 días de antelación si le brinda al paciente un formulario de solicitud de asistencia financiera y un aviso por escrito en el que indique que dicha asistencia está disponible para pacientes elegibles. El aviso por escrito determinará una fecha límite después de la que el Hospital ya no aceptará ni procesará solicitudes de asistencia financiera, la cual ocurrirá solo después del final del período de solicitud o 30 días después de la fecha en que se proporcionó el aviso por escrito. Si el paciente presenta una solicitud antes de la fecha límite, el Hospital procesará la solicitud con carácter de urgente.
 - g) Si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta de asistencia financiera conforme a la política de asistencia financiera del Hospital durante el período de solicitud, el Hospital suspenderá toda medida de cobranza extraordinaria para obtener el pago de la atención. En dicho caso, el Hospital no iniciará ni tomará medidas adicionales respecto de medidas de cobranza extraordinarias iniciadas de forma previa hasta que (i) haya determinado si el paciente reúne los requisitos para recibir ayuda financiera conforme a la política de asistencia financiera o, (ii) en el caso de una solicitud de asistencia financiera incompleta, el paciente no haya respondido a las solicitudes de información o documentación adicional dentro de un período razonable. El Hospital también tomará medidas adicionales, en función de si la solicitud está completa o incompleta, según se describe a continuación.
 - h) En caso de que un paciente presente una solicitud de asistencia financiera completa durante el período de solicitud, el Hospital, además, emitirá una determinación respecto de si el paciente

reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. Si el Hospital determina que el paciente reúne los requisitos para recibir ayuda, a excepción de atención médica gratuita, el Hospital (i) le brindará al paciente una declaración de facturación que indique el monto que el paciente posee para la atención como paciente elegible para recibir asistencia financiera, y que declara o describe la forma en que el paciente puede obtener información sobre los montos generalmente facturados por la atención; (ii) reembolsará al paciente todo monto que este haya pagado por la atención que exceda la suma que se haya determinado que el paciente es personalmente responsable de pagar, y (iii) tomará todas las medidas razonables para revertir una medida de cobranza extraordinaria (a excepción de que se venda la deuda, o de que se posponga o rechace la atención médicamente necesaria, o se requiera un pago antes de brindarla, debido a la falta de pago por parte del paciente de facturas por atención médica prestada anteriormente para la que el paciente reunía los requisitos para recibir asistencia financiera) que se tome contra el paciente para obtener el pago de la atención. Las medidas razonables para revertir dicha medida de cobranza extraordinaria incluirán medidas para dejar sin efecto cualquier juicio, levantar cualquier gravamen o embargo y quitar del informe crediticio del paciente cualquier dato adverso que se haya notificado a la agencia de información crediticia del consumidor o a la oficina de créditos.

- i) En caso de que un paciente presente una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el período de solicitud, el Hospital además proporcionará al paciente un aviso por escrito que describa la información o documentación adicional requerida conforme a la política de asistencia financiera y que incluya la información de contacto.
- j) Puede que el Hospital haga determinaciones razonables de que un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera conforme a la política de asistencia financiera sobre la base de información distinta de la proporcionada por el paciente o sobre la base de una determinación previa de la capacidad de participación del paciente. En caso de que se determine que un paciente reúne los requisitos para recibir una ayuda menor a la asistencia más generosa disponible conforme a la política de asistencia financiera, el Hospital (i) notificará al paciente sobre los fundamentos de la determinación presunta de capacidad de participación y la forma para solicitar una asistencia financiera más generosa disponible conforme a la política de asistencia financiera; (ii) dará al paciente un período razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar medidas de cobranza extraordinarias con el fin de obtener el monto descontado debido, y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa para obtener una asistencia más generosa durante el período de solicitud, determinará si el paciente reúne los requisitos para recibir un descuento más generoso.
- k) El Hospital no embargará el salario de un paciente de bajos ingresos o el de su garante ni ejecutará un embargo de la residencia o del vehículo motorizado de un paciente de bajos ingresos o de su garante, a menos que ocurra alguna de las siguientes situaciones: 1) el Hospital pueda mostrar que el paciente o su garante tiene capacidad de pago, 2) el paciente o su garante no respondieron a las solicitudes de información por parte del hospital, o el paciente o garante se negaron a cooperar con el hospital en la búsqueda de un programa de asistencia financiera, y 3) a los efectos de un embargo, este fue aprobado por el Consejo de Administración del Hospital en función de cada caso del paciente.
- l) El Hospital y sus agentes no continuarán con los esfuerzos de cobranza o facturación relacionados con un paciente que forma parte de un procedimiento de bancarrota, a menos que busquen asegurar sus derechos como acreedores en el orden apropiado (el programa de asistencia pública pertinente que haya pagado los servicios puede también tomar medidas similares). El Hospital y sus agentes tampoco cobrarán un interés sobre el saldo vencido en el caso de un paciente de bajos ingresos o de un paciente que cumpla con los criterios para recibir cobertura por medio de un programa de asistencia financiera interno del Hospital.

- m) El Hospital cumple con los requisitos de facturación correspondientes y respeta los requisitos federales y estatales pertinentes relacionados con la falta de pago de servicios específicos que se brindaron como resultado de un evento notificable grave (SRE, por sus siglas en inglés) o en relación con él, la corrección del SRE, una complicación posterior que surja de un SRE o una nueva admisión al mismo hospital para recibir servicios relacionados con el SRE. Los SRE que no sucedan en el Hospital se excluyen de esta determinación de falta de pago siempre que el centro de tratamiento y responsable del SRE no sea copropietario ni empresa matriz común. El Hospital tampoco intenta obtener el pago de un paciente de bajos ingresos por medio de un programa de Health Safety Net cuyas reclamaciones hayan sido inicialmente rechazadas por un programa de seguro debido a un error administrativo de facturación cometido por el Hospital.

E. Agencias Externas de Cobranza

El Hospital puede contratar a una agencia externa de cobranza para que lo asista en la cobranza de ciertas cuentas, incluidas aquellas sumas a cargo del paciente no resueltas dentro de los 120 días posteriores a las medidas de cobranza permanentes. El Hospital también puede celebrar contratos vinculantes con agencias externas de cobranza. Todo contrato de esta naturaleza que permita la venta de la deuda que no se trate como una medida de cobranza extraordinaria cumplirá con los requisitos descritos arriba. En todos los demás casos, si el Hospital vende o deriva la deuda de un paciente a un tercero, el acuerdo con el tercero se diseñará razonablemente para garantizar que no se tomen medidas de cobranza extraordinarias hasta que se hayan hecho los esfuerzos razonables para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, como en los siguientes casos: (i) si un paciente presenta una solicitud antes del fin del período de solicitud, la parte suspenderá las medidas de cobranza extraordinarias; (ii) si el paciente presenta una solicitud para recibir asistencia financiera antes del fin del período de solicitud y se determina que reúne los requisitos para recibir tal ayuda, la parte cumplirá con los procedimientos para garantizar que el paciente no le pague a la parte y al Hospital juntos más dinero del que se le requiere que pague conforme a la política de asistencia financiera, y para revertir cualquier medida de cobranza extraordinaria, y (iii) si la parte deriva o vende la deuda a otra parte, la parte obtendrá un acuerdo por escrito en el que se cumpla con todos los requisitos mencionados. Todas las agencias externas de cobranza contratadas por el Hospital proporcionarán al paciente la oportunidad de presentar una reclamación y enviarán al Hospital los resultados de las reclamaciones del paciente. El Hospital les exige a las agencias externas de cobranza que operen de acuerdo con los requisitos de cobranza de deudas justas federales y estatales.

Depósitos y Planes en Cuotas

De conformidad con los reglamentos de Health Safety Net de Massachusetts en relación con los pacientes que: 1) se los califica como pacientes de bajos ingresos o 2) que reúnen los requisitos para Medical Hardship, el Hospital le brindará al paciente información sobre los planes de pago y depósitos en función de la situación financiera documentada del paciente. Cualquier otro plan se basará en el programa de asistencia financiera interna del Hospital y no se aplicará a los pacientes que tengan capacidad de pago.

a) Servicios de Emergencia

Un hospital puede no solicitar depósitos previos a la admisión o al tratamiento de los pacientes que requieran Servicios de Emergencia o que se determine que son pacientes de bajos ingresos.

b) Depósitos de Pacientes de Bajos Ingresos

Un hospital puede solicitar un depósito a los pacientes calificados como pacientes de bajos ingresos. Dicho depósito debe limitarse al 20 % del monto del deducible, hasta \$ 500. Todos los demás saldos estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Depósitos de Pacientes con Medical Hardship

Un hospital puede solicitar un depósito a pacientes que reúnen los requisitos para el programa de Medical Hardship. Los depósitos se limitarán al 20 % de la contribución del programa de Medical Hardship, hasta \$ 1000. Todos los demás saldos estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(g).

d) Planes de Pago de Pacientes de Bajos Ingresos conforme al Programa de Health Safety Net de Massachusetts

Después del depósito inicial, se le debe ofrecer a un paciente con un saldo de \$ 1000 o menos un plan de pago de al menos un año sin interés con un pago mensual mínimo de \$ 25 como máximo. Después del depósito inicial, se le debe ofrecer a un paciente que tiene un saldo superior a \$ 1000 un plan de pago de al menos dos años sin interés.

e) Deducible Único de CommonHealth

A solicitud del paciente, es posible que el Hospital le facture a un paciente de bajos ingresos, a fin de permitir que el paciente cumpla con el plan de pago de deducible único de CommonHealth

f) Planes de Pago para pacientes de bajos ingresos parciales de HSN, conforme al programa de Health Safety Net de Massachusetts para los servicios prestados en un centro médico autorizado por el Hospital.

El Hospital también ofrece un plan de coseguro para pacientes de bajos ingresos parciales de Health Safety Net que permite que el paciente pague el 20 % del pago de Health Safety Net por cada consulta hasta que cumpla con su deducible anual. El saldo restante se liquidará a Health Safety Net.

Harrington Hospital 100 South Street Southbridge 508-765-9771	Harrington HealthCare at Webster 340 Thompson Road Webster 508-949-8694
---	---

APROBACIÓN:

Fecha:

Fecha:

Fecha: