

HARRINGTON MEMORIAL HOSPITAL
POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS

Departamento de
Crédito y Cobranza

ASUNTO: Política del Programa de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 1 de septiembre de 2016

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

1. FECHA DE REVISIÓN: 20__20__20__20__20__

Aprobación: ___ ___ ___ ___

Índice

Secciones:

Introducción	1
I. Cobertura para Servicios de Atención Médicamente Necesarios	3
II. Programas de Asistencia Pública y Asistencia Financiera del Hospital	6
III. Glosario	14
IV. Documentos Adjuntos / Presentaciones.....	15

Objetivo: Describir las normas y los criterios que debe cumplir la política del Programa de Asistencia Financiera al brindar a los pacientes asistencia para solicitar cobertura a través de programas de asistencia pública o programas de asistencia financiera del Hospital.

Política:

Introducción

Esta política se aplica al Harrington Memorial Hospital (“el Hospital”) y a los profesionales y sitios específicos según lo identificado en esta política.

El Hospital es un prestador médico de vanguardia que brinda atención médicamente necesaria para todas aquellas personas que llegan a las instalaciones, independientemente de su capacidad de pago. El Hospital ofrece esta atención a *todos* los pacientes que visitan el centro las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. Como resultado, el Hospital se compromete a brindar a todos sus pacientes atención y servicios de alta calidad. Como parte de este compromiso, el Hospital trabaja con personas de recursos e ingresos limitados para encontrar opciones disponibles destinadas a cubrir el costo de su atención.

El Hospital ayudará a las personas sin seguro o con un seguro deficiente a solicitar cobertura médica por medio de un programa de asistencia pública o el programa de asistencia financiera del Hospital (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, the Children’s Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship) y trabajará con ellas para que se inscriban, según corresponda. La asistencia para estos programas se determina por medio de la revisión de los ingresos, los activos, el tamaño familiar, los gastos y las necesidades médicas de una persona, entre otros aspectos.

Mientras el Hospital asiste a los pacientes para que obtengan cobertura médica a través de programas públicos y asistencia financiera mediante otras fuentes siempre que sea apropiado, incluido el Hospital, también se le puede requerir al Hospital que facture de forma correcta y cobre los pagos específicos, que pueden incluir, entre otros, copagos, deducibles, depósitos y otros montos que el paciente acepte asumir la responsabilidad. Al registrarse para servicios o al recibir una factura, el Hospital recomienda a los pacientes a que se comuniquen con el personal para determinar si ellos o un miembro de su familia necesitan o reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera.

Al trabajar con los pacientes para que encuentren asistencia pública o cobertura a través de la asistencia financiera del Hospital, el Hospital no discrimina por motivos de etnia, color, origen nacional, ciudadanía, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus políticas o en su aplicación de políticas en torno a la adquisición y a la verificación de información financiera, los depósitos previos a la admisión o al tratamiento, los planes de pago, las admisiones canceladas o diferidas, la determinación de si una persona reúne los requisitos para ser un paciente de bajos ingresos de acuerdo con el sistema de elegibilidad de MassHealth/Connector de Massachusetts, o con la declaración de información para determinar el estado de paciente de bajos ingresos. Como tal, esta política fue revisada y aprobada por la Comisión de Finanzas y la Junta Directiva del Hospital.

Si bien entendemos que cada persona tiene una situación financiera única, la información y la asistencia en relación con la elegibilidad en programas de asistencia pública o cobertura a través del programa de asistencia financiera del Hospital pueden obtenerse comunicándose con uno de los seis Asesores Financieros/Encargados de Créditos, quienes son todos Asesores de Solicitud Certificadas, a través de MA Health Connector en el:

- Departamento de Créditos de Harrington Hospital
Teléfono: 508-765-3180; presione 1 para Webster y 2 para Southbridge
Horario: de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:00 p. m.

Sitios:

- Southbridge: Harrington Memorial Hospital, 100 South Street, Southbridge, MA 01550
- Webster: Harrington Healthcare en Hubbard, 340 Thompson Rd, Webster, MA 01570

Puede obtener más información acerca de esta política y el programa de asistencia financiera del Hospital, incluidos el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera en el sitio web del Hospital en <http://harringtonhospital.org/for-patients/patient-information>.

La traducción al español de esta política para personas cuya lengua materna no sea el inglés está disponible a pedido, a través del Departamento de Créditos o del sitio web del Hospital: <http://harringtonhospital.org/for-patients/patient-information>.

Las medidas que el Hospital pueda tomar en caso de falta de pago se describen en las áreas separadas de la política de facturación y cobranza del Hospital. Los miembros del público pueden obtener una copia gratis de la política de facturación y cobranza en <http://harringtonhospital.org/for-patients/patient-information/>.

I. Cobertura para Servicios de Atención Médicamente Necesarios

El Hospital proporciona servicios médicamente necesarios y de atención de la salud conductual a todos los pacientes que visiten alguno de los sitios del Hospital, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios médicamente necesarios incluyen a aquellos que se espera razonablemente prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar las afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, deformidades o problemas físicos, amenazan con causar o empeorar una discapacidad o generan una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios de internación y ambulatorios, de conformidad con el Título XIX de la Ley de Seguridad Social.

El profesional médico a cargo del tratamiento determinará el tipo y el nivel de atención y tratamiento que sean necesarios para cada paciente sobre la base de los síntomas clínicos que presenta y las normas de práctica pertinentes. El Hospital cumple con los requisitos de la Ley Laboral Activa y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA, por sus siglas en inglés) al llevar a cabo un examen médico a los pacientes que se presentan en uno de los sitios del Hospital en busca de servicios de emergencia para determinar si existe una afección médica de emergencia.

La clasificación de los servicios de emergencia y no emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como también en la determinación médica del profesional a cargo del tratamiento. Las definiciones de servicios de emergencia o de atención de urgencia proporcionadas a continuación son también usadas por el Hospital a los efectos de determinar la cobertura de deudas incobrables aceptables para servicios de emergencia y de urgencia, conforme a la política de asistencia financiera del Hospital, incluida la Health Safety Net.

A. Servicios de Emergencia y de Atención de Urgencia

Todo paciente que se presente en el Hospital en busca de atención de emergencia será evaluado sobre la base de los síntomas clínicos que presente, independientemente de la identificación, la cobertura de seguro o la capacidad de pago del paciente. El Hospital no participará en acciones que desanimen a las personas a solicitar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o interferir en las pruebas y la atención médica de emergencia para analizar primero el programa de asistencia financiera del Hospital o la elegibilidad en programas de asistencia pública.

- a. Los Servicios de Emergencia incluyen el tratamiento de lo siguiente:
 - i. Una afección médica, sea física o mental, que se manifiesta por medio de síntomas lo suficientemente graves, como dolor intenso, de modo *que un lego prudente con conocimientos promedios de salud y medicina pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata implique poner la salud de la persona o de otra persona en peligro grave, causar un problema grave de las funciones corporales o la disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo*, o en relación con una mujer embarazada, como se define en la Parte 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1395dd(e)(1)(B).

- ii. De acuerdo con los requisitos federales, la EMTALA se aplica para cualquier persona que se presenta en un hospital y solicita un examen o un tratamiento de emergencia (según se define más arriba), o que ingresa en la sala de emergencia y solicita un examen o un tratamiento de una afección médica. Por lo general, las personas se presentan sin una cita en la sala de urgencias. No obstante, las personas que se presentan sin una cita y que solicitan servicios por una afección médica de emergencia mientras visitan otra unidad de internación o ambulatoria, clínica u otra área auxiliar también serán evaluadas y posiblemente transferidas a un sitio más apropiado para que se las someta a un examen médico de emergencia, conforme con la EMTALA. El examen y tratamiento de afecciones médicas de emergencia, así como también cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por la EMTALA, será proporcionado al paciente y se considerará atención de emergencia. La determinación de que existe una afección médica de emergencia es hecha por el médico a cargo del tratamiento o por otro profesional médico capacitado del Hospital, según lo documentado en el registro médico del Hospital.
- b. Los Servicios de Atención de Urgencia incluyen el tratamiento de lo siguiente:
 - i. Los servicios médicamente necesarios prestados en un hospital de agudos tras la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por medio de síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso), de modo que *un lego prudente crea que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría poner en riesgo la salud del paciente, generar problemas de las funciones corporales o la falta de funcionamiento de un órgano o parte corporal*. Los servicios de atención de urgencia se prestan para las afecciones que no amenazan la vida y no presentan un riesgo elevado de daño grave para la salud de una persona. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria ni electiva.

B. Servicios No Urgentes Ni de Emergencia

En el caso de los pacientes que 1) el médico a cargo del tratamiento determine que se trata de una atención que no es de emergencia ni de urgencia o que 2) soliciten atención y tratamiento después de la estabilización de una afección médica de emergencia, el Hospital puede considerar que dicha atención constituya un servicio primario o electivo.

- a. Los servicios primarios o electivos constituyen una atención médica que no es de urgencia ni de emergencia y que es requerida por personas o familias para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Por lo general, estos servicios son procedimientos/consultas de atención médica o conductual que son programados de antemano o el mismo día por el paciente o por el profesional médico en uno de los sitios del hospital, como el campus principal, un sitio remoto, así como también el consultorio de un médico afiliado, una clínica o un centro de salud comunitario. La atención primaria consta de servicios de atención médica prestados de forma personalizada por médicos generales, clínicos, pediatras y enfermeras o asistentes en un servicio de atención primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados de la sala de emergencias de un hospital de agudos y excluye los servicios auxiliares y los servicios de atención de maternidad.

- b. Los servicios de atención médica que no son de emergencia ni de urgencia (es decir, atención primaria o electiva) pueden demorarse o diferirse sobre la base de la consulta con el personal clínico del Hospital, así como también con el médico de cabecera o el profesional a cargo del tratamiento del paciente, si resulta apropiado. El Hospital puede además negarse a brindarle a un paciente servicios que no son de urgencia ni de emergencia si el paciente se encuentra médicamente estable y si el Hospital no puede obtener del paciente o de otras fuentes, la información pertinente sobre la elegibilidad o una fuente de pago para que una empresa de seguro de salud pública o privada cubra el costo de la atención que no es de urgencia ni de emergencia. La cobertura de los servicios de atención médica, incluidos los servicios de atención médica o conductual, se determina y se detalla en la necesidad médica de la compañía de seguros de salud pública o privada y en los manuales de cobertura. Mientras el Hospital intentará determinar la cobertura sobre la base de la cobertura de seguro conocida y disponible del paciente, puede emitir una factura al paciente si los servicios no son reembolsables y el paciente ha aceptado que se le facture.
- c. Es posible que la cobertura de un programa de asistencia financiera público, privado o del Hospital no se aplique a ciertos procedimientos primarios o electivos que no son reembolsables por dichas opciones de cobertura. Si el paciente no está seguro si un servicio tiene cobertura, debe comunicarse con un asesor financiero del Hospital/Encargado de Créditos del Departamento de Créditos al (508)765-3180 para determinar las opciones de cobertura disponibles.

C. Sitios del Hospital que proporcionan servicios médicamente necesarios cubiertos por la política de asistencia financiera:

La política de asistencia financiera del Hospital contempla los siguientes sitios o departamentos en los que los pacientes también pueden obtener información sobre la disponibilidad de los programas de asistencia pública:

<p>Harrington Hospital 100 South Street Southbridge</p> <p>Cuidado de Emergencia, Atención de Pacientes Internados, Atención Quirúrgica de Día, Imágenes, Laboratorio, Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación Cardíaca): 508-765-9771</p>	<p>Harrington HealthCare at Webster 340 Thompson Road Webster</p> <p>Cuidado de Emergencia, Imágenes, Laboratorio: 508-943-2600</p> <p>Laboratorio del Sueño: 508-949-8613</p>
--	---

<p>The Cancer Center at Harrington 55 Sayles Street, Top Floor Southbridge</p> <p>Servicios de Infusión, Terapia, Sala de Recursos: 508-764-2400</p>	<p>Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29 Pine Street (<i>Consultorio Principal</i>), Southbridge • 176 Main Street, Southbridge • 161 West Main Street, Dudley • 10 North Main Street, Charlton • 336 Thompson Road, Webster • 367 East Main St/Route 9, East Brookfield <p>Salud Conductual: 508-765-9167 Recuperación: 508-765-27225</p>
<p>Harrington HealthCare at Charlton 10 North Main Street Charlton</p> <p>Imágenes, Laboratorio, Atención Vascular: 508-248-6780 Atención de Lesiones: 508-248-8105</p>	<p>Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Audiología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 South Street, Southbridge • 72 Cudworth Road, Webster • 20 Southbridge Road/Route 169, Charlton 508-434-1435

II. Programas de Asistencia Pública y Asistencia Financiera del Hospital

A. Descripción General de la Cobertura de Salud y los Programas de Asistencia Financiera

Los pacientes del Hospital pueden reunir los requisitos para recibir servicios de atención médica sin costo o de costo reducido a través de varios programas de asistencia públicos y estatales, así como también de programas de asistencia financiera del Hospital incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, the Children’s Medical Security Program (Plan de Seguro Médico de los Niños), Health Safety Net (Red de Seguridad de Salud) y Medical Hardship (Programa para Dificultades por Problemas de Salud), Uninsured Relief y Short Term Copay Relief (Programa de Tarifas Reducidas para Pacientes Sin Seguro y Programa de Copagos Reducidos de Corto Plazo). Dichos programas intentan asistir a los pacientes de bajos ingresos y tienen en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir con su atención. En el caso de aquellas personas que no tienen seguro o que tienen un seguro deficiente, el Hospital los ayudará, cuando se le solicite, a pedir la cobertura a través de programas de asistencia pública o de programas de asistencia financiera del Hospital que puedan cubrir todas o una parte de las facturas hospitalarias impagas.

B. Programas de Asistencia Pública del Estado

El Hospital está a disposición de los pacientes para la inscripción en programas de cobertura de salud del estado. Estos incluyen MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector del estado y the Children’s Medical Security Plan. En el caso de estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través del sitio web (que se ubica

centralmente en el sitio web de Health Connector del estado), una solicitud en papel o comunicarse por teléfono con un representante de atención al cliente de MassHealth o Connector. Las personas también pueden solicitar asistencia de los asesores financieros del Hospital (también llamados asesores de solicitud certificados) para presentar la solicitud en el sitio web o en papel.

C. Asistencia Financiera del Hospital

El Hospital también proporciona asistencia financiera a los pacientes cuyos ingresos demuestran su incapacidad para pagar de forma total o parcial los servicios prestados. Es posible que se solicite a los pacientes que son residentes de Massachusetts o del área de servicios del Hospital que completen la solicitud de cobertura de Medicaid o de seguro de salud subsidiado de su estado antes de solicitar la cobertura a través de las opciones de asistencia financiera del Hospital. Los pacientes que reúnen los requisitos son elegibles conforme a la política de asistencia financiera del Hospital sobre la base de los criterios que se presentan a continuación:

C.1. Asistencia Financiera del Hospital a través de Health Safety Net

A través de su participación en Health Safety Net de Massachusetts, el Hospital proporciona asistencia financiera a los pacientes de bajos ingresos sin seguro o con un seguro deficiente que son residentes de Massachusetts o que cumplen con los requisitos de ingresos. The Health Safety Net fue creado para distribuir de forma más equitativa el costo de proporcionar atención sin compensación a los pacientes de bajos ingresos sin seguro o con un seguro deficiente por medio de programas de atención gratuitos o con descuento en los hospitales de agudos de Massachusetts. La acumulación de atención no compensada de Health Safety Net se logra a través de una evaluación de cada hospital, a fin de cubrir el costo de la atención para pacientes sin seguro o con seguro deficiente con ingresos inferiores al 300 % del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés). Es política del Hospital que todos los pacientes que reciben asistencia financiera conforme a la política de asistencia financiera del Hospital puedan acceder a los servicios de Health Safety Net como parte de la atención sin compensación que se presta a los pacientes de bajos ingresos.

Por medio de su participación en Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el Hospital pueden reunir los requisitos para recibir asistencia financiera, como atención médica gratuita o de costo reducido para los servicios elegibles de Health Safety Net definidos en 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Servicios Primarios

Es posible que se determine que los pacientes sin seguro que son residentes de Massachusetts con ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth verificados o ingresos familiares de Medical Hardship, según lo descrito en 101 CMR 613.04(1), de entre el 0 % y el 300 % del FPL, reúnen los requisitos para recibir los servicios autorizados de Health Safety Net.

El periodo de elegibilidad y el tipo de servicio para *Health Safety Net - Servicios Primarios* están limitados a los pacientes que reúnen los requisitos para participar de un programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, conforme a lo descrito en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos de un programa médico

estudiantil de M.G.L.c. 15A, Sección 18, no reúnen los requisitos para *Health Safety Net - Servicios Primarios*.

(b) Health Safety Net - Servicios Secundarios

Es posible que se determine que los pacientes que son residentes de Massachusetts y tienen un seguro de salud primario e ingresos brutos MAGI de MassHealth o ingresos contables familiares de Medical Hardship, según lo descrito en 101 CMR 613.04(1), de entre el 0 % y el 300 % del FPL reúnen los requisitos para recibir los servicios autorizados de Health Safety Net. El periodo de elegibilidad y el tipo de servicio para *Health Safety Net - Servicios Secundarios* están limitados a los pacientes que reúnen los requisitos para participar de un programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, conforme a lo descrito en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos de un programa médico estudiantil de M.G.L.c. 15A, Sección 18, no reúnen los requisitos para *Health Safety Net - Servicios Primarios*.

(c) Health Safety Net - Deducibles Parciales

Los pacientes que reúnen los requisitos para participar de *Health Safety Net - Servicios Primarios* o de *Health Safety Net - Servicios Secundarios* con ingresos familiares MAGI de MassHealth o ingresos contables familiares de Medical Hardship de entre el 150.1 % y el 300 % del FPL pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del grupo familiar de facturación superior (PBF, por sus siglas en inglés) tienen un ingreso superior al 150.1 % del FPL. Este grupo se define en 130 CMR 501.0001.

Si algún miembro del PBF tiene un FPL inferior al 150.1 %, no se aplica ningún deducible a ninguno de los miembros del PBF. El deducible anual es equivalente al mayor de:

1. El programa de pago de asistencia superior de menor costo operado por la prima de Health Connector, ajustado por el tamaño del PBF de forma directamente proporcional a los niveles de ingresos de FPL de MassHealth, al comienzo del año calendario.
2. El 40 % de la diferencia entre el 200 % del FPL y el ingreso familiar MAGI de MassHealth más bajo o el ingreso contable familiar de Medical Hardship más bajo, conforme a lo descrito en 101 CMR 613.04(1), en el PBF del solicitante.

(d) Health Safety Net - Medical Hardship

Un residente de Massachusetts con cualquier ingreso puede reunir los requisitos para *Medical Hardship* a través de Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han agotado sus ingresos contables y no puede pagar los servicios médicos. Para reunir los requisitos para *Medical Hardship*, los gastos médicos permitidos del solicitante deben exceder un porcentaje especificado de sus ingresos contables, definidos en 101 CMR 613, como se indica a continuación:

Nivel de Ingresos	Porcentaje de Ingresos Contables
0 % - 205 % del FPL	10 %
205.1 % - 305 % del FPL	15 %
305.1 % - 405 %	20 %
405.1 % - 605 % del FPL	30 %
>605.1 % del FPL	40 %

La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje de ingresos contables especificado en 101 CMR 613.05(1)(b) sobre la base del FPL familiar de *Medical Hardship* multiplicado por los ingresos contables reales menos las facturas no elegibles para el pago de Health Safety Net, para las que el solicitante seguirá siendo responsable. Los requisitos adicionales para *Medical Hardship* se especifican en 101 CMR 613.05.

C.2. Asistencia Financiera Adicional del Hospital

Además de Health Safety Net, el Hospital brinda asistencia financiera a aquellos pacientes que cumplen con sus criterios, conforme se indica a continuación. Esta asistencia financiera intenta complementar y no reemplazar otra cobertura de servicios, a fin de garantizar que la asistencia financiera se brinde cuando sea necesario. El Hospital no denegará la asistencia financiera conforme a esta política de asistencia financiera porque el solicitante no pueda proporcionar la información o documentación, a menos que dicha información o documentación se describa como necesaria para determinar la asistencia financiera en el formulario de solicitud. Los pacientes que reciben la asistencia financiera del Hospital, según esta política, están recibiendo atención sin compensación, de acuerdo con lo definido en las instrucciones de notificación de costos de la plantilla de trabajo S-10.

(a) Programa de Asistencia del Hospital para Pacientes Sin Seguro

El Hospital asistirá a aquellos pacientes sin seguro 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 elegibilidad financiera general de un programa de asistencia pública estatal, o a los pacientes sin seguro que no reúnen los requisitos financieros generales debido a los ingresos. Todo descuento que brinde el Hospital debe concederse con los requisitos federales y estatales, y no se basa en un esfuerzo por inducir a un paciente a que reciba servicios del Hospital ni por generar actividades que sean pagaderas por un programa federal o estatal. El Hospital, conforme a la revisión interna del caso de cada paciente, puede ofrecer a un paciente un descuento adicional según el *Uninsured Relief Fee Schedule* (Programa de Tarifas Reducidas para Pacientes Sin Seguro) por una factura impaga, conforme lo autorice el Director Financiero (CFO) del Hospital o la persona que este designe.

(b) Criterios de elegibilidad del Programa Uninsured Relief:

- i. Si es un residente de Massachusetts, primero debe solicitar un programa de asistencia público de ese estado.
- ii. Presente la solicitud para un programa del Hospital dentro de los 9 meses posteriores a la fecha del servicio.
- iii. Use las Pautas Federales que Definen el Nivel de Pobreza para fijar la Escala Móvil de *Uninsured Relief* del hospital, a fin de determinar la elegibilidad según los ingresos:

FPL	DESCUENTO
0 % - 200 %	100 %
201 % - 225 %	90 %
226 % - 250 %	80 %
251 % - 275 %	70 %
276 % - 300 %	60 %
301 % - 325 %	50 %
326 % - 350 %	40 %
351 % - 375 %	30 %
376 % - 400 %	20 %

(c) Planes de Pago para Pacientes de Bajos Ingresos o Pacientes con Medical Hardships:

Una persona, que es un paciente de bajos ingresos o tiene Medical Hardship, tiene el derecho a solicitar un plan de pago, conforme al programa Health Safety Net de Massachusetts, sujeto a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(g). 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.

(d) Planes de Pago para Pacientes que No Son de Bajos Ingresos

Una persona con un saldo deudor puede optar por pagar su saldo acordando un plan de pago máximo de dos años sin interés con pagos que no sean inferiores a los \$50 mensuales. El pago inicial debe hacerse en la fecha del acuerdo o dentro de un plazo de 15 días.

D. Limitaciones en los Cargos

El Hospital no le cobrará a una persona que reúne los requisitos para recibir asistencia conforme a su política de asistencia financiera por la atención de emergencia y medicamento necesaria un monto superior al “monto generalmente facturado” a las personas que tienen seguro para dicha atención. A estos efectos, el “monto generalmente facturado” se determina usando el siguiente método:

- MassHealth (PCC y MMCO) junto con las Tarifas de Servicio de las Compañías de Seguro Privadas y de Medicare

Los “montos generalmente facturados”, que se fijan como un porcentaje de los cargos brutos de cada sitio del Hospital, son equivalentes a los cargos totales facturados. Los descuentos adicionales se aplicarán de acuerdo con la escala móvil del FPL del Hospital siempre que se reúnan los requisitos para el Programa *Uninsured Relief* del Hospital.

El Hospital cobrará a toda persona que reúna los requisitos para recibir asistencia conforme a su política de asistencia financiera un monto inferior a los cargos brutos por toda atención adicional.

E. Avisos y Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital y de Programas de Asistencia Pública

E.1 Avisos de Opciones de Asistencia Financiera del Hospital y de Asistencia Pública

En el caso de aquellas personas que no tienen seguro o que tienen un seguro deficiente, el Hospital trabajará con los pacientes para que soliciten programas de asistencia pública o programas de asistencia financiera del Hospital que puedan cubrir todas o una parte de las facturas hospitalarias impagas. A fin de ayudar a las personas sin seguro o con un seguro deficiente a encontrar opciones disponibles y adecuadas, el Hospital proporcionará a las personas un aviso general sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública y de asistencia financiera durante el registro inicial y en persona del paciente en un sitio del Hospital, en todas las facturas que se envíen a un paciente o su garante, o cuando el prestador sea notificado o cuando, por medio de su debida diligencia, tenga conocimiento de un cambio en la condición de elegibilidad del paciente para recibir una cobertura de seguro pública o privada.

Además, el Hospital también publica avisos generales en las áreas de prestación de servicios en las que hay una zona de registro (incluidos, entre otros, sala de internación, área ambulatoria, departamento de urgencias y centro de salud comunitario afiliado), en las oficinas de los asesores de solicitud certificados y en las áreas de oficinas comerciales generales que suelen usar los pacientes (por ejemplo, salas de admisión y registro, oficinas de servicios financieros del paciente que se encuentran abiertas de forma activa al público). El aviso general le informará al paciente acerca de la disponibilidad de asistencia pública y de asistencia financiera del Hospital (incluidos, MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, the Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship), así como también acerca de los sitios dentro del Hospital y los números de teléfono a los que se puede comunicar para programar una cita con un asesor de solicitud certificado. La meta de estos avisos es asistir a las personas en la solicitud de la cobertura con uno o más de estos programas. El tamaño de los avisos publicados tiene dimensiones mínimas de 8 ½ x 11; los avisos están disponibles en inglés y en español.

E.2. Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital y de Programas de Asistencia Pública

El Hospital se ofrece para ayudar a los pacientes a inscribirse en programas de asistencia pública estatal. Estos incluyen MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector del estado y the Children's Medical Security Plan. Sobre la base de la información ofrecida por el paciente, el Hospital también identificará, mediante el Sistema de Verificación de Elegibilidad, las opciones de cobertura disponibles por medio de su programa de asistencia financiera, incluidos los programas Health Safety Net y Medical Hardship.

En el caso de los programas diferentes de Medical Hardship, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través del sitio web (que se ubica centralmente en el sitio web de Health Connector del estado), una solicitud en papel o comunicarse por teléfono con un representante de atención al cliente de MassHealth o Connector. Las personas también pueden solicitar asistencia de los asesores de solicitud certificados del Hospital con la presentación de la solicitud en el sitio web o en papel.

En el caso de Medical Hardship, el Hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como Medical Hardship resultaría apropiado y para presentar una solicitud de dicho programa a Health Safety Net. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria según lo solicitado por el Hospital dentro de un plazo adecuado, a fin de garantizar que el Hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente logra proporcionar toda la información de forma oportuna, el Hospital trabajará para presentar la solicitud completa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria solicitada. Si la solicitud completa no se presenta dentro de dicho plazo, es posible que no se tomen medidas de cobranza contra el paciente con respecto a las facturas que reúnen los requisitos para el Programa para Medical Hardship.

Es posible que el Hospital también ayude a los pacientes a inscribirse en Health Safety Net usando un presunto proceso de determinación, que proporcione un periodo de elegibilidad limitado. Este proceso es llevado a cabo por el personal del Hospital y del centro de salud comunitario, quienes, sobre la base de la declaración de información financiera del paciente, considerarán si el paciente reúne los requisitos para formar parte de la categoría de paciente de bajos ingresos y tendrá cobertura solo para los servicios de Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha en que el prestador tome la determinación y se extenderá hasta el final del mes siguiente, cuando se tome la presunta determinación. No obstante, la cobertura puede terminarse de forma anticipada si el paciente presenta una solicitud completa, según lo descrito más arriba.

En el caso de la asistencia financiera brindada por el Hospital, un paciente debe presentar una solicitud completa, que está disponible en el sitio web del Hospital: <http://harringtonhospital.org/for-patients/patient-information/>. Junto con la solicitud, se debe incluir lo siguiente:

1. Pruebas de los ingresos familiares actuales que se aplican a su caso.
2. Identificación de todos los miembros del grupo familiar de 18 años o más.
3. Prueba de personas a cargo menores de 18 años.

El Hospital no denegará la asistencia financiera conforme a esta política de asistencia financiera debido a la ausencia de información o documentación, a menos que dicha información o documentación sea descrita en la política de asistencia financiera o en el formulario de solicitud.

E.3 Función del Asesor Financiero del Hospital

El Hospital ayudará a las personas sin seguro o con un seguro deficiente a solicitar cobertura médica por medio de un programa de asistencia pública (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health Connector, y the Children's Medical Security Program) y trabajará con ellas para que se inscriban, cuando corresponda. El Hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del Hospital, lo que incluye cobertura a través de Health Safety Net y Medical Hardship.

El Hospital hará lo siguiente:

- a) Proporcionará información acerca de toda la variedad de programas, incluidos MassHealth, el programa de pago de asistencia superior operado por Health

Connector, the Children's Medical Security Program, Health Safety Net, and Medical Hardship;

- b) Ayudará a las personas a completar una nueva solicitud de cobertura o a presentar la renovación de una cobertura actual.
- c) Trabajarán con la persona para obtener toda la documentación solicitada.
- d) Presentará solicitudes o renovaciones (junto con la documentación requerida).
- e) Interactuará, según corresponda y según lo permitido por las limitaciones actuales del sistema, con los programas respecto al estado de dichas solicitudes y renovaciones.
- f) Ayudará a facilitar la inscripción de los solicitantes o beneficiarios de programas de seguro.
- g) Ofrecerá y brindará asistencia con el registro de votantes.

El Hospital asesorará al paciente respecto de su obligación de brindarle al Hospital y a la agencia estatal pertinente información adecuada y oportuna, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si corresponde), opciones de cobertura de seguro actuales (como vivienda, vehículo motorizado u otro seguro civil) que puedan cubrir el costo de la atención recibida, cualquier recurso financiero pertinentes, e información sobre ciudadanía y residencia. Esta información se presentará ante el estado como parte de la solicitud para recibir asistencia de un programa público, a fin de determinar la cobertura de los servicios prestados al paciente.

Si la persona o su garante no pueden brindar la información necesaria, es posible que el Hospital (a pedido de la persona) haga esfuerzos razonables para obtener toda la información adicional de otras fuentes. Dichos esfuerzos también implican trabajar con las personas, cuando la persona así lo solicite, para determinar si la factura de un servicio debe enviarse a la persona para ayudarla a cumplir con el deducible único. Esto ocurrirá cuando la persona esté programando sus servicios, durante la etapa previa al registro, mientras la persona esté siendo ingresada al Hospital, después del alta o durante un periodo de tiempo razonable después del alta del Hospital. La información que obtenga el asesor de solicitud certificado se conservará de acuerdo con las leyes vigentes estatales y federales de seguridad y privacidad.

El Hospital también notificará al paciente durante el proceso de solicitud acerca de su responsabilidad de informar tanto al Hospital como a la agencia estatal que brinda la cobertura de los servicios de atención médica a cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar las reclamaciones, incluidos los seguros de vivienda o automotor o cualquier otra póliza de seguro de responsabilidad civil. Si el paciente ha presentado una reclamación contra un tercero o ha presentado una demanda contra un tercero, el asesor de solicitud certificado notificará al paciente acerca del requisito de notificar al prestador y al programa estatal dentro de los 10 días posteriores a dichas acciones. El paciente también será informado acerca de que debe pagar a la agencia estatal pertinente el monto de la atención médica cubierta por el programa estatal si existe un resarcimiento de la reclamación, o debe ceder derechos al estado para permitirle recuperar el monto pertinente.

Cuando la persona se comunica con el Hospital, el Hospital intentará determinar si la persona reúne los requisitos para un programa de asistencia pública o a través de un programa de asistencia financiera del Hospital. Una persona que está inscrita en un programa de asistencia pública puede reunir los requisitos para recibir ciertos beneficios. Las personas también pueden

reunir los requisitos para recibir asistencia adicional en función del programa de asistencia financiera del Hospital, sobre la base de los ingresos documentados de la persona y los gastos médicos permitidos.

III. Glosario

Programas de Asistencia Financiera

Un programa que está destinado a asistir a los pacientes de bajos ingresos que, de otro modo, no tienen la capacidad para pagar los servicios de atención médica que han recibido. Dicha asistencia debe tener en cuenta la capacidad de cada persona para pagar su atención. También debe darse consideración a los pacientes que han agotado los beneficios de su seguro médico o que han excedido los criterios de elegibilidad financiera, pero que enfrentan costos médicos extraordinarios. Un programa de asistencia financiera no sustituye a la asistencia financiera pública ni a la patrocinada por el empleador, ni tampoco a un programa de seguro comprado individualmente.

Pacientes de Bajos Ingresos

Una persona que reúne los requisitos detallados en 114.6 CMR 13.04(1).

Servicios de Atención Médica

Los servicios hospitalarios (prestados en un entorno ambulatorio o de internación) que se espera razonablemente que prevengan, diagnostiquen, eviten el empeoramiento, alivien, corrijan o curen las afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidades o problemas físicos, amenazan con causar o empeorar una discapacidad o generan una enfermedad o dolencia.

Residente

Una persona que vive en Massachusetts con la intención de permanecer allí de forma permanente o durante un periodo indefinido. Un residente no tiene la obligación de tener una dirección permanente. La inscripción en una institución de estudios superiores de Massachusetts o la permanencia en una institución médica, que no sea una residencia de ancianos, de Massachusetts no son suficientes para fijar una residencia.

Los Programas de Asistencia Pública del Estado incluyen:

- Mass Health Standard: programa de seguro de salud público para residentes de Massachusetts de bajos ingresos que cubre todos los servicios de atención médica o una parte de ellos.
- CommonHealth Care: seguro médico para niños y adultos discapacitados de bajos ingresos que son residentes de Massachusetts y no tienen seguro médico.
- MassHealth CarePlus: programa de seguro médico para residentes de Massachusetts adultos sin seguro que no reúnen los requisitos para Mass Health Standard.
- Insurance Partnership: proporciona seguro de salud a los empleados sin seguro, así como también a los empleados autónomos.

- Children’s Medical Security Plan: seguro médico para residentes de Massachusetts sin seguro menores de 19 años que no reúnen los requisitos para Mass Health.
- Healthy Start: atención prenatal y posparto para mujeres sin seguro.
- Prescription Advantage: plan de seguro para medicamentos con receta destinado a residentes de edad avanzada y discapacitados, de modo que cuenten con cobertura primaria para los medicamentos con receta.
- Health Safety Net: un programa para los residentes de Massachusetts que no reúnen los requisitos para tener un seguro médico o que no pueden pagar los servicios de atención médica.
- Programa *Uninsured Relief*: un programa hospitalario que cubre a los pacientes sin seguro de bajos ingresos que no reúnen los requisitos para acceder a ningún otro programa del estado.

IV. Documentos Adjuntos / Presentaciones

1. Copias de los avisos financieros del paciente:
 - a. Facturas primera, segunda, tercera y final del Hospital o los agentes.
 - b. Copias de los avisos generales y cartas del día siguiente.
 - c. Copias de las señales publicadas así como también de los panfletos generales y otros folletos (si hubiere) sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
2. Copias de la solicitud para el Programa de Asistencia del Hospital para Pacientes Sin Seguro
3. Copias de la aprobación de programas para pacientes sin seguro, rechazos y solicitudes incompletas
4. Copia de las Pautas Federales que Definen el Nivel de Pobreza 2016
5. Copia de la Escala Móvil de *Uninsured Relief* del Hospital

APROBACIÓN:

Fecha:

Fecha:

Fecha:
