N.º de política:	08.26.001
Revisado en:	04/2020
Modificado en:	11/2020
Apéndice:	06/2022
Sección:	Finanzas

Ayuda económica para pacientes

Propósito:

Boston Medical Center (el "Hospital" o "BMC") estableció esta política para identificar y ayudar a las personas elegibles de bajos recursos que no están aseguradas o que cuentan con seguro insuficiente a inscribirse en los planes de seguro médico o programas de ayuda económica para cubrir sus gastos médicos y garantizarles el acceso oportuno y apropiado a la atención médicamente necesaria. Boston University Medical Group (BUMG), grupo asociado de BMC, acepta acatar las normas establecidas en la política de ayuda económica del Hospital.

Declaración de la política:

Es política de BMC, en asociación con sus centros de salud comunitarios autorizados, brindarles atención médicamente necesaria a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago, y ofrecerles ayuda económica a aquellos que no están asegurados o cuentan con un seguro insuficiente y no pueden pagar. Se atenderá a todos los pacientes que se presenten en BMC y requieran servicios de emergencia o urgencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, independientemente de su raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad o expresión de género o capacidad de pago.

BMC les ofrece ayuda económica a todos los pacientes de bajos recursos que no están asegurados o que cuentan con un seguro insuficiente y que demuestran que no pueden pagar la totalidad o una parte de los cargos previstos normalmente. A los pacientes que no tienen la capacidad económica para pagar se les hará una evaluación para determinar si califican para Medicaid u otros programas estatales, planes de salud calificados o se evaluarán con base en las pautas preestablecidas para determinar si califican para recibir ayuda del Programa de Atención de Caridad del Hospital. El Programa de Atención de Caridad define todas las circunstancias bajo las cuales los pacientes pueden calificar para recibir atención gratuita o con descuento. El nivel de descuento se determina con base en los ingresos del grupo familiar de la persona, sus bienes, el número de integrantes de su familia y las necesidades médicas según se especifica en las pautas de elegibilidad del Programa de Atención de Caridad.

Cuando se registran para recibir sus servicios y cuando se les entrega la factura, se pone a disposición de los pacientes información del Hospital en la que se ofrecen programas de ayuda económica. Se podrá considerar a todos los pacientes para darles ayuda económica en cualquier momento del ciclo de facturación y cobro. A los pacientes que se determine que califican para el

Programa de Atención de Caridad de BMC nunca se les cobrarán más de los montos generalmente facturados por los servicios médicamente necesarios y el Hospital no buscará calificar al paciente para que reciba atención gratuita o con descuento bajo el Programa de Atención de Caridad con el fin de generar una cuenta por cobrar en virtud de un programa federal de asistencia médica o para influenciar a un beneficiario para que seleccione a un proveedor, médico o empresa en particular. El Comité Financiero de la Junta de Fideicomisarios de Boston Medical Center revisó y aprobó esta política. Puede obtener información sobre la política de ayuda económica y del Programa de Ayuda Económica, incluso el resumen en lenguaje sencillo (anexo A), el formulario de solicitud del Programa de Caridad de BMC o copia de esta política y de los documentos del Programa de Atención de Caridad:

- En cualquier área de registro de pacientes en BMC o BUMG
- Puede llamar al Departamento de Asesoría Financiera al (617) 414-5155 o ir a una de las oficinas de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.:
    - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118
    - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, (planta baja), Boston, MA. 02118
- Puede visitar el sitio web del Hospital https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance, donde podrá leer y descargar los documentos
- Puede enviar una solicitud por escrito por correo a:
    - Boston Medical Center
      Attention: Financial Counseling Office
      Shapiro Center
      725 Albany Street
      Boston, MA 02118

Solicitud:

La política de ayuda económica aplica a Boston Medical Center, Boston University Medical Group y a los siguientes centros de salud comunitarios que trabajan bajo la licencia del Hospital:

- Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02118
- East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128
- South Boston Community Health Center, 409 West Boundary Street, South Boston, MA 02127
- DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122

Excepciones:

Aunque BMC tiene el compromiso de ayudar a los pacientes con ingresos y recursos limitados a solicitar la ayuda de los programas disponibles para cubrir el costo de su atención, el Programa de Atención de Caridad se limita a cubrir los servicios de emergencia, servicios de urgencia y demás atención médicamente necesaria. En general, son gastos excluidos de los descuentos previstos en el Programa de Atención de Caridad:

- Servicios prestados por médicos contratados que facturan de forma privada y no a través de uno de los grupos de médicos afiliados del Hospital. (Ver anexo E, donde encontrará la lista de proveedores afiliados de BMC).
- Reclamos vehiculares, reclamos de responsabilidad de terceros, servicios de tarifa fija, tarifas contratadas, otros servicios que no son médicamente necesarios u otros servicios cuando ya se aplicaron otros descuentos a los cargos.

Definiciones:

Acciones de cobro extraordinarias: toda acción que tome BMC (o un agente de BMC, incluso una agencia de cobranza) contra una persona con el fin de obtener el pago de una factura cubierta por esta póliza, que requiere un proceso legal o judicial, implica la venta de la deuda de la persona a un tercero o reportar información negativa de la persona a las centrales de riesgo u oficinas de información crediticia. Dejar una cuenta con un tercero para su cobro no constituye una acción de cobro extraordinario.

Asegurado: es el estatus de un paciente que tiene cobertura de seguro o de terceros que paga la totalidad o parte de los cargos brutos de los servicios médicos del paciente. Esta categoría incluye a todos los pacientes cubiertos por pagadores gubernamentales como Medicare, Medicaid, Champus y beneficios autorizados para veteranos y pagadores privados como Medicare Advantage, organizaciones de atención médica administrada de Medicaid, asistencia comercial o administrada, compensación automática y compensación para trabajadores.

Asesor de solicitudes certificado: es una persona (afiliada de la organización designada) que está capacitada y puede ayudar a los clientes, pequeñas empresas y sus empleados a revisar las opciones de cobertura médica conforme a la Ley de Atención Médica Asequible, que se ofrecen en Health Insurance Marketplace, y ayuda a determinar su elegibilidad y a llenar los formularios de registro.

Cargos brutos: el precio completo fijado de la atención médica que BMCHS les cobra de manera regular y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar las asignaciones contractuales, descuentos u otras deducciones.

Descuento por pago directo por parte del paciente: un porcentaje de descuento del saldo de la cuenta por pago directo por parte del paciente según su estatus de paciente sin seguro. BMC les ofrece a los pacientes que no tienen seguro un descuento por su pago directo basado en el último cálculo de los montos generalmente facturados.

EMTALA: por sus siglas en inglés, Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto, que promulgó el Congreso en 1986 para garantizar el acceso público a los servicios de emergencia, independientemente de la capacidad de pago. La sección 1867 de la Ley del Seguro Social les impone obligaciones específicas a los hospitales participantes de Medicare que ofrecen servicios de emergencia para hacer evaluaciones médicas cuando se soliciten exámenes o tratamientos para afecciones médicas de emergencia, incluido el trabajo de parto activo, independientemente de la capacidad de pago de la persona. A los hospitales se les exige entonces que administren tratamiento para estabilizar a los pacientes que sufren afecciones médicas de emergencia. Si un hospital no puede estabilizar al paciente dentro de sus capacidades o si el paciente lo solicita, se hará el traslado correspondiente.

Health Safety Net (HSN): es un programa de ayuda económica que cubre ciertos servicios médicamente necesarios que se les prestan a pacientes de bajos recursos en los centros de salud comunitarios (CSC) y hospitales de atención para casos agudos de Massachusetts. HSN también les paga a los centros de salud comunitarios y hospitales de atención para casos agudos los gastos por dificultades médicas (cuando los gastos médicos calificados superan un porcentaje específico de los ingresos de la familia) y algunos tipos de deudas incobrables del hospital. Se creó HSN con el fin de distribuir de manera equitativa el costo de brindarles atención no remunerada a los

habitantes de bajos ingresos de Massachusetts ofreciéndoles atención gratuita o con descuento en los hospitales para casos agudos del estado. Se logra tener el equipo de atención no remunerada de Health Safety Net mediante una evaluación de cada hospital para cubrir el costo de la atención de los pacientes sin seguro y de aquellos que cuentan con seguro insuficiente y cuyos ingresos están por debajo del 300 % del nivel federal de pobreza. Es política del Hospital que para todos los pacientes que reciben ayuda económica conforme a su política de ayuda económica se les incluyan servicios de Health Safety Net como parte de la atención no remunerada que se les ofrece a los pacientes de bajos recursos.

Ley de Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés): la ley completa de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010 (a veces conocida como ACA u Obamacare), que sirve: para ofrecerles atención médica asequible a más personas dándoles subsidios ("crédito fiscal por prima") que reducen los gastos de las familias con ingresos entre el 100 % y el 400 % del límite federal de pobreza; para ampliar los programas estatales de Medicaid para cubrir a todos los adultos con ingresos equivalentes al 138 % del límite federal de pobreza; y para respaldar los métodos innovadores de servicios de atención médica, diseñados para reducir los gastos de atención médica en líneas generales.

Médicamente necesarios: son servicios que razonablemente se espera que sirvan para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, deformidades o disfunción, amenazan con causar o agravar una discapacidad o provocan una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios de hospitalización y ambulatorios según se autoricen en virtud lo de establecido en el título XIX de la Ley del Seguro Social. No obstante, la clasificación de médicamente necesario no infringe ni abarca la clasificación de servicios de emergencia ni la legislación de EMTALA asociada a dicha designación.

Montos generalmente facturados (MGF): monto según el cual se miden los cargos de los pacientes sin seguro y pacientes que cuentan con un seguro insuficiente. A los pacientes que no tienen seguro no se les cobrará por los servicios de emergencia, servicios de urgencia o atención médicamente necesaria más allá de los montos generalmente facturados en el caso de los pacientes que tienen cobertura de seguro. Para calcular los montos generalmente facturados, BMC usa el método retroactivo que utiliza los datos de los pagos de Medicaid, con base en el ejercicio fiscal anterior de 12 meses, para determinar qué porcentaje de esos montos se aplicará a los cargos. El porcentaje de los montos generalmente facturados que usa BMC y el método según el cual se determinó están disponibles sin costo alguno a través de la Asesoría Financiera para Pacientes (PFC, por sus siglas en inglés) y del Departamento. Puede hacer su solicitud llamando a Asesoría Financiera para Pacientes al 617-414-5155 o enviando un correo electrónico a DG-FinancialCounseling@bmc.org.

Otros servicios: son servicios respecto de los cuales no se le ha demostrado la necesidad médica al médico revisor o para los cuales la clasificación del paciente respecto del servicio no entra dentro de las definiciones de planes de seguros generales para cumplir con los criterios clave de necesidad médica del servicio. Los servicios incluyen, además, procedimientos o tratamientos en los casos en los que muchos planes de seguro no los consideran médicamente necesarios, entre los que se incluyen: cirugía cosmética, fertilización in vitro u otra terapia reproductiva avanzada, servicios de manga gástrica (a falta de una determinación de necesidad médica del pagador) y elementos de uso personal de los pacientes tales como cargos por servicios nocturnos más allá de los necesarios

para la atención médica o servicios nocturnos para pacientes (hospitalización total o parcial) cuando no existe una necesidad médica claramente demostrada.

Pautas del Nivel Federal de Pobreza (NFP): las establece el gobierno de los Estados Unidos y se publican anualmente en el Registro Federal. Las Pautas del Nivel Federal de Pobreza se basan en el número de integrantes de la familia y en sus ingresos y se usan para determinar si el paciente califica para recibir ayuda económica de los programas estatales de Medicaid y conforme a la política de ayuda económica de BMC.

Planes de salud calificados: un plan de seguro certificado por Health Insurance Marketplace, que ofrece beneficios esenciales para la salud, respeta los límites establecidos de reparto de gastos (p. ej., deducibles, pagos conjuntos y montos máximos de gastos extra) y cumple otros requisitos derivados de la Ley de Atención Médica Asequible.

Programa de Atención de Caridad: es el programa de ayuda económica de Boston Medical Center, que ofrece un porcentaje de descuento sobre el saldo de la cuenta del paciente según su capacidad de pago y la determinación de elegibilidad para el programa, según se detalla en la política de ayuda económica del Hospital.

Seguro insuficiente: el estatus de un paciente que tiene un tipo de seguro médico que no le brinda una protección económica suficiente, por lo que el paciente no puede cubrir los gastos extra, gastos de atención médica como los pagos conjuntos, el coaseguro y los deducibles que determina la aseguradora y que el paciente adeuda por la prestación de sus servicios médicos.

Servicios de atención de urgencia: son servicios médicamente necesarios que se prestan después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluso dolor fuerte), que una persona lega prudente creería que, de no recibir atención médica en las 24 horas siguientes, se podría esperar razonablemente que: la salud del paciente corra peligro, se afecte una función corporal o se produzca la disfunción de un órgano o parte del cuerpo. Se prestan servicios de urgencia para afecciones que no ponen en riesgo la vida y no implican un alto riesgo de daño grave para la salud del paciente. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria o electiva.

Servicios de atención primaria: son servicios de atención médica que prestan habitualmente médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeros profesionales de atención primaria o asistentes médicos. Los servicios de atención primaria no requieren los recursos especializados de un hospital de atención para casos agudos o departamento de emergencia y excluye los servicios complementarios y servicios de maternidad.

Servicios de emergencia: son servicios médicamente necesarios que se prestan después de la aparición de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas de gravedad suficiente, incluso dolor fuerte, en cuyo caso se podría esperar razonablemente que la ausencia u omisión de atención médica inmediata tenga efectos adversos en la afección o salud de la persona y la ponga en riesgo de gravedad o le causen alguna deficiencia o disfunción en alguna parte del cuerpo u órgano, con respecto a una mujer embarazada, según se define en la sección 1867(e) (1) (B) de la Ley del Seguro Social, título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés), sección 1295dd(e)(1)(B). Los servicios de emergencia incluyen una evaluación médica y tratamiento en casos de emergencia médica o cualquier otro servicio que se

preste en la medida exigida por **EMTALA** (título 42 del Código de los Estados Unidos, sección 1395(dd)), que califique como atención de emergencia. Entre los servicios de emergencia se incluyen: servicios que un profesional médico autorizado determina que son emergencias, atención médica de hospitalización asociada a la atención de emergencia ambulatoria y traslados de hospitalizaciones de un hospital de atención para casos agudos a BMC para que se brinde atención de hospitalización que no está disponible en el hospital que hace el traslado.

Servicios opcionales: son servicios médicamente necesarios que no requieren atención o tratamiento de un departamento de emergencia u hospital para casos agudos para lograr estabilizar médicamente al paciente y, en consecuencia, no entran dentro de la definición de servicios de emergencia o urgencia. Por lo general, pero no exclusivamente, el paciente programa los servicios con antelación.

Sin seguro: el estatus de un paciente que no tiene un seguro médico válido en una fecha específica de servicio o cuando su cobertura no es válida para un servicio específico por limitaciones de la red, porque se agotó el beneficio del seguro o porque no cubre otros servicios.

Procedimientos

I. Cobertura de servicios de atención médica

BMC les brinda atención a todos los pacientes que requieren servicios de emergencia, servicios de urgencia, otros servicios médicamente necesarios y mujeres embarazadas en trabajo de parto activo, independientemente de su capacidad de pago. De acuerdo con los requisitos de la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), el Hospital les hará una evaluación médica a todos los pacientes que se presenten en una instalación de BMC para recibir servicios de emergencia con el fin de determinar si existe una afección médica de emergencia. El profesional médico tratante determinará si se requieren servicios con o sin carácter de emergencia evaluando el nivel de atención y tratamiento que cada paciente necesita, con base en los síntomas clínicos que presenta y de acuerdo con los estándares de práctica aplicables.

A. La elegibilidad para recibir atención gratuita o reducida bajo el Programa de Atención de Caridad de BMC aplica a los servicios de emergencia, de urgencia y de atención primaria. Por lo general, las determinaciones de elegibilidad se establecen después de prestar el servicio y se basan en el estatus económico del paciente, según determinen las Pautas del Nivel Federal de Pobreza (NFP), así como en el tipo de paciente y en la clasificación de la atención médica prestada. (Ver anexo C, donde encontrará la tabla de las Pautas del Nivel Federal de Pobreza). En ningún caso la determinación de elegibilidad del paciente conforme a la política de ayuda económica interferirá en su acceso a la atención de emergencia y el Hospital le brindará tal atención, independientemente de su elegibilidad conforme a dicha política.

B. Los servicios de atención primaria incluyen la atención médica necesaria para mantener el estado de salud y prevenir enfermedades. Por lo general, son servicios que el paciente o el proveedor de atención médica programa con antelación o puede programar el mismo día.

   a. Habitualmente, los médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeros profesionales o asistentes médicos prestan la atención primaria, la cual no requiere de los recursos

especializados del departamento de emergencia de un hospital de atención para casos agudos y puede excluir los servicios complementarios y servicios de maternidad.

C. La elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad de BMC se aplica sistemáticamente a todos los servicios de emergencia, servicios de urgencia, servicios de atención primaria y otros servicios de atención médicamente necesarios que ofrece el Hospital.

II. Elegibilidad para recibir ayuda económica y para el programa

A. BMC les ofrece ayuda económica mediante un descuento por pago directo a todos los pacientes que no tienen seguro, independientemente de su capacidad de pago. No obstante, si un paciente sin seguro no puede pagar el saldo restante después de aplicar el descuento por pago directo, podrá pedir y solicitar la ayuda del Programa de Atención de Caridad de BMC.
   a. Si un paciente sin seguro recibe un descuento por pago directo y posteriormente presenta información de una cobertura de seguro válida en la fecha de servicio del encuentro, se revertirá el descuento por pago directo por parte del paciente y BMC le facturará al tercero.
   b. Si un paciente sin seguro recibe un descuento por pago directo y posteriormente califica para recibir ayuda económica del Programa de Atención de Caridad, se revertirá el descuento por pago directo por parte del paciente y se aplicará el descuento del Programa de Atención de Caridad para clasificar correctamente el reajuste de la cuenta.
   c. Por lo general, se excluyen del descuento por pago directo por parte del paciente:
      i. Los servicios prestados por médicos que son contratistas independientes y facturan la atención prestada de forma privada y no a través de uno de los grupos de médicos afiliados de BMC.
      ii. Los saldos de las cuentas después de que se procesa el seguro, incluidos los pagos conjuntos, coaseguros y deducibles de seguro.
      iii. Por lo general, pero no de manera explícita, se excluyen del descuento por pago directo por parte del paciente los reclamos vehiculares, reclamos de responsabilidad de terceros, servicios de tarifa fija, tarifas contratadas, otros servicios médicamente necesarios u otros servicios cuando ya se aplicaron otros descuentos a los cargos, ya que es posible que apliquen consideraciones individuales.

B. Se evalúa la elegibilidad y la cobertura de los pacientes sin seguro o que cuentan con un seguro insuficiente que demuestren que tienen una necesidad económica de atención médica con base en las pautas preestablecidas uniformes que determinan los programas estatales de Medicaid, los planes de salud calificados y el Programa de Atención de Caridad de BMC.

C. Los pacientes podrán solicitar ayuda económica en cualquier momento durante su prerregistro, registro, hospitalización, servicio ambulatorio o en el transcurso del ciclo de facturación y cobranza, para lo cual deberán solicitar y presentar su solicitud de ayuda económica completa.

D. En el Departamento de Asesoría Financiera hay asesores de solicitudes certificados disponibles que se encargan de evaluar a los pacientes para determinar

su elegibilidad para recibir ayuda de los programas y brindan asistencia presencial para su inscripción, según se requiera. Elementos requeridos para solicitar la ayuda del Programa de Atención de Caridad:

a. Solicitud completa y firmada por el paciente y su cónyuge, en caso de estar casado, o por el garante (es decir, padre, madre o tutor).
b. Comprobante de residencia
c. Comprobante de identidad
d. Comprobante de ingresos familiares
    i. Ingresos devengados
    ii. Ingresos no devengados
    iii. Ingreso de rentas
e. Declaración de manutención (si no se reportan ingresos)
f. Información de bienes, que incluye:
    i. Estados de cuentas bancarias

E. Todos los pacientes que solicitan ayuda económica deberán pasar primero por una evaluación de elegibilidad para los programas de asistencia pública o QHP específicos de su estado de residencia.
    a. En Massachusetts, los programas incluyen, entre otros, MassHealth, programa de pago de asistencia de primas de Health Connector, el Programa de Seguridad Médica Infantil, Health Safety Net y dificultad médica.
    b. Los pacientes que califican para una opción de cobertura pública deberán cumplir con el proceso de solicitud de ese programa y recibir la denegación antes de pedir beneficios adicionales del Programa de Atención de Caridad.
    c. Los asesores de solicitudes certificados (CAC, por sus siglas en inglés) del Hospital se encargan del proceso de evaluación y solicitud del seguro médico público. Se pueden llenar y presentar las solicitudes en físico, por fax o en línea usando el sistema State Health Insurance Exchange (HIX).

F. Los asesores de solicitudes certificados del Hospital también pueden ayudar a los pacientes a presentar su solicitud de presunta elegibilidad con el fin de darles acceso inmediato en circunstancias especiales a los servicios cubiertos a través de MassHealth o Health Safety Net.
    i. El proceso de presunta elegibilidad lo realiza un asesor de solicitudes certificado quien, según la autodeclaración de información financiera del paciente, determinará que el paciente entra dentro de la definición de paciente de bajos recursos y, por lo tanto, lo habilitará para que reciba la cobertura de MassHealth o HSN.
    ii. La designación de presunta elegibilidad proporciona un período limitado de cobertura elegible a partir de la fecha en que el asesor de solicitudes certificado del Hospital establece su determinación hasta el fin del mes siguiente. Durante el período de presunta elegibilidad, se exige que los pacientes llenen y presenten una solicitud completa junto con los documentos de verificación exigidos para garantizar su cobertura continua.

G. Si se determina que un paciente no califica para un programa de asistencia pública, QHP, HSN o dificultad médica, se evaluará al paciente para determinar si califica para el Programa de Atención de Caridad del Hospital.
   a. Con su participación en Health Safety Net de Massachusetts, los pacientes de bajos recursos sin seguro y aquellos que cuentan con un seguro insuficiente que reciben servicios en BMC pueden calificar para recibir ayuda económica, que incluye atención total o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de HSN. Es política del Hospital que para todos los pacientes que reciben ayuda económica conforme a su política de ayuda económica se les incluyan servicios de Health Safety Net como parte de la atención no remunerada que se les ofrece a los pacientes de bajos recursos.
      i. *Health Safety Net - primario*: se podrá determinar que los residentes sin seguro de Massachusetts con ingresos verificados entre 0 y el 300 % del nivel federal de pobreza califican para recibir los servicios elegibles de Health Safety Net.
         a. El período de elegibilidad y el tipo de servicio que cubre *HSN primario* son limitados para pacientes que califican para inscribirse en el Programa de Pago de Asistencia de Primas de Massachusetts de Health Connector.
         b. Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Seguro Médico Estudiantil de Massachusetts son elegibles para *HSN primario*.
      ii. *Health Safety Net - secundario*: se podrá determinar que los pacientes que son residentes de Massachusetts que tienen un seguro médico primario e ingresos entre 0 y el 300 % del nivel federal de pobreza califican para recibir los servicios elegibles de Health Safety Net.
         a. El período de elegibilidad y el tipo de servicio de *HSN - secundario* son limitados para pacientes que califican para inscribirse en el Programa de Pago de Asistencia de Prima de Health Connector.
      iii. *Health Safety Net - deducibles parciales*: los pacientes que califican para *HSN primario* o *HSN - secundario* con ingresos entre el 150.1 % y el 300 % del nivel federal de pobreza podrán quedar sujetos a un deducible anual, si todos los miembros del grupo familiar de facturación de prima tienen ingresos superiores al 150.1 % del nivel federal de pobreza. No hay deducibles para ninguno de los miembros del grupo familiar de facturación de prima si los ingresos son superiores al 150.1 % del nivel federal de pobreza. El deducible anual es igual al mayor de los siguientes montos:
         a. el costo más bajo del Programa de Pago de Asistencia de Prima administrado por la prima de Health Connector, ajustado al tamaño del grupo familiar de facturación de prima en proporción a los estándares de ingresos del nivel federal de pobreza de MassHealth, desde el inicio del año calendario; o

b. el 40 % de la diferencia entre los ingresos brutos ajustados modificados más bajos de MassHealth, ingresos del grupo familiar o ingresos contables familiares por dificultad médica, según se describe en 101 CMR 613.04(1), en el grupo familiar de facturación de prima del solicitante y el 200 % del nivel federal de pobreza.

iv. *Health Safety Net - dificultad médica*: una persona residente de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos puede calificar por *dificultad médica* a través de Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han impactado de forma extrema en sus ingresos contables a tal punto que no puede pagar los servicios médicos. Para calificar para *dificultad médica*, los gastos médicos permitidos del solicitante deberán ser mayores que el porcentaje específico de sus ingresos, según lo indicado a continuación:

a. Porcentaje del nivel de los ingresos contables:

0 - 205 %	Nivel federal de pobreza 10 %
205.1 - 305 %	Nivel federal de pobreza 15 %
305.1 - 405 %	Nivel federal de pobreza 20 %
405.1 - 605 %	Nivel federal de pobreza 30 %
> 605.1 %	Nivel federal de pobreza 40 %

b. El aporte requerido del solicitante se calcula como el porcentaje específico de los ingresos contables con base en el nivel federal de pobreza de *dificultad médica* de la familia, multiplicado por los ingresos contables reales menos las facturas no elegibles para pago de Health Safety Net, que al paciente le corresponderá pagar.

b. Las personas que cumplen los requisitos de elegibilidad para calificar para recibir ayuda económica de un programa de Health Safety Net, establecidos en II.E. de la política de ayuda económica, podrán presentar las facturas existentes de sus servicios antes de los 10 días previos a la fecha de solicitud de cobertura de Health Safety Net. De conformidad con el reglamento de Health Safety Net, ciertos servicios primarios y opcionales no calificarán para cobertura de Health Safety Net antes del período de 10 días y la persona sigue siendo responsable de los montos de su factura. Cuando se determina la elegibilidad para Health Safety Net, BMC proporcionará una cobertura de atención de caridad del 100 % para las facturas de servicios presentadas antes del período de 10 días y no seguirá realizando actividades de cobranza.

H. Se evaluará a los pacientes que se determine que no califican para un programa de asistencia pública, QHP, HSN o dificultad médica para determinar si califica para el Programa de Atención de Caridad de BMC. Se usará la información recopilada para determinar la elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad.

a. Los pacientes sin seguro que sean elegibles para el Programa de Atención de Caridad calificarán para recibir un descuento que se aplicará a los cargos brutos que puede cubrir la totalidad o una parte de sus facturas médicas pendientes de pago. A los pacientes elegibles para el Programa

de Atención de Caridad nunca se les cobrará más de los montos generalmente facturados. Se determina la elegibilidad y el descuento aplicable del paciente de acuerdo con el cuadro incluido en el anexo C.

b. Los pacientes que cuentan con un seguro insuficiente que son elegibles para el Programa de Atención de Caridad califican para recibir un descuento que se aplicará al saldo de su cuenta después de que se procese su seguro. Se determina la elegibilidad y el descuento aplicable del paciente de acuerdo con el cuadro incluido en el anexo C.

c. Se determina la elegibilidad para recibir atención gratuita o reducida, en todos los casos considerados para ayuda económica, usando las últimas Pautas del Nivel Federal de Pobreza publicadas (ver anexo C).
   i. Los límites de los bienes para calificar no podrán ser de más de $3,000 por solicitante y $3,000 por su cónyuge, si corresponde.
   ii. Las determinaciones de los bienes nunca incluirán la vivienda principal ni el vehículo principal del paciente.

d. BMC utiliza el método retroactivo para determinar los montos generalmente facturados al facturarles a los pacientes sin cobertura de seguro que no califican para el Programa de Atención de Caridad de BMCHS. BMC revisa los datos de los reclamos pasados reales pagados por Medicaid con el fin de establecer un porcentaje de los cargos totales que se descontarán y se aplicarán anualmente como descuento por pago directo por parte del paciente.

e. BMC no le facturará a las personas sin seguro más de la tarifa de los montos generalmente facturados. Para 2022, el porcentaje de descuento calculado para los montos generalmente facturados es del 68 %. Por lo tanto, a los pacientes elegibles conforme a la política de ayuda económica no se les cobrará más del 32 % de los cargos brutos por los servicios prestados. La información del cálculo de los montos generalmente facturados que usa BMCHS y el método que se usa para determinarlo están disponibles a petición llamando al Servicio al Cliente al 888-489-0169.

f. BMC no factura ni espera el pago de los cargos brutos/totales de quienes califican conforme a la política de ayuda económica ni de quienes no tienen seguro médico, pero no califican para recibir ayuda económica.

K. Se considerará individualmente a los pacientes que demuestren que se encuentran en situaciones económicas únicas y se les podrán hacer descuentos según el caso, de acuerdo con la política de crédito y cobranza del Hospital y más allá de las demás disposiciones establecidas en la política de ayuda económica, con el fin de reconocer casos únicos de dificultad económica.

III. Método para solicitar ayuda económica

A. Los pacientes podrán pedir y solicitar ayuda económica:

a. En las oficinas de Asesoría Financiera para Pacientes de Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C y Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, planta baja.

b. Llamando al departamento de Asesoría Financiera para Pacientes al (617) 414-5155 para que les hagan una evaluación vía telefónica o para programar una cita con un asesor financiero de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

c. Enviando por correo una solicitud de información de la política de ayuda económica, incluyendo copias del formulario de evaluación de ayuda económica y la solicitud del Programa de Atención de Caridad de BMC que deberán llenar y enviar por correo para que se procese.
   i. Encontrará la política de ayuda económica y la solicitud del Programa de Atención de Caridad de BMC en https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance, y podrá imprimirla, llenarla y entregarla personalmente o enviarla por correo para que se procese.
   ii. Si presentan su solicitud por correo, los pacientes deben enviar el formulario de evaluación de ayuda económica, la solicitud y la copia de los documentos solicitados a:
      - Boston Medical Center
        Attention: Patient Financial Counseling
        725 Albany Street, Suite 3C
        Boston, MA 02118

B. Determinación de elegibilidad
   a. El Departamento de Asesoría Financiera para Pacientes de BMC se encarga de determinar la elegibilidad con base en la documentación que el paciente presenta para su proceso de solicitud. Si tienen preguntas sobre las determinaciones de elegibilidad, los pacientes pueden llamar al Departamento de Ayuda Económica al (617) 414-5155.
   b. Una vez se reciban y se procesen las solicitudes completadas, se establecerá la determinación de elegibilidad y al solicitante se le notificará por escrito la decisión correspondiente.
   c. Notificación de solicitud de información adicional o denegación:
      i. No se denegará la ayuda económica únicamente porque el paciente inicialmente presenta una solicitud incompleta. En la sección II.D de esta política se indican los tipos de documentación más comunes que se requieren para presentar solicitudes y se definen en el documento de resumen de BMC que se adjunta (anexo B).
      ii. Si se requieren documentos adicionales para establecer una determinación, al paciente se le enviará una solicitud a través del servicio postal de EE. UU. solicitándole que envíe documentos de verificación dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de notificación.
      iii. Si el paciente no presenta los documentos adicionales, se podrá denegar su solicitud de ayuda económica y se le facturarán los cargos correspondientes de conformidad con lo estipulado en la política de crédito y cobranza de BMC.
         a. Los pacientes sin seguro que se considere que no son elegibles o a los que se les deniegue su solicitud para los programas de ayuda económica recibirán un descuento por pago directo, según corresponda.
         b. Los pacientes que cuentan con un seguro insuficiente que se considere que no son elegibles o a los que se les deniegue su solicitud para los programas de ayuda

económica serán responsables del saldo restante de su cuenta después de que se procese su seguro.

c. BMC hará intentos razonables por cobrar los saldos pendientes de pago.
    i. Los pacientes recibirán un mínimo de cuatro estados de cuenta en un período de 120 días antes de que se considere su cuenta para designarla como deuda incobrable.
    ii. Entre otros intentos de cobro se incluyen llamadas telefónicas, cartas de cobranza, avisos de contacto personal, notificaciones por computadora o cualquier otro método de notificación que constituya un intento auténtico por contactar a la parte responsable del saldo.
    iii. BMC contrata a una agencia de cobranza externa para que se encargue del cobro de determinadas cuentas, incluso los montos de los pacientes correspondientes que quedan pendientes después de que se emiten las facturas o avisos finales del Hospital. No obstante, BMC no realiza acciones de cobro extraordinarias para obtener el pago de los saldos vencidos de las cuentas de los pacientes.

d. La política de crédito y cobranza de BMC está disponible para su revisión en el sitio web del Hospital en: https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance.

e. Notificación de aprobación
    i. Los pacientes sin seguro o que cuentan con un seguro insuficiente que resulten aprobados recibirán un descuento conforme a lo previsto en la política de ayuda económica (ver anexo C, donde encontrará un resumen de los criterios de elegibilidad y el descuento aplicable).
    ii. BMC se pondrá en contacto con el paciente por correo enviado a través del servicio postal de EE. UU. para notificarle la aprobación del programa de ayuda económica. El aviso incluirá los pasos que deberá seguir el paciente para recibir la información de cómo se determinó su responsabilidad como paciente, si corresponde, e información que confirme que el saldo pendiente no es superior a los montos generalmente facturados.
    iii. Si el paciente ya estableció un plan de pago o hizo pagos a su cuenta y posteriormente queda aprobado para recibir ayuda del Programa de Caridad de BMC, los pagos por el monto del pago conjunto del programa de caridad se aplicarán a otras cuentas pendientes de pago o se le reembolsarán al paciente, en caso de no tener otras deudas pendientes.

f. Obligaciones del paciente
    i. Los pacientes deberán participar en el proceso de evaluación de ayuda económica y aceptar solicitar la cobertura de seguro

médico disponible, de considerarlos potencialmente elegibles para beneficiarse de un programa estatal de asistencia pública o un plan de salud calificado.

ii. BMC se reserva el derecho a solicitar la verificación de una solicitud denegada de un programa de seguro médico disponible antes de considerar al paciente para darle ayuda económica bajo el Programa de Caridad de BMC.

iii. Se exige que los pacientes presenten una solicitud completa y firmada del Programa de Caridad de BMC y la documentación correspondiente para verificar sus ingresos, bienes y estatus de residencia que se requiere para registrarse para la cobertura de seguro médico o solicitar ayuda económica bajo el Programa de Caridad de BMC. (Ver anexo D, donde encontrará la solicitud del Programa de Caridad).

iv. Los pacientes deberán revelar por completo su cobertura de compensación de trabajadores, de automóvil o de responsabilidad de terceros y deberán cooperar con las solicitudes correspondientes para que el pagador identificado procese los reclamos.

v. Los pacientes tienen la obligación de mantener actualizado al Departamento de Asesoría Financiera del Hospital en cuanto a los cambios de dirección, trabajo o estatus de seguro, según exijan los programas de ayuda económica.

vi. Los pacientes deberán aceptar pagar los saldos de su cuenta después de que se procese su seguro, no elegibles para recibir descuentos conforme a la política de ayuda económica tales como pagos conjuntos, coaseguros y deducibles.

g. Obligaciones de BMC

i. BMC hará todos los intentos razonables para recopilar la información del estatus del seguro y financiera del paciente que se requiera para determinar la responsabilidad de pago por todos los servicios de hospitalización o ambulatorios durante el prerregistro del paciente, en la fecha del servicio, cuando al paciente se le dé ingreso al hospital, al darle de alta o durante un período razonable después del alta. Los intentos razonables incluyen:

   a. Pedir el carné del seguro del paciente
   b. Verificar la cobertura en el sistema de elegibilidad del Hospital
   c. Verificar la cobertura en las bases de datos de seguros públicas o privadas
   d. Obtener información de terceros sobre el pagador.

ii. BMC tratará de investigar a los pagadores terceros que sean responsables de pagar por los servicios prestados, que incluyen, entre otros:

   a. Política de automóviles o responsabilidad del propietario
   b. Políticas generales de accidentes
   c. Programas de seguro de Indemnización por accidentes y enfermedades laborales
   d. Políticas de seguro estudiantil

iii. Si el paciente o garante/tutor no puede dar la información necesaria y el paciente lo autoriza, BMC podrá intentar contactar a sus familiares, amigos, garante/tutor u otros terceros correspondientes para pedir información adicional.

IV. Notificación de ayuda económica disponible

A. BMC toma las siguientes medidas para dar a conocer ampliamente su política de ayuda económica:
   a. Le informa al paciente del Programa de Caridad de BMC y le ofrece copia del resumen en lenguaje sencillo al momento del registro como parte del proceso estándar de admisión.
   b. Pone carteles sobre la oferta de programas de ayuda económica, incluido cómo y dónde se pueden presentar las solicitudes, en lugares destacados en las ubicaciones de acceso de los pacientes en BMC:
      i. En departamentos o áreas de espera donde se prestan servicios de hospitalización, ambulatorios, clínicos y de emergencia.
      ii. En las oficinas de Asesoría Financiera para Pacientes
      iii. En las áreas centrales de admisión y registro de pacientes
   c. Tiene copias disponibles de la política, el formulario de evaluación, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo:
      i. A petición del paciente, personalmente, vía telefónica o por correo.
      ii. En el sitio web del Hospital, donde podrá leerlos y descargarlos: https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance
      iii. En las ubicaciones de acceso para pacientes de BMC
   d. Proporciona un aviso general de la disponibilidad del programa de ayuda económica en los estados de facturación de los pacientes.

B. Todas las notificaciones publicadas y los materiales escritos relativos a la política de ayuda económica, incluido el formulario de evaluación, la solicitud, el resumen en lenguaje sencillo y los folletos educativos, se traducen a otros idiomas, aparte de inglés, si un mínimo del 5 % de la población del área de servicio de BMC habla tales idiomas. Actualmente, todas las señales y materiales escritos se traducen a los siguientes idiomas:
   a. Inglés
   b. Español
   c. Criollo haitiano
   d. Portugués
   e. Vietnamita

V. Prácticas de facturación y cobranza del Hospital

A. BMC tiene el deber fiduciario de procurar el reembolso de los servicios por parte de las personas que pueden pagarlo, aseguradoras terceras que cubren el costo de la atención y otros programas de asistencia para los que el cliente califica.

B. Según se define en la política de crédito y cobranza, BMC sigue procedimientos razonables de facturación y cobranza:
   a. Cada estado de facturación que recibe el paciente es un intento de cobro del saldo adeudado. Cada estado incluirá información para notificarle al paciente o al garante la disponibilidad de los programas de ayuda económica, incluso cómo pedirla y solicitarla.

b. BMC documentará las actividades continuas de cobranza que incluyen un mínimo de cuatro (4) estados de cuenta del paciente en un período de 120 días antes de que se considere su cuenta para designarla como deuda incobrable.
c. En la notificación final se le indica al paciente o garante que se podrá remitir la cuenta a una agencia de cobranza externa y se le informa la disponibilidad de los programas de ayuda económica.
d. BMC documentará todos los intentos alternativos que haga para encontrar a una parte que se haga responsable del saldo de la cuenta o para tener una dirección correcta en los estados de facturación devueltos por el servicio postal como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar".
e. BMC documentará y mantendrá los datos de las acciones continuas de facturación o cobranza que tome para efectos de las inspecciones de auditoría de la agencia federal o estatal para el informe de costos del ejercicio fiscal en el que se reporta la factura o cuenta.
f. BMC no tomará acciones continuas de facturación o cobranza por saldos de cuentas de servicios del hospital de menos de $25.00 por ser prohibitivos. No obstante, BUMG continuará con sus labores de facturación y cobranza de los saldos de las cuentas de más de $5 por la prestación de los servicios de los médicos.

C. Se invita a los pacientes a quienes se les determine que no califican para beneficiarse de los programas de ayuda económica, pero que pueden demostrar que tienen dificultades económicas por circunstancias inusuales o imprevistas, a plantearle su caso al Departamento de Asesoría Financiera para Pacientes para que lo consideren en forma individual. De conformidad con la política de crédito y cobranza, BMC podrá ejercer su discreción y dar descuentos más allá de lo establecido en las demás disposiciones de la política de ayuda económica según el caso y la asistencia para reconocer casos únicos de dificultad económica.
D. La política de crédito y cobranza de BMC está disponible para su revisión en el sitio web del Hospital en: https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance.

Responsabilidad:

Anexos/apéndices:

Anexo A – Resumen en lenguaje sencillo de BMC
Anexo B – Resumen de los documentos de verificación aceptables conforme a la política de ayuda económica
Anexo C – Pautas de elegibilidad para el Programa de Caridad y descuento
Anexo D – Solicitud del Programa de Caridad de BMC
Anexo E – Lista de proveedores afiliados de BMC

Otras políticas relacionadas:
09.11.000 Tratamiento y traslado de pacientes de emergencia
08.26.000 Crédito y cobranza

Referencias:

Sección:

Política n.º:
08.26.001

Título:
Ayuda económica para pacientes

Iniciada por:
Asesoría Financiera para Pacientes

Departamentos que brindan su colaboración:
Ciclo de Ingresos
- Asesoría Financiera para Pacientes
- Servicios de Acceso para Pacientes
- Servicios Financieros para Pacientes y Estrategia del Ciclo de Ingresos
- Integridad de los Ingresos y Facturación Profesional

Sistemas de Reembolso y Pago
Legal y Cumplimiento

Anexo A_Resumen en lenguaje sencillo de BMC

Boston Medical Center

Política de ayuda económica de BMC: **Resumen en lenguaje sencillo**

Boston Medical Center les brinda atención médicamente necesaria a todos los pacientes, independientemente de su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad o expresión de género o capacidad de pago. BMC les ofrece ayuda económica a los pacientes de bajos recursos que no están asegurados o no cuentan con el seguro adecuado y que demuestran que necesitan atención y no pueden pagarla. BMC trabaja con los pacientes para determinar si califican para recibir ayuda económica y ayudarlos a solicitar cobertura de Medicaid u otros programas estatales, planes de salud federalmente calificados o el Programa de Atención de Caridad del hospital. A los pacientes que califican para el Programa de Atención de Caridad no se les cobrará más allá de los montos generalmente facturados por servicios de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

La información de la política de ayuda económica del hospital y cómo solicitarla está disponible para todos los pacientes en inglés, español, criollo haitiano, portugués y vietnamita. Tenemos intérpretes disponibles para ayudar a los pacientes con sus solicitudes en otros idiomas gracias a los servicios de interpretación de MassHealth a través del 1-800-841-2900 o puede llamar a Asesoría Financiera para Pacientes al 617-414-5155 o visitar las oficinas de Shapiro Center o Yawkey Center. A petición, le darán una copia gratis de la política de ayuda económica de BMC o puede descargarla en línea en https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program.

¿Quién es elegible?
Los pacientes de bajos recursos que no están asegurados o no cuentan con el seguro adecuado y requieren atención médicamente necesaria, pero no pueden cubrir los servicios, pueden solicitar la asistencia de los programas de ayuda económica. La elegibilidad del programa se basa en pautas que incluyen los ingresos del grupo familiar de la persona, el número de integrantes de la familia, las necesidades médicas y el estado de residencia. La manera en que el paciente califica para recibir ayuda económica determinará el tipo de programa para el cual es elegible. Algunos pacientes califican para programas que no requieren que se paguen los servicios, mientras que otros pacientes elegibles tienen que pagar una parte de la atención. Con el Programa de Atención de Caridad, los pacientes con ingresos iguales o inferiores al 150 % de las Pautas del Nivel Federal de Pobreza (NFP) califican para recibir asistencia gratuita con la cancelación del 100 % de los cargos totales y los pacientes con ingresos de entre el 150 % y el 300 % de las Pautas del Nivel Federal de Pobreza califican para que se les cancele el 90 % de los cargos. Los habitantes de Massachusetts también pueden solicitar asistencia bajo Dificultades Médicas, programa que está disponible a través de Health Safety Net del estado. Independientemente del número de integrantes del grupo familiar y sus ingresos, una persona puede calificar para Dificultades Médicas si sus gastos médicos admisibles son superiores al porcentaje establecido de los ingresos de su grupo familiar. Se evaluará a los pacientes que no sean elegibles para tener la cobertura de los programas estatales o federales de ayuda económica para determinar si califican bajo el Programa de Atención de Caridad del hospital.

Cómo presentar una solicitud:
Encontrará información de la política de ayuda económica de BMC, del Programa de Atención de Caridad y de los formularios de solicitud a través de las siguientes opciones:

- Puede llamar a Asesoría Financiera para Pacientes al (617) 414-5155 o visitar una de las oficinas de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. en:
  - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118; o
  - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, (planta baja), Boston, MA. 02118
- Visite el sitio web del hospital en https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program
- Solicite por correo información del programa e instrucciones relativas al formulario de solicitud:
  Boston Medical Center
  Attention: Patient Financial Counseling
  725 Albany Street, Suite 3C
  Boston, MA 02118

V.2_06/2022

Anexo B_Resumen de los documentos de verificación aceptables conforme a la política de ayuda económica

Fecha: _____

N.º de historia clínica: _____

Programa de Atención de Caridad de Boston Medical Center

Para solicitar ayuda del Programa de Atención de Caridad del hospital, debe llenar y enviar el formulario con copia de los documentos requeridos para que se determine su elegibilidad. La verificación de la ciudadanía o estatus migratorio no es requisito del programa para calificar para recibir ayuda económica del Programa de Atención de Caridad. Se incluye a continuación una lista de documentos aceptables. Puede enviar el formulario y la documentación de las siguientes maneras:

- **Por fax:** (617) 414-4024 o (617) 414-7584
- **Por correo electrónico:** patfinoutreach@bmc.org
- **Por envío:**

Patient Financial Counseling
725 Albany Street (Shapiro Building)
3rd floor Suite 3C
Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Teléfono de oficina: (617) 414-5161

Patient Financial Counseling
850 Harrison Avenue (Yawkey Building)
Basement Level - Room BR03
Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Teléfono de oficina: (617) 414-5163

***** BMC se reserva el derecho a solicitar documentos adicionales que no figuran en esta lista, según sea necesario para determinar si califica para el programa.

Requisitos del programa	Documentos aceptados para verificación
Comprobante de identidad Presente cualquiera de las opciones	☐ Pasaporte ☐ Licencia de conducir emitida por el estado ☐ Identificación con foto emitida por el estado ☐ Carné estudiantil
Comprobante de residencia establecida en los Estados Unidos Presente cualquiera de las opciones	☐ Estados de cuentas bancarias ☐ Documentos gubernamentales ☐ Documentos judiciales ☐ Declaración del impuesto sobre la renta ☐ Expedientes académicos ☐ Recibo de servicio público ☐ Registro vehicular ☐ Carné de seguro de auto ☐ Contrato de arrendamiento o documento de hipoteca ☐ Declaración jurada por escrito*
Comprobante de ingresos Presente todas las opciones que correspondan	☐ Recibos de pago recientes: 2 (si son semanales) o 1 (si son quincenales) ☐ Última copia del formulario 1040 de la declaración del impuesto federal ☐ Carta del empleador • La carta debe incluir: El nombre del solicitante, la fecha de contratación, la tarifa y la frecuencia de pago (semanal o quincenal), el nombre y los datos de contacto del empleador. ☐ Verificación de trabajo independiente • Última copia del formulario 1040 y anexos de la declaración del impuesto federal • Declaración jurada por escrito* ☐ Manutención del cónyuge/pensión alimenticia ☐ Pensión o anualidades: Copia de la carta de adjudicación o talones de cheques. ☐ Ingreso de rentas: recibo de impuestos, seguro de propiedad, recibo de agua y alcantarillado ☐ Compensación por desempleo ☐ Beneficios para veteranos
Verificación de bienes Presente todas las opciones que correspondan	☐ Estado de cuentas bancarias (cuentas corrientes o de ahorros)

Para evitar retrasos en la asignación de la cobertura, envíe el formulario de solicitud o los documentos solicitados a más tardar el _____.

V.2_06/2022

Anexo C_Pautas de elegibilidad del Programa de Atención de Caridad

Pautas de elegibilidad del Programa de Atención de Caridad de BMC 2022			
Designación de elegibilidad	**0 - 150 % NFP**	**151 % - 300 % NFP**	**Más del 300 % NFP**
Sin seguro	Descuento del 100 %	Descuento del 90 %	Descuento del 68 %
Con seguro insuficiente	Descuento del 100 %	Descuento del 90 %	No es elegible El paciente es responsable del saldo luego de la cobertura del seguro
* Los límites de los bienes no podrán ser de más de $3,000 por solicitante y $3,000 por cada miembro del grupo familiar * Las determinaciones de los bienes no incluyen la vivienda principal ni el vehículo principal			

Pautas del Nivel Federal de Pobreza de 2022								
N.º de integrantes de la familia	**100 % NFP**		**150 % NFP**		**200 % NFP**		**300 % NFP**	
	Ingresos anuales	**Ingresos mensuales**	**Ingresos anuales**	**Ingresos mensuales**	**Ingresos anuales**	**Ingresos mensuales**	**Ingresos anuales**	**Ingresos mensuales**
1	$13,590	$1,133	$20,385	$1,698.75	$27,180	$2,265	$40,770	$3,398
2	$18,310	$1,526	$27,465	$2,288.75	$36,620	$3,052	$54,930	$4,578
3	$23,030	$1,919	$34,545	$2,878.75	$46,060	$3,838	$69,090	$5,758
4	$27,750	$2,313	$41,625	$3,468.75	$55,500	$4,625	$83,250	$6,938
5	$32,470	$2,706	$48,705	$4,058.75	$64,940	$5,412	$97,410	$8,118
6	$37,190	$3,099	$55,785	$4,648.75	$74,380	$6,198	$111,570	$9,298
7	$41,910	$3,493	$62,865	$5,238.75	$83,820	$6,985	$125,730	$10,478
8	$46,630	$3,886	$69,945	$5,828.75	$93,260	$7,772	$139,890	$11,658
	Sume el siguiente monto por cada persona adicional del grupo familiar.							
	$4,720	$393	$7,080	$590	$9,440	$787	$14,160	$1,180

V.2_06/2022

Anexo D_Solicitud del Programa de Caridad

Boston Medical Center
Formulario del Programa de Atención de Caridad

Nombre del paciente _____ Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre, madre o tutor (si el paciente es menor de edad) _____ Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de residencia	**Dirección postal** ____**Marque si es igual que la dirección de residencia**
Calle _____ N.º de apartamento o unidad	Calle _____ N.º de apartamento o unidad
Ciudad _____ Estado _____ Código postal	Ciudad _____ Estado _____ Código postal

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo **¿Está empleado?** ☐ No ☐ Sí **Si respondió "sí", ¿hace cuánto tiempo?** _____

Nombre del empleador: _____ **¿Ofrece el empleador seguro médico?** ☐ No ☐ Sí

Llene el siguiente cuadro de MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS FAMILIARES. Indique el nombre y la información de los ingresos de cada miembro del grupo familiar que vive en su casa. Use los códigos de ingresos indicados para identificar el tipo de ingreso de cada persona.

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS FAMILIARES

Tipo de ingreso y código de ingreso

Ingresos devengados	EI	Jubilación del Seguro Social	SSR	Pensión alimenticia/manutención del cónyuge	VA	Pensión o anualidad	PA
Ingresos como trabajador independiente	SE	Ingresos por pensión por discapacidad del Seguro Social	SSDI	Compensación por desempleo	UC	Ingreso de rentas	RI
		Administración de Veteranos	VA				

Nombre	**Parentesco con el solicitante**	**Fecha de nacimiento**	**Edad**	**Tipo de ingreso por código**	**Monto del ingreso (anual/mensual/ semanal)**
	Yo mismo				$
					$
					$
					$
					$
					$

Si necesita más espacio para incluir a todos los miembros del grupo familiar, use el reverso del formulario.

BIENES - Información bancaria

Cuenta corriente: ☐ No ☐ Sí Nombre del banco: _____ Saldo: _____

Cuenta de ahorros: ☐ No ☐ Sí Nombre del banco: _____ Saldo: _____

Al firmar este formulario, acepto lo siguiente:

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas indicadas son verdaderas y correctas a mi entender.
- Presentaré todos los documentos de verificación que se requieran para determinar mi elegibilidad para el Programa de Caridad de BMCHS.
- Comprendo que si no califico para el Programa de Caridad, será mi responsabilidad personal cubrir los cargos por los servicios que presta BMCHS o podré apelar la decisión de denegación por escrito junto con los documentos adicionales necesarios.

Firma del paciente (o) padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge del paciente: _____ Fecha: _____

V.2_06/2022

Anexo E_Lista de proveedores afiliados de BMC

Lista de proveedores de Boston Medical Center

La política de ayuda económica y la política de crédito y cobranza de Boston Medical Center ("BMC") aplicará a la atención de emergencia o a cualquier otra atención médicamente necesaria que se preste en las instalaciones del hospital de BMC, incluidas las de los centros de salud comunitarios que figuran en la política de ayuda económica (FAP, por sus siglas en inglés). La política de ayuda económica no aplica a los cargos profesionales de los proveedores de la lista por atención fuera de un centro de BMC o de los centros de salud comunitarios indicados en la política de ayuda económica.

Esta lista incluye el nombre de todos los grupos de consultas que brindan atención de emergencia o cualquier otro tipo de atención médicamente necesaria en las instalaciones de BMC y de los centros de salud comunitarios.

Nombre del proveedor	Departamento	Elegible para la FAP	Elegible para HSN
Boston University Dermatology, Inc.	Dermatología	SÍ	SÍ
Boston University General Surgical Associates, Inc.	Quirúrgico	SÍ	SÍ
Evans Medical Foundation, Inc.	Oncología	SÍ	SÍ
Boston University Eye Associates, Inc.	Oftalmología	SÍ	SÍ
Boston Emergency Physician Foundation, Inc.	Emergencia	SÍ	SÍ
Child Health Foundation of Boston, Inc.	Pediatría	SÍ	SÍ
Boston University Neurology Associates, Inc.	Neurología	SÍ	SÍ
Boston University Medical Center Urologists, Inc.	Urología	SÍ	SÍ
BUMC Otolaryngologic Foundation, Inc.	Otorrinolaringología	SÍ	SÍ
Boston University Neurosurgical Association. Inc.	Neurocirugía	SÍ	SÍ
Boston University Family Medicine, Inc.	Medicina familiar	SÍ	SÍ
Boston University Orthopaedic Surgical Associates, Inc.	Ortopedia	SÍ	SÍ
Boston University Neurosurgical Associates, Inc.	Quirúrgico	SÍ	SÍ
Boston University Medical Center Radiologists, Inc.	Radiología	SÍ	SÍ
Boston University Obstetrics and Gynecology Foundation, Inc.	Obstetricia y ginecología	SÍ	SÍ
Boston University Psychiatry Associates, Inc.	Psiquiatría	SÍ	SÍ
Boston University Mallory Pathology Associates, Inc.	Patología	SÍ	SÍ
Boston University Plastic Surgery Associates, Inc.	Cirugía	SÍ	SÍ
Boston University Affiliated Physicians, Inc.	General	SÍ	SÍ
Boston University Radiation Oncology, Inc.	Oncología	SÍ	SÍ
Boston University Cardiac and Thoracic Surgical Foundation, Inc.	Cirugía cardíaca y torácica	SÍ	SÍ
Boston University Medical Center Anesthesiologists Inc.	Anestesiología	SÍ	SÍ
Boston University Oral and Maxillofacial Surgery, Inc.	Quirúrgico	SÍ	SÍ

v.2_06.2022