Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

N.º de política:	08.26.001
Revisado/ Actualizado:	4/2020, 11/2020, 6/2022, 3/2023, 2/2026
Sección:	Finanzas

Ayuda económica para pacientes

Propósito:

Las entidades de BMC Health System ("BMCHS") Boston Medical Center, Boston Medical Center Brighton y Boston Medical Center South (colectivamente, los "Hospitales" o "Hospitales BMCHS"), desarrollaron esta política para identificar y ayudar a las personas elegibles de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente, a inscribirse en planes de seguro médico o programas de ayuda económica para cubrir los gastos de atención médica y garantizar un acceso oportuno y adecuado a la atención médica necesaria . Boston University Medical Group (BUMG) y Boston Medical Center Affiliated Physicians (BMCAP), como socios colaboradores de los Hospitales, acuerdan adherirse a las pautas establecidas en la Política de Ayuda Económica de los Hospitales.

Declaración de la política:

Es política de los Hospitales de BMCHS, en colaboración con los Centros de Salud Comunitarios autorizados por BMCHS, proporcionar atención médicamente necesaria a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago, y ofrecer ayuda económica a quienes no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente y no pueden pagar. Se atenderá a todos los pacientes que se presenten en un Hospital de BMCHS y requieran servicios de emergencia o urgencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, independientemente de su raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, identidad o expresión de género, o capacidad de pago.

Los Hospitales de BMCHS ofrecen ayuda económica a todos los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente, que demuestren que no puedan pagar la totalidad o una parte de los cargos normalmente correspondientes. Los pacientes que no tienen la capacidad económica para pagar serán evaluados para determinar si califican para Medicaid u otros programas estatales, Planes de Salud Calificados (Qualified Health Plans, QHP) o serán evaluados conforme a pautas establecidas previamente para determinar si califican para recibir asistencia mediante el Charity Care Program (CCP) de los Hospitales. El Charity Care Program establece 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, los activos, el número de integrantes de su familia y las necesidades médicas según se especifica en las pautas de elegibilidad del CCP.

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 brindarles ayuda económica en cualquier momento del ciclo de facturación y cobro. A los pacientes que se determine que califican para el Charity Care Program de los Hospitales BMCHS nunca se les cobrarán más de los montos generalmente facturados por los servicios médicamente necesarios. El Hospital tampoco intentará calificar al paciente para que reciba atención gratuita o con descuento mediante el Charity Care Program 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, profesional de la salud o suministrador en particular.
El Comité de Finanzas de la Junta de Fideicomisarios de Boston Medical Center – Brighton y Boston Medical Center - South revisó y aprobó esta política. Puede obtener información sobre la Política de Ayuda Económica y del programa de ayuda económica, incluido el Resumen en Lenguaje Simple (anexo A), el Formulario de Solicitud del Charity Program (Atención de Caridad) de los Hospitales BMCHS o copias de esta política y de los documentos del Charity Care Program:

- En cualquier área de registro de pacientes en BMC, BMC Brighton, BMC South, BUMG, o BMCAP
- Llamando al Financial Counseling Department (Departamento de Asesoría Financiera) o visitando sus oficinas, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., ubicadas en:
    - BMC – 617-414-5155
        - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62, Boston, MA. 02118
    - BMC Brighton – 617-779-6406
        - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
    - BMC South – 508-427-3538
        - 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301
- Visitando el sitio web del Hospital en https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance for review or download
- Enviando por correo postal una solicitud por escrito de copias a:
    - Boston Medical Center
      Attention: Financial Counseling Office
      Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62
      Boston, MA 02118

Solicitud:

La Política de Ayuda Económica aplica a Boston Medical Center, Boston Medical Center Brighton, Boston Medical Center South, Boston University Medical Group, Boston Medical Center Affiliated Physicians y los siguientes centros de salud comunitarios que operan bajo licencia de los Hospitales:

- 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:

Si bien BMCHS se compromete a ayudar a los pacientes con ingresos y recursos limitados a solicitar los programas disponibles para cubrir el costo de la atención, el Charity Care Program se limita a cubrir los servicios de emergencia, servicios de urgencia y otra atención médicamente necesaria. En general, son gastos excluidos de los descuentos previstos en el Charity Care Program (CCP):

- Servicios proporcionados por médicos contratados que facturan de manera privada en lugar de hacerlo a través de uno de los grupos de médicos afiliados a los Hospitales. (Consulte el Anexo E, donde encontrará la lista de proveedores afiliados de BMCHS).
- 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:

Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) - La ley integral de reforma de la atención médica promulgada en marzo de 2010 (a veces conocida como ACA u Obamacare) que tiene como objetivos: hacer que la atención médica asequible esté disponible para un mayor número de personas mediante subsidios ("créditos fiscales para las primas") que reducen los costos para los hogares con ingresos entre el 100% y el 400% del límite federal de pobreza; ampliar los programas estatales de Medicaid para cubrir a todos los adultos con ingresos del 138% del nivel federal de pobreza; y apoyar métodos innovadores de prestación de atención médica, diseñados para reducir los costos de la atención médica en general.

Montos Generalmente Facturados (Amounts Generally Billed, AGB) - : Monto utilizado como referencia para los cargos correspondientes a pacientes sin seguro y pacientes que cuentan con un seguro insuficiente. A los pacientes que no tienen seguro que califican para recibir Ayuda Económica no se les cobrará más por los servicios de emergencia, servicios de urgencia o atención médicamente necesaria que el AGB que se aplica a los pacientes que cuentan con una cobertura de seguro. Para calcular los AGB, BMCHS usa el método de revisión retrospectiva que utiliza datos de pagos de Medicaid correspondientes al año fiscal anterior de 12 meses para determinar el porcentaje de AGB que se aplicará a los cargos. El porcentaje de AGB utilizado por BMCHS y el método mediante el cual se determinó están disponibles sin costo alguno a través de la Asesoría Financiera para Pacientes (Patient Financial Counseling, PFC) y del Departamento. Puede hacer su solicitud llamando a PFC al 617-414-5155 o enviando un correo electrónico a DG-FinancialCounseling@bmc.org.

Consejero Certificado de Solicitudes (Certified Application Counselor, CAC) - Es una persona (afiliada a una organización designada) que está capacitada y puede ayudar a los consumidores, pequeñas empresas y sus empleados a revisar las opciones de cobertura médica que cumplen con la ACA, que se ofrecen en Health Insurance Marketplace, así como ayudar a determinar la elegibilidad y a llenar los formularios de registro.

Charity Care Program - Es el programa de ayuda económica de ofrecido por los Hospitales de BMCHS 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.

Servicios Electivos - Son servicios médicamente necesarios que no requieren atención o tratamiento en un departamento de emergencia u hospital para casos agudos para lograr estabilizar médicamente al paciente y, en consecuencia, no cumplen con la definición de servicios de emergencia o servicios urgentes. Por lo general, aunque no exclusivamente, el paciente programa los servicios con anticipación.

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, incluido dolor intenso, 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, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Los Servicios de Emergencia Inmediata incluyen un examen de detección médica y tratamiento para casos de emergencia médica o cualquier otro servicio de este tipo prestado en la medida requerida conforme a **EMTALA** (42 USC 1395(dd) , que califica como atención de emergencia. Los Servicios de Emergencia Inmediata también incluyen: servicios que un profesional médico con licencia determine que son emergencias, atención médica hospitalaria asociada con la atención de emergencia ambulatoria; y traslados hospitalarios desde otro hospital de atención para casos agudos a BMCHS para que se brinde atención hospitalaria que no está disponible en el hospital que realiza el traslado.

EMTALA - Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA, por sus siglas en inglés) Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto, es una ley promulgada por el Congreso en 1986 para garantizar el acceso público a los servicios de emergencia, independientemente de la capacidad de pago de una persona. 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.

Acciones de Cobro Extraordinario (Extraordinary Collection Actions, ECA) - Cualquier medida adoptada por los Hospitales de BMCHS (o por cualquier agente de los Hospitales de BMCHS, incluida una agencia de cobranza) contra una persona con el fin de obtener el pago de una factura cubierta por esta política, que requiera un proceso legal o judicial, implique la venta de la deuda de una persona a un tercero, o implique reportar información negativa sobre la persona a agencias de informes crediticios de consumidores o burós de crédito. Colocar una cuenta con un tercero para su cobro no constituye una ECA.

Pautas del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) - Son pautas que establece el gobierno de los Estados Unidos y se publican anualmente en el Registro Federal. Las FPG se basan en el

número de integrantes de la familia y en sus ingresos y se utilizan 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 los Hospitales de BMCHS.

Cargos Brutos – El precio total establecido para la atención médica que BMCHS cobra de manera uniforme y consistente a todos los pacientes antes de aplicar asignaciones contractuales, descuentos u otras deducciones.

Health Safety Net (HSN) – Health Safety Net es un programa de ayuda económica que cubre ciertos servicios médicamente necesarios que se les prestan a pacientes de bajos ingresos que califican 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. HSN fue creado para distribuir de manera más equitativa el costo de brindarles atención no remunerada a los residentes de Massachusetts de bajos ingresos 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 todos los pacientes que reciban ayuda económica conforme a su política de ayuda económica incluyan los servicios de Health Safety Net como parte de la atención no remunerada que se les ofrece a los pacientes de bajos ingresos.

Asegurado - Condición 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 los pacientes cubiertos por un pagador gubernamental, como Medicare, Medicaid, Champus y los beneficios autorizados de Veterans Administration; así como por pagadores privados, como Medicare Advantage, organizaciones de atención administrada de Medicaid, seguros comerciales o de atención administrada, seguros de automóviles y compensación por accidentes de trabajo.

Medicamente Necesarios- Son servicios que razonablemente se espera que sirvan para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, provocan deformidad física o funcionamiento anormal, amenazan con causar o agravar una discapacidad o provocan una enfermedad o dolencia. Los servicios Medicamente Necesarios incluyen servicios hospitalarios, de salud conductual, de atención para afecciones agudas y servicios auxiliares que cumplen con los estándares de necesidad médica autorizados conforme al Título XIX de la Ley del Seguro Social. Sin embargo, la clasificación de Médicamente Necesario no interfiere ni comprende la clasificación de Emergent Services ni las leyes EMTALA asociadas con dicha designación.

Otros Servicios - Son servicios cuya necesidad médica no ha sido demostrada ante el profesional clínico encargado de la revisión o en los que las calificaciones del paciente para recibir el servicio pueden no cumplir con las definiciones generales del plan de seguro para satisfacer los criterios fundamentales de necesidad médica del servicio. Los servicios también incluyen procedimientos o tratamientos que muchos planes de seguro no consideran Médicamente Necesarios, incluidos, entre otros: cirugía estética, fertilización in vitro (IVF) u otra terapia de reproducción asistida (ART), servicios de bypass gástrico (cuando el pagador no haya determinado que existe necesidad médica) y artículos para la comodidad del paciente, como cargos relacionados con servicios durante la noche que excedan los necesarios para la atención médica o servicios hospitalarios durante la noche (hospitalización o hospitalización parcial) cuando no exista una necesidad médica claramente demostrada.

Servicios de Atención Primaria - Son servicios de atención médica que habitualmente proporcionan médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y profesionales de enfermería de atención primaria o asistentes médicos. Los Servicios de Atención Primaria no requieren los recursos especializados de un hospital de atención aguda o de un Departamento de Emergencias y excluyen los servicios auxiliares y los servicios de atención de maternidad.

Planes de Salud Calificados - Un plan de seguro certificado por Health Insurance Marketplace que ofrece beneficios de salud esenciales, respeta los límites establecidos de reparto de gastos (como deducibles, copagos y montos máximos de gastos de bolsillo) y cumple otros requisitos establecidos en la Ley de Atención Médica Asequible.

Descuento por Pago Directo - Porcentaje de descuento sobre el saldo de la cuenta del paciente debido a que este no tiene seguro o decide no utilizar su seguro para pagar sus servicios. Este descuento incluye a pacientes de todos los niveles de ingresos y no requiere cumplir con requisitos económicos ni presentar una solicitud.

Seguro Insuficiente - Condición de un paciente que cuenta con algún tipo de seguro médico que no proporciona protección financiera adecuada, lo que ocasiona que el paciente no pueda cubrir gastos de atención médica de su bolsillo, como copagos, coseguro y deducibles determinados por el proveedor de seguros y que corresponden al paciente por la prestación de servicios médicos.

Sin Seguro - Condición de un paciente que no cuenta con ningún seguro médico vigente para una fecha específica de prestación de servicios o cuya cobertura no es válida para un servicio específico debido a limitaciones de la red, agotamiento de los beneficios del seguro u otros servicios no cubiertos.

Servicios de Atención Urgente - Servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) que una persona prudente consideraría que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría razonablemente provocar: poner en peligro la salud del paciente, deteriorar una función corporal o provocar una disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios urgentes se proporcionan para afecciones que no ponen en peligro la vida y que no representan un alto riesgo de daño grave para la salud de una persona. Los Servicios de Atención Urgente no incluyen la Atención Primaria ni la Atención Electiva.

Procedimientos

1. Cobertura de servicios de atención médica

Los Hospitales de BMCHS brindan atención a todos los pacientes que requieren Servicios de Emergencia, Servicios de Atención Urgente, otros servicios Médicamente Necesarios y a mujeres embarazadas en trabajo de parto activo, independientemente de su capacidad de pago. De conformidad con los requisitos federales de la Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA), los Hospitales realizarán un examen de detección médica a todos los pacientes que se presenten en una ubicación de un Hospital de BMCHS y soliciten 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.

1.1. La elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento conforme al Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS se aplica a los servicios de emergencia, servicios de atención urgente y servicios 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.

1.2. 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.

1.2.1. 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.

1.3. La elegibilidad para el Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS se aplica de manera uniforme a todos los Servicios de Emergencia, Servicios de Atención Urgente, Servicios de Atención Primaria y demás atención Médicamente Necesaria proporcionados por los Hospitales.

2. **Elegibilidad para recibir ayuda económica y para el programa**

2.1. Los Hospitales de BMCHS ofrecen ayuda económica mediante un Descuento por Pago Directo a todos los pacientes Sin Seguro, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, si un paciente sin seguro no puede pagar el saldo restante después de aplicar el Descuento por Pago Directo, puede solicitar y presentar una solicitud para el Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS.

2.1.1. Si un paciente Sin Seguro recibe un Descuento por Pago Directo y posteriormente proporciona información válida sobre su cobertura de seguro correspondiente a la fecha de prestación de los servicios, se revertirá el Descuento por Pago Directo y los Hospitales de BMCHS facturarán al tercero correspondiente.

2.1.2. Si un paciente Sin Seguro recibe un Descuento por Pago Directo y posteriormente califica para recibir ayuda económica del Charity Care Program, se revertirá el Descuento por Pago Directo por parte del paciente y se aplicará el descuento del Charity Care Program para clasificar correctamente el reajuste de la cuenta.

2.1.3. Por lo general, se excluyen del descuento por pago directo por parte del paciente:

2.1.3.1. Servicios proporcionados por médicos que son contratistas independientes y facturan de manera particular por la atención prestada, en lugar de hacerlo a través de uno de los grupos de médicos afiliados a BMCHS.

2.1.3.2. Saldos de las cuentas después del procesamiento del seguro, incluidos copagos, coseguros y deducibles del seguro.

2.1.3.3. 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.

2.2. Se evalúa la elegibilidad y la cobertura de los pacientes Sin Seguro o que 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 Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS.

2.3. 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.

2.4. Hay Consejeros Certificados de Solicitudes (CAC) disponibles en el Financial Counseling Department de los Hospitales para evaluar a los pacientes a fin de determinar su elegibilidad para los programas y brindar asistencia presencial para la inscripción, según sea necesario. Elementos requeridos para solicitar la ayuda del Charity Care Program:

2.4.1. 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).

2.4.2. Comprobante de residencia

2.4.3. Comprobante de identidad

2.4.4. Comprobante de ingresos familiares

2.4.4.1. Ingresos devengados

2.4.4.2. Ingresos no devengados

2.4.4.3. Ingreso de rentas

2.4.5. Declaración de manutención (si no se reportan ingresos)

2.4.6. Información de bienes, que incluye:

2.4.6.1. Estados de cuentas bancarias

2.5. 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.

2.5.1. 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.

2.5.2. 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 Charity Care Program.

2.5.3. Los Consejeros Certificados de Solicitudes (CAC) 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).

2.6. 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.

2.6.1. 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.

2.6.2. 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.

2.7. 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 Charity Care Program del Hospital.

2.7.1. Mediante su participación en Health Safety Net de Massachusetts, los pacientes de bajos ingresos sin seguro y aquellos con un seguro insuficiente que reciben servicios en los Hospitales de BMCHS pueden calificar para recibir ayuda económica, que incluye atención total o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de HSN. Es política de los Hospitales 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 ingresos.

2.7.1.1. *Health Safety Net - Primary* - Los residentes de Massachusetts Sin Seguro con ingresos comprobados de entre el 0 % y el 300 % del Nivel Federal de Pobreza pueden ser considerados elegibles para los servicios elegibles para Health Safety Net.

2.7.1.1.1. El período de elegibilidad y el tipo de servicio cubiertos conforme a *HSN Primary* son limitados para los pacientes que califican para inscribirse en el Programa de Pago de Asistencia de Primas de Massachusetts administrado por Health Connector.

2.7.1.1.2. Los pacientes sujetos a los requisitos del Massachusetts' Student Health Insurance Program son elegibles para *HSN Primary*.

2.7.1.2. *Health Safety Net – Secondary* - Los pacientes que son residentes de Massachusetts, cuentan con seguro médico primario y tienen ingresos de entre el 0 % y el 300 % del Nivel Federal de Pobreza pueden ser considerados elegibles para los servicios elegibles para Health Safety Net.

2.7.1.2.1. El período de elegibilidad y el tipo de servicios correspondientes a *HSN- Secondary* son limitados para pacientes que califican para inscribirse en el Programa de Pago de Asistencia de Prima administrado por Health Connector.

2.7.1.3. *Health Safety Net - Partial Deductibles* - Los pacientes que califican para *HSN Primary* o *HSN - Secondary* con ingresos entre el 150.1% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza pueden estar sujetos a un deducible anual, si los ingresos de todos los miembros del Grupo Familiar para la Facturación de Primas 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:

2.7.1.3.1. 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

2.7.1.3.2. 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.

2.7.1.4. *Health Safety Net - Medical Hardship* -Un residente de Massachusetts independientemente de su nivel de ingresos puede calificar para *Medical Hardship* a través de Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han reducido tanto sus ingresos contables que no puede pagar los servicios médicos. Para calificar para *Medical Hardship*, los gastos médicos permitidos del solicitante deben superar un porcentaje específico de sus ingresos, según lo indicado a continuación:

2.7.1.4.1. 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%

2.7.1.4.2. La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje específico de los Ingresos Contables con base en el Nivel Federal de Pobreza del grupo familiar de *Medical Hardship*, multiplicado por los Ingresos Contables reales, menos

las facturas que no son elegibles para el pago de Health Safety Net, de las cuales el solicitante seguirá siendo responsable.

2.7.2. Las personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad para recibir ayuda económica conforme a un programa de Health Safety Net descrito en la sección II.E. de la FAP pueden tener facturas pendientes por servicios prestados antes del período de 10 días previo 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. Una vez determinada la elegibilidad para Health Safety Net, los Hospitales de BMCHS proporcionarán una cobertura de atención de beneficencia del 100% para estas facturas correspondientes a servicios prestados antes del período de 10 días y no realizarán gestiones adicionales de cobro respecto de estas facturas.

2.8. Los pacientes que se determine que no son elegibles para un programa de asistencia pública, un QHP, HSN o Medical Hardship serán evaluados para determinar su elegibilidad para los programas conforme al Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS. Se usará la información recopilada para determinar la elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad.

2.8.1. 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.

2.8.2. 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.

2.8.3. La elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento, en todos los casos en los que se considere la posibilidad de brindar ayuda económica, se determina utilizando las Pautas Federales de Pobreza publicadas más recientemente (consulte el Anexo C).

2.8.3.1. 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.

2.8.3.2. Las determinaciones de los bienes nunca incluirán la vivienda principal ni el vehículo principal del paciente.

2.8.4. BMCHS proporciona un Descuento por Pago Directo para la mayoría de los servicios a los pacientes que no tienen seguro.
Este descuento incluye a pacientes de todos los niveles de ingresos y no requiere cumplir con requisitos económicos ni presentar una solicitud.

2.8.5. BMCHS no facturará a los pacientes sin seguro que califiquen para recibir Ayuda Económica un importe mayor por Servicios de Emergencia, Servicios de Atención Urgente u otra atención Médicamente Necesaria que los Montos Generalmente Facturados (AGB) a los pacientes que cuentan con cobertura de seguro. Para calcular los AGB, BMCHS usa el método de revisión retrospectiva que utiliza datos de pagos de Medicaid correspondientes al año fiscal anterior de 12 meses para determinar el porcentaje de AGB que se aplicará a los cargos. El porcentaje de AGB utilizado por BMCHS y el método mediante el cual se determinó están disponibles sin costo alguno a través de la Asesoría Financiera para Pacientes (Patient Financial Counseling, PFC) y del Departamento. Puede hacer su solicitud llamando a PFC al 617-414-5155 o enviando un correo electrónico a DG-FinancialCounseling@bmc.org.

2.8.6. BMCHS no factura ni espera recibir el pago de los cargos brutos/totales de ninguna persona que reúna los requisitos conforme a la FAP, ni de ninguna persona que no tenga seguro médico pero que no reúna los requisitos para recibir ayuda económica.

2.9. Puede otorgarse Consideración Individual a los pacientes que demuestren que se encuentran en situaciones económicas particulares y se les podrán hacer descuentos según el caso, de acuerdo con la Política de Crédito y Cobranza de BMCHS y además disposiciones establecidas en la FAP, para reconocer casos particulares de dificultad económica.

3. **Método para solicitar ayuda económica**

3.1. Los pacientes podrán pedir y solicitar ayuda económica:

3.1.1. Visitando una oficina de Asesoría Financiera para Pacientes ubicada en:

- BMC - Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62 Boston, MA 02118
- BMC Brighton - 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
- BMC South – 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

3.1.2. Llamando al Financial Counseling Department para ser evaluados por teléfono o para programar una cita con un asesor financiero, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5 p.m.

- BMC: 617-414-5155
- BMC Brighton: 617-779-6406
- BMC South: 508-427-3538

3.1.3. Enviando por correo una solicitud por escrito de información sobre la FAP, INCLUIDAS copias del Formulario de Evaluación de Ayuda Económica y la solicitud del Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS , para completarlas y enviarlas por correo para su procesamiento.

3.1.3.1. La FAP y la solicitud del Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS están disponibles en https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance, y pueden imprimirse, completarse y devolverse en persona o por correo para su procesamiento.

3.1.3.2. 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
  Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Room 1N62
  Boston, MA 02118

3.2 Determinación de elegibilidad

3.2.1 El departamento de Asesoría Financiera para Pacientes de BMCHS es responsable 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.

3.2.2 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.

3.2.3 Notificación de solicitud de información adicional o denegación:

3.2.3.1 No se denegará la ayuda económica únicamente porque el paciente inicialmente presenta una solicitud incompleta. Los tipos más comunes de documentación requerida para presentar una solicitud se indican en la sección II.D. de esta

política y se detallan en el documento de resumen de BMCHS adjunto (Anexo B).

3.2.3.2 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.

3.2.3.3 Si el paciente no presenta la documentación adicional, la solicitud de ayuda económica puede ser denegada y se le facturarán los cargos correspondientes de conformidad con lo estipulado en la Política de Crédito y Cobranza de BMCHS.

3.2.3.3.1 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.

3.2.3.3.2 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.

3.2.3.3.3 BMCHS realizará esfuerzos razonables para cobrar los saldos pendientes de las cuentas.

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. BMCHS contrata a una agencia de cobro externa para ayudar en el cobro de determinadas cuentas, incluidos los importes a cargo del paciente que no se hayan resuelto después de la emisión de las facturas o los avisos finales de los Hospitales. Sin embargo, BMCHS no lleva a cabo Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA) para obtener el pago de saldos de cuentas vencidos.

3.2.3.3.4 La Política de Crédito y Cobranza de BMCHS está disponible para su consulta en el sitio web del Hospital en:https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

3.2.4 Notificación de aprobación

3.2.4.1 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).

3.2.4.2 BMCHS se comunicará con el paciente por correo postal de USPS para notificarle la aprobación para el 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.

3.2.4.3 Si un paciente ya ha establecido un plan de pagos o ha realizado pagos a su cuenta y posteriormente recibe la aprobación para el Charity Program de los Hospitales de BMCHS, cualquier pago que exceda el importe del copago del programa de beneficencia se aplicará a otras cuentas pendientes o se reembolsará al paciente si no existen otras deudas pendientes.

3.2.5 Obligaciones del paciente

3.2.5.1 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.

3.2.5.2 BMCHS se reserva el derecho de solicitar comprobantes de la denegación de una solicitud para un programa de seguro médico disponible antes de que el paciente pueda ser considerado para recibir ayuda económica conforme al Charity Program de los Hospitales de BMCHS

3.2.5.3 Los pacientes deben presentar una solicitud del Charity Program de los Hospitales de BMCHS debidamente completada y firmada, así como proporcionar documentación para comprobar sus ingresos, activos y situación de residencia, según sea necesario para inscribirse en una cobertura de seguro médico o solicitar asistencia conforme al Charity Care Program de los Hospitales de BMCHS. (Ver anexo D, donde encontrará la solicitud del Programa de Caridad).

3.2.5.4 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.

3.2.5.5 Los pacientes están obligados a proporcionar oportunamente a la oficina de Asesoría Financiera de los Hospitales información actualizada sobre cualquier cambio de domicilio, empleo o situación del seguro, según exijan los programas de ayuda económica.

3.2.5.6 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.

3.2.6 Obligaciones de BMCHS

3.2.6.1 BMCHS realizará todos los esfuerzos razonables para recopilar la información sobre la situación del seguro y la información financiera del paciente que sea necesaria para determinar la responsabilidad del pago de todos los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios durante el preregistro del paciente, en la fecha de prestación de los servicios, cuando el paciente sea admitido en un Hospital, al momento del alta o durante un período razonable posterior al alta hospitalaria. Los intentos razonables incluyen:

3.2.6.1.1 Pedir el carné del seguro del paciente

3.2.6.1.2 Verificar la cobertura en el sistema de elegibilidad de los Hospitales

3.2.6.1.3 Verificar la cobertura en las bases de datos de seguros públicas o privadas

3.2.6.1.4 Obtener información de terceros sobre el pagador.

3.2.6.2 BMCHS intentará investigar a los pagadores terceros que sean responsables de pagar por los servicios prestados, que incluyen, entre otros:

3.2.6.2.1 Política de automóviles o responsabilidad del propietario

3.2.6.2.2 Políticas generales de accidentes

3.2.6.2.3 Programas de seguro de Indemnización por accidentes y enfermedades laborales

3.2.6.2.4 Políticas de seguro estudiantil

3.2.6.3 Si el paciente o el garante/tutor no puede proporcionar la información necesaria y el paciente da su consentimiento, BMCHS puede intentar comunicarse con familiares, amigos, el garante/tutor y/o otros terceros apropiados para obtener información adicional.

4. Notificación de ayuda económica disponible

4.1. BMCHS utiliza las siguientes medidas para dar amplia difusión a su Política de Ayuda Económica:

4.1.1. Informa al paciente sobre el Charity Program de los Hospitales de BMCHS y ofrece una copia del Resumen en Lenguaje Simple (PLS) al momento del registro, como parte del proceso estándar de admisión.

4.1.2. Coloca de manera visible avisos sobre la disponibilidad de programas de ayuda económica, incluida información sobre cómo y dónde presentar una solicitud, en las áreas de acceso de pacientes de los Hospitales de BMCHS:

4.1.2.1. En departamentos o áreas de espera donde se prestan servicios de hospitalización, ambulatorios, clínicos y de emergencia.

4.1.2.2. En las oficinas de Asesoría Financiera para Pacientes

4.1.2.3. En las áreas centrales de admisión y registro de pacientes

4.1.3. Tiene copias disponibles de la política, el formulario de evaluación, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo:

4.1.3.1. A petición del paciente, personalmente, vía telefónica o por correo.

4.1.3.2. En los sitios web de los Hospitales, para su revisión o descarga en https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance

4.1.3.3. En las áreas de acceso de pacientes de BMCHS

4.1.4. Proporciona un aviso general de la disponibilidad del programa de ayuda económica en los estados de facturación de los pacientes.

4.2. Todas las notificaciones publicadas y los materiales escritos relacionados con la FAP, incluidos el formulario de evaluación, la solicitud, el PLS y los folletos informativos, se traducen a idiomas distintos del inglés cuando dicho idioma es hablado por el 5% o más de la población

que reside en las áreas de servicio de los Hospitales de BMCHS. Actualmente, todas las señales y materiales escritos se traducen a los siguientes idiomas:

i. Inglés
ii. Español
iii. Ruso
iv. Criollo haitiano
v. Portugués
vi. Vietnamita
vii. Caboverdiano
viii. Albanés
ix. Árabe
x. Chino

5. Prácticas de facturación y cobranza del Hospital

5.1. BMCHS tiene el deber fiduciario de procurar el reembolso por la prestación de servicios por parte de las personas que pueden pagar, de las aseguradoras terceras que cubren el costo de la atención y de otros programas de asistencia para los cuales el paciente reúne los requisitos.

5.2. Según se establece en la Política de Crédito y Cobranza, BMCHS sigue procedimientos razonables de facturación y cobro:

5.2.1. 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.

5.2.2. BMCHS documentará las actividades continuas de cobro, que incluirán un mínimo de cuatro (4) estados de cuenta del paciente durante un período de 120 días antes de que la cuenta sea considerada para su clasificación como deuda incobrable.

5.2.3. 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.

5.2.4. BMCHS documentará todos los esfuerzos alternativos realizados para localizar a la parte responsable del saldo de la cuenta o para obtener una dirección correcta cuando los estados de cuenta sean devueltos por el servicio postal como “dirección incorrecta” o “no entregable”.

5.2.5. BMCHS documentará y conservará los datos relacionados con las acciones continuas de facturación o cobro realizadas con el propósito de que sean revisadas durante auditorías por una agencia federal y/o estatal correspondientes al informe de costos del año fiscal en el que se reporte la factura o cuenta.

5.2.6. BMCHS no continuará realizando acciones de facturación o cobro sobre saldos de cuentas hospitalarias inferiores a $25.00, debido a que el costo de hacerlo sería prohibitivo. Sin embargo, BUMG y BMCAP continuarán realizando esfuerzos de facturación y cobro sobre saldos de cuentas superiores a $5 por la prestación de servicios médicos.

5.3. Se recomienda a los pacientes considerados no elegibles para los programas de asistencia financiera, pero que puedan demostrar dificultades financieras debido a circunstancias inusuales o imprevistas, que comuniquen su situación a Asesoría Financiera para Pacientes para que sea considerada de manera individual. BMCHS, de conformidad con su Credit and Collection Policy, puede ejercer su discreción y otorgar descuentos adicionales a las demás disposiciones de la Política de Ayuda Económica, caso por caso, para reconocer casos particulares de dificultades financieras.

5.4. La Política de Crédito y Cobranza de BMCHS está disponible para su revisión en el sitio web del Hospital en: https://www.bmchealthsystem.org/patient-financial-assistance.

Responsabilidad:
Asesoría Financiera para Pacientes

Anexos/apéndices:
Anexo A – Resumen en lenguaje simple de BMCHS
Anexo B – Resumen de documentos de comprobación aceptables conforme a la FAP
Anexo C – Pautas de elegibilidad y descuentos del Charity Program
Anexo D – Solicitud del Charity Program de BMCHS
Anexo E – Lista de proveedores afiliados de BMCHS

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

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

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Boston Medical Center Health System

Resumen en lenguaje simple de la Política de Ayuda Económica de BMCHS

Boston Medical Center Health System proporciona atención médica necesaria a todos los pacientes, independientemente de su raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, identidad o expresión de género, o capacidad de pago. BMCHS ofrece ayuda económica a pacientes de bajos recursos sin seguro o con seguro insuficiente y que demuestran que necesitan atención médica y no pueden pagarla. BMCHS trabajará con los pacientes para determinar su elegibilidad para recibir ayuda económica y ayudarlos a solicitar cobertura conforme a Medicaid u otros programas estatales, planes de salud calificados a nivel federal o asistencia conforme al Charity Care Program del Hospital. A los pacientes elegibles para el Charity Care Program no se les cobrará más que los montos generalmente facturados por servicios de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

¿Quién es elegible?
Los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que necesiten atención médicamente necesaria y no puedan pagar los servicios pueden solicitar la asistencia de los programas de ayuda económica. La elegibilidad para los programas se basa en pautas que incluyen los ingresos del grupo familiar, el número de integrantes de la familia, las necesidades médicas y el estado de residencia de la persona. 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 les exigen pagar por los servicios, mientras que otros programas pueden exigir que el paciente elegible realice un pago parcial. Además, en Massachusetts, los residentes pueden reunir los requisitos para Medical Hardship, un programa 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 Medical Hardship 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 solicitarla:
La información sobre la Política de Asistencia Financiera de BMCHS, el Charity Care Program y la solicitud está disponible de las siguientes maneras:

- Comuníquese con Asesoría Financiera para Pacientes al (617) 414-5155 o visite una de sus oficinas, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en:
  - BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston, MA. 02118
  - BMC-Brighton: 736 Cambridge St., Brighton, MA 02135
  - BMC - South: 235 N Pearl St., Brockton, MA 02301

- Visite el sitio web del Hospital en https://www.bmchealthsysterr.org/patient-financial-assistance

- Solicite por escrito información sobre el programa e instrucciones para presentar la solicitud por correo a:
  Boston Medical Center
  Attention: Patient Financial Counseling Office
  850 Harrison Ave
  Boston, MA 02118

La información está disponible para todos los pacientes en inglés, español, criollo haitiano, ruso, portugués, vietnamita, caboverdiano, árabe, albanés, albanés. Hay asistencia para completar la solicitud en otros idiomas a través de los servicios de interpretación de MassHealth al 1-800-841-2900 o comunicándose con Asesoría Financiera para Pacientes al 617-4 al 617-, o visitando una oficina.

V.2_8/2026

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Programa de Ayuda Económica de Boston Medical Center Health System

El Hospital ayudará a los residentes de Massachusetts sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar cobertura médica a través de programas de asistencia pública (incluido MassHealth, el programa de asistencia para pago de primas operado por Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship) o el BMCHS Charity Care Program. La Política de Asistencia Financiera de BMCHS y la solicitud e instrucciones del Charity Care Program están disponibles para todos los pacientes en inglés, español, criollo haitiano, ruso, portugués, vietnamita, caboverdiano, árabe, albanés y chino. Hay asistencia para completar la solicitud en otros idiomas a través de los servicios de interpretación de MassHealth al **1.800.841,2900** o en la BMCs Financial Counseling Office al **617.414.5155**, o visitando una oficina de Asistencia Financiera de lunes a vierntes, de 8 a.m. a 5 p.m. en:

- BMC: Yawkey Building, 850 Harrison Avenue, 1st Floor Rm 1N62, Boston. MA. 02118
- BMC - Brighton: 736 Cambridge St., Brighton. MA 02135-
- BMC - South: 235 N Pearl St., Brockton. MA 02301

Los empleados del Hospital trabajarán con las personas para solicitar los programas correspondientes. A continuación se proporciona una lista de documentación aceptable:

- **Comprobante de ingresos del grupo familiar -** Se requiere para cada miembro adulto del grupo familiar que trabaje. Los documentos válidos incluyen:
  - Dos comprobantes de pago recientes
  - Carta de adjudicación del Seguro Social
  - Declaración de impuestos sobre los ingresos y anexo C (solo si trabaja por cuenta propia)
  - Compensación por desempleo

- **Identificación con fotografía -** Se requiere por cada miembro adulto del grupo familiar. Entre los documentos de identificación válidos se incluyen:
  - Licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el gobierno con fotografía.
  - Registro de reclutamiento o tarjeta militar
  - Identificación de estudiante
  - Fotos de pasaporte

  (Pregunte sobre otras formas de identificación si no dispone de ninguno de los documentos anteriores)

- **Comprobante de ciudadanía -** Se requiere para verificar la ciudadanía estadounidense. Entre los documentos que MassHealth acepta se incluyen:
  - Acta de nacimiento
  - Pasaporte
  - Registro hospitalario certificado

- **Comprobante de estatus migratorio -** Las personas que no sean ciudadanas y soliciten asistencia médica que no sea MassHealth Limited deben proporcionar documentación para verificar su estatus migratorio, como:
  - Tarjeta de residencia legal permanente
  - Certificado de naturalización

- **Información sobre activos -** Las personas mayores de 65 años deben proporcionar documentos para comprobar sus activos, incluidos, entre otros:
  - Estados de cuentas bancarios (cuentas corrientes y de ahorros)
  - Seguro de vida
  - Valor de las propiedades
  - Valor de los vehículos

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Lineamientos Federales de Pobreza y Descuentos del Charity Care Program de BMCHS

Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) - determinadas por el gobierno de los Estados Unidos y publicadas anualmente en el Registro Federal. Las FPG se basan en el tamaño y los ingresos del grupo familiar y se utilizan para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda económica conforme a los programas estatales de Medicaid y la Política de Ayuda Económica de los Hospitales BMCHS. Estos estándares corresponden al año fiscal 2026 y pueden consultarse en [httpa://www.mass.go-masshealth en la sección Yearly FPL]

Estándares de ingresos de MassHealth y Pautas Federales de Pobreza 2026, vigentes a partir del 1 de marzo de 2026

N.º de integrantes de la familia	Estándares de ingresos de MassHealth		100% Nivel Federal de Pobreza		133% Nivel Federal de Pobreza		150% Nivel Federal de Pobreza		190% Nivel Federal de Pobreza	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1	$522	$6,264	$1,330	$15,960	$1,769	$21,228	$1,995	$23,940	$2,527	$30,324
2	$650	$7,800	$1,804	$21,648	$2,399	$28,788	$2,705	$32,460	$3,427	$41,124
3	$775	$9,300	$2,277	$27,324	$3,028	$36,336	$3,415	$40,980		
4	$891	$10,692	$2,750	$33,000	$3,658	$43,896	$4,125	$49,500		
5	$1,016	$12,192	$3,224	$38,688	$4,288	$51,456	$4,835	$58,020		
6	$1,141	$13,692	$3,697	$44,364	$4,917	$59,004	$5,545	$66,540		
7	$1,266	$15,192	$4,170	$50,040	$5,547	$66,564	$6,255	$75,060		
8	$1,383	$16,596	$4,644	$55,728	$6,176	$74,112	$6,965	$83,580		
Por cada persona adicional, agregue	$133	$1,596	$474	$5,688	$630	$7,560	$710	$8,520		

Estas cifras están redondeadas y pueden no reflejar las cifras utilizadas para determinar la elegibilidad para los programas. El Estándar de Ingresos Institucionales es de $72.80.

N.º de integrantes de la familia	200% Nivel Federal de Pobreza		225% Nivel Federal de Pobreza		250% Nivel Federal de Pobreza		300% Nivel Federal de Pobreza		400% Nivel Federal de Pobreza	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1	$2,660	$31,920	$2,993	$35,916	$3,325	$39,900	$3,990	$47,880	$5,320	$63,840
2	$3,607	$43,284	$4,058	$48,696	$4,509	$54,108	$5,410	$64,920	$7,214	$86,568
3	$4,554	$54,648			$5,692	$68,304	$6,830	$81,960	$9,107	$109,284
4	$5,500	$66,000			$6,875	$82,500	$8,250	$99,000	$11,000	$132,000
5	$6,447	$77,364			$8,059	$96,708	$9,670	$116,040	$12,894	$154,728
6	$7,394	$88,728			$9,242	$110,904	$11,090	$133,080	$14,787	$177,444
7	$8,340	$100,080			$10,425	$125,100	$12,510	$150,120	$16,680	$200,160
8	$9,287	$111,444			$11,609	$139,308	$13,930	$167,160	$18,574	$222,888
Por cada persona adicional, agregue	$947	$11,364			$1,184	$14,208	$1,420	$17,040	$1,894	$22,728

Estas cifras están redondeadas y pueden no reflejar las cifras utilizadas para determinar la elegibilidad para los programas. El Estándar de Ingresos Institucionales es de $72.80.

DG-FPL_2026-03

Charity Care Program - Es un programa de ayuda económica ofrecido por los Hospitales de BMCHS que ofrece un descuento porcentual en el saldo de la cuenta del paciente en función de la elegibilidad del paciente, según lo especifica la Política de Ayuda Económica del hospital.

Charity Care Program - Pautas de Elegibilidad y Descuento			
Tipo de paciente	**Atención gratuita 0 - 150% FPLG**	**Atención con descuento 151% - 300% FPLG**	**Descuento por pago directo > 300% FPG**
Sin seguro	Descuento del 100% de los cargos totales	Descuento del 90% de los cargos totales	Descuento del 45%
Con seguro insuficiente	Descuento del 100% del saldo después del seguro	Descuento del 90% del saldo después del seguro	No elegible El paciente es responsable del saldo después del seguro
• **Límite de activos: no puede exceder $3,000 para solicitante y $3,000 por cada miembro del grupo familiar** • **Las determinaciones de activos incluyen Estados de Cuenta Bancarios (cuentas corrientes y/o de ahorros)**			

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Solicitud del Charity Care Program de Boston Medical Center Health System

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 la misma que el domicilio**
Calle / N.° de apartamento o unidad	Calle / N.° de apartamento o unidad
Ciudad / Estado / Código postal	Ciudad / Estado / Código postal

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) **¿Tiene empleo?** ☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo, ¿desde hace cuanto tiempo?** _____

Nombre del empleador: _____ **¿El empleador ofrece seguro de salud?** ☐ No ☐ Sí

Complete la siguiente tabla de MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS FAMILIARES. Proporcione los nombres y la información sobre los ingresos de todas las personas que viven en su hogar. Utilice los códigos de ingresos proporcionados 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	Seguridad de Ingreso Suplementario	SSI	Administración de Veteranos	VA	Soporte Infantil	CS
Ingresos como trabajador independiente	SE	Ingresos por pensión por discapacidad del Seguro Social	SSDI	Indemnización por accidentes y enfermedades laborales	WC	Soporte Conyugal	SS
Jubilación del Seguro Social	SSR	Compensación por desempleo	UC	Pensión o anualidad	PA	Ingreso de rentas	RI

ACTIVOS - Información bancaria

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

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

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

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

Mercado Monetario: ☐ No ☐ Sí Nombre del banco: Saldo:

ACTIVOS – Información sobre vivienda y propiedades

¿Es propietario(a) de otros bienes inmuebles? ☐ No ☐ Sí Hipoteca: $_____/mensual ¿Renta/alquila? ☐ No ☐ Sí $_____ /mensual

¿Es propietario(a) de vehículos? ☐ No ☐ Sí Valor estimado: $_____ ¿Es propietario(a) de vehículos? ☐ No ☐ Sí ¿Cuántos vehículos? ____

Al firmar este formulario, acepto lo siguiente:

- Declaro, bajo pena de perjurio, que las respuestas que he proporcionado son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.
- Presentaré todos los documentos de verificación que se requieran para determinar mi elegibilidad para el Charity Program (Atención de Caridad) de BMCHS.
- Entiendo que, si no reúno los requisitos para el Charity Program, seré personalmente responsable de los cargos asociados con los servicios proporcionados por BMCHS, o podré apelar la decisión de denegación por escrito y presentar documentación adicional.

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

Firma del cónyuge de paciente: _____ Fecha: _____

V.2_5/2026

Anexo E – Lista de proveedores afiliados de BMCHS

Boston Medical Center
HEALTH SYSTEM

Lista de Proveedores Afiliados de Boston Medical Center Health System

Hospital	Departamento/Grupo/ Práctica	Notas	Cumple con la Política de Asistencia Financiera (FAP) de Boston Medical Center	Es elegible para Health Safety Net
Boston Medical Center	Boston University Medical Group (BUMG)	Incluye los siguientes departamentos/líneas de servicio: • Sala de urgencias • Anestesiología • Atención primaria • Medicina de cuidados intensivos • Patología • Radiología • La mayoría de las especialidades quirúrgicas • Especialidades médicas • Obstetricia y ginecología (OBGYN) • Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU) • Pediatría • Psiquiatría	Sí	Sí
	Codman Square Health Center		Sí	Sí
	East Boston Neighborhood Health Center		Sí	Sí
	South Boston Community Health Center		Sí	Sí
	Dathouse Health		Sí	Sí
Boston Medical Center - Brighton	Boston Medical Center Affiliated Physicians (BMCAP)	Incluye los siguientes departamentos/áreas de servicio: • Sala de urgencias • Anestesiología • Atención primaria • Radiología • Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU) • Obstetricia y ginecología (OBGYN) • La mayoría de las especialidades quirúrgicas • Especialidades médicas • Patología • Psiquiatría	Sí	Sí
Boston Medical Center - South	Boston Medical Center Affiliated Physicians (BMCAP)	• Sala de urgencias • Anestesiología • Radiología • Atención primaria • Obstetricia y ginecología (OBGYN) • La mayoría de las especialidades quirúrgicas • Especialidades médicas • Patología • Psiquiatría	Sí	Sí