

Boston Medical Center

Política de facturación y cobro del hospital

Boston Medical Center (el “Hospital” o “BMC”) cuenta con una función fiduciaria interna para conseguir el reembolso por los servicios que ha provisto a pacientes que son capaces de pagar, provenientes de compañías de seguros de terceros responsables que cubren el costo de la atención del paciente y de otros programas de asistencia para los que el paciente es elegible. Para determinar si un paciente puede pagar por los servicios provistos y para asistir al paciente en la búsqueda de opciones alternativas de cobertura en caso de que cuente con un seguro deficiente o no se encuentre asegurado, el Hospital utiliza los criterios que se presentan a continuación relacionados con la facturación y el cobro a los pacientes. Al momento de obtener información financiera confidencial de la familia y el paciente, el Hospital mantiene toda esta información de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad, seguridad y robo de identificación que correspondan.

A. Recolección de información sobre los recursos financieros y cobertura de seguro del paciente

- a) El Hospital trabajará con el paciente para asesorarlo acerca de la obligación que tiene de proveer la siguiente información clave:

Antes de proporcionar algún servicio de atención médica (a excepción de los servicios que se ofrecen para estabilizar a un paciente que se considera que padece de una afección médica de emergencia o que necesita servicios de atención de carácter urgente), el paciente tiene la obligación de brindar información de manera puntual y precisa acerca del estado actual de su seguro, información demográfica, cambios en su ingreso familiar o cobertura de póliza grupal (en caso de que exista) y, en caso de conocerla, información sobre deducibles o copagos solicitados por el programa financiero o de seguro correspondiente del paciente. Para cada punto, la información detallada debe incluir, pero no se limita a:

 - i) nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si se encuentra disponible), opciones de cobertura del seguro médico actual, información sobre residencia y ciudadanía, y los recursos financieros correspondientes al paciente, los cuales puedan ser utilizados para pagar la factura del paciente;
 - ii) si corresponde, el nombre completo del garante del paciente, además de la dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si se encuentra disponible), opciones de cobertura del seguro médico actual y los correspondientes recursos financieros de dicho garante, los cuales puedan ser utilizados para pagar la factura del paciente; y
 - iii) otros recursos que puedan ser utilizados para pagar la factura del paciente, entre los que se incluyen otros programas de seguros, pólizas de seguro del propietario de vivienda o vehículo a motor si el tratamiento se realizó debido a un accidente, programas de compensación de los trabajadores, pólizas de seguro de estudiantes y cualquier otro ingreso familiar, como herencias, donaciones o distribuciones de un fideicomiso disponible, entre otros.

El paciente también tiene la obligación de llevar un registro de las facturas impagas del hospital, que incluyen todos los copagos, coseguros y deducibles que existan. El paciente debe contactarse con el Hospital en caso de que necesite asistencia para pagar la totalidad de la factura o parte de esta. También se solicita que el paciente le brinde información acerca de cualquier cambio en el estado del seguro o el ingreso familiar a su compañía de seguro médico actual (si el paciente cuenta con alguna) o a la agencia estatal que determinó la elegibilidad del paciente para un programa público. El Hospital también puede asistir al paciente en la actualización de la elegibilidad del paciente para un programa público cuando se registre algún

cambio en el estado del seguro o el ingreso familiar, siempre y cuando el paciente le informe al Hospital acerca de cualquiera de esos cambios en la elegibilidad del paciente.

El Hospital trabajará con el paciente para garantizar que se encuentre al tanto de su obligación de notificar al Hospital y al programa que corresponda por el cual el paciente recibe asistencia (p. ej., MassHealth, Health Connector, Health Safety Net o Medical Hardship) acerca de cualquier información relacionada con un cambio en el ingreso familiar o si el paciente participa de un reclamo de indemnización por parte del seguro que pueda cubrir el costo de los servicios provistos por el Hospital. En caso de que exista un tercero (como seguro de vivienda o automotor, entre otros) que sea responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el paciente trabajará con el Hospital o el programa que corresponda (que incluye, entre otros, a MassHealth, Connector o Health Safety Net) para traspasar el derecho a recuperar la cantidad paga o impaga por tales servicios.

b) Obligaciones del Hospital:

El Hospital llevará a cabo todos los esfuerzos razonables y diligentes para recolectar la información correspondiente al seguro del paciente y otra información que sirva para verificar la cobertura de los servicios de atención médica que serán provistos por el Hospital. Estos esfuerzos se pueden realizar durante el registro inicial en persona del paciente para recibir un servicio en una ubicación del Hospital o en otro momento. Además, el Hospital notificará al paciente acerca de la disponibilidad de opciones de cobertura a través de un programa de asistencia pública o de asistencia financiera del hospital, que incluye cobertura por medio de MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net o Medical Hardship, en recibos de facturación que se envían al paciente o al garante del paciente luego de la prestación de los servicios. Así mismo, el Hospital también llevará a cabo la debida diligencia por medio de sistemas actuales de verificación financiera, públicos o privados, para determinar si es capaz de identificar la elegibilidad del paciente para la cobertura de seguro pública o privada. El Hospital intentará recolectar dicha información antes de proveer cualquier servicio de atención médica común y que no sea de carácter urgente. El Hospital pospondrá cualquier intento de obtener esta información cuando un paciente sea tratado por una afección médica de emergencia o cuando necesite servicios de atención con carácter de urgencia.

Los esfuerzos de debida diligencia del Hospital incluirán, entre otros, solicitar información acerca del estado del seguro del paciente, controlar cualquier base de datos de seguros públicos o privados disponible, cumplir con las reglas de autorización y facturación y, cuando corresponda, apelar cualquier reclamo rechazado cuando el servicio sea pagado por completo o en parte por una compañía de seguro de terceros conocida, la cual pueda ser responsable por los costos de los recientes servicios de atención médica del paciente. Cuando el paciente informe al personal de admisión o registro del Hospital, los integrantes de este personal podrán trabajar con el paciente para garantizar que la información relevante sea comunicada a los programas públicos adecuados, como cualquier cambio en el estado del seguro o ingreso familiar, que incluye toda demanda o reclamo de indemnización por parte del seguro que pueda cubrir el costo de los servicios hospitalarios.

Si el paciente o el garante/tutor tiene dificultad para proporcionar la información necesaria y el paciente accede, el Hospital realizará los esfuerzos razonables para contactar a los familiares, amigos, garante/tutor u otro tercero adecuado para obtener información adicional.

Los esfuerzos razonables de debida diligencia del Hospital para investigar si un tercer seguro u otro recurso puede ser responsable por el costo de los servicios provistos por el Hospital incluirán,

pero no se limitarán, a determinar si existe por parte del paciente un póliza aplicable para cubrir el costo de los reclamos, las cuales incluyen lo siguiente: (1) una póliza de responsabilidad del propietario de vivienda o vehículo automotor, (2) una póliza de protección contra daño personal o accidente general, (3) programas de compensación del trabajador y (4) pólizas de seguro de estudiantes, entre otras. Si el Hospital es capaz de identificar un tercero responsable o ha recibido un pago proveniente de un tercero o de otro recurso (incluso de una compañía de seguro privada u otro programa público), el Hospital informará el pago al programa correspondiente y lo compensará, si corresponde, de acuerdo a los requisitos de procesamiento de reclamos del programa, contra cualquier reclamo que pueda haber sido pagado por un tercero u otro recurso. Para los programas estatales de asistencia pública que ya hayan pagado el costo de los servicios, no se solicita que el Hospital garantice el traspaso de un derecho del paciente a una cobertura de servicios de terceros. En estos casos, el paciente deberá estar al tanto de que el programa estatal correspondiente puede intentar realizar el traspaso de los costos de los servicios provistos al paciente.

B. Prácticas de facturación y cobro del hospital

El Hospital cuenta con un proceso coherente y uniforme para enviar y recolectar los reclamos enviados a los clientes, independientemente del estado de su seguro. Específicamente, si el paciente tiene un saldo actual impago relacionado con los servicios provistos al paciente y que no se encuentra cubierto por una opción de cobertura pública o privada, el Hospital seguirá los procedimientos razonables de cobro/facturación que se presentan a continuación, los cuales incluyen lo siguiente:

- a) Una factura inicial enviada al paciente o a la parte responsable por las obligaciones financieras personales del paciente; la factura inicial incluirá información acerca de la disponibilidad de asistencia financiera (que incluye, entre otros, a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net y Medical Hardship) para cubrir el costo de la factura del Hospital.
- b) Facturas posteriores, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal, notificaciones electrónicas o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino para contactar a la parte responsable por la factura impaga, la cual también incluirá información sobre cómo puede hacer el paciente para comunicarse con el Hospital si necesita asistencia financiera.
- c) Si es posible, documentación de esfuerzos alternativos para localizar a la parte responsable por la obligación o la dirección correcta en las facturas devueltas por el servicio postal como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar".
- d) Envío de un aviso final por correo certificado a pacientes que no poseen seguro (aquellos que no se encuentran inscritos en un programa como Health Safety Net o MassHealth) y que incurran en un saldo por deuda incobrable por emergencia superior a \$1000 únicamente en Servicios del Nivel de Emergencia, cuando los avisos no hayan sido devueltos como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar" y, además, envío de notificación a los pacientes acerca de la disponibilidad de asistencia financiera en la comunicación.
- e) Se conserva y se encuentra disponible la documentación de acción de cobro o facturación continua llevada a cabo durante 120 días a partir de la fecha del servicio para que el programa estatal o federal correspondiente verifique estos esfuerzos.
- f) Se controla el Sistema de verificación de elegibilidad de Massachusetts para garantizar que el paciente no sea un Paciente de bajos ingresos y que no haya enviado una solicitud de cobertura ya sea para MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net o Medical Hardship antes de enviar reclamos a Health Safety Net Office para cobertura de deuda incobrable.
- g) Para todos los pacientes inscritos en un programa de asistencia pública, el Hospital únicamente puede facturarles a aquellos pacientes para el copago, coseguro o deducible

específico que se encuentra establecido en las regulaciones estatales aplicables y que también se puede indicar en el Sistema de información gerencial estatal de Medicaid.

El Hospital solicitará un pago específico para aquellos pacientes que no califiquen para la afiliación en un programa de asistencia pública estatal de Massachusetts, como residentes que no se encuentren en el estado pero que, de lo contrario, podrían cumplir con las categorías generales de elegibilidad financiera de un programa de asistencia pública estatal. En el caso de estos pacientes, el Hospital notificará al paciente si dichos recursos adicionales se encuentran disponibles, según el ingreso del paciente y otros criterios, como se describe en la Política de asistencia financiera del Hospital

Cuando el paciente lo solicite y de acuerdo con una revisión interna del estado financiero de cada paciente, el Hospital también le puede ofrecer al paciente un descuento adicional u otra asistencia según su propio programa interno de asistencia financiera que se aplica de manera uniforme a los pacientes y el cual tiene en cuenta la situación financiera documentada del paciente y la incapacidad del paciente para efectuar un pago después de acciones de cobro razonables. Cualquier descuento otorgado por el Hospital es coherente con los requisitos estatales y federales y no influye en el paciente para que reciba servicios del Hospital.

C. Poblaciones exentas de las actividades de cobro

Las poblaciones de pacientes que se mencionan a continuación se encuentran exentas de cualquier procedimiento de facturación o cobro, de acuerdo con políticas y regulaciones estatales: pacientes que se encuentran inscritos en un programa de seguro médico público, el cual incluye, entre otros, a MassHealth, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children; Children's Medical Security Plan, si el ingreso bruto ajustado modificado es igual a o menor que 300 % del Nivel de Pobreza Federal; Pacientes de bajos ingresos según lo determinado por MassHealth y Health Safety Net, entre los que se incluyen aquellos pacientes con ingreso bruto ajustado modificado, ingreso bruto familiar o ingreso contable familiar de Medical Hardship entre de 150,1 % y 300 % del Nivel de Pobreza Federal; y Medical Hardship, sujeto a las siguientes excepciones:

- a) El Hospital puede solicitar acción de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas que se mencionaron anteriormente para los copagos y deducibles solicitados que se encuentran determinados por cada programa específico.
- b) El Hospital también puede iniciar el cobro o facturación para un paciente que afirma participar en un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios del hospital, pero que no proporciona pruebas de dicha participación. Luego de la obtención de una prueba satisfactoria de que el paciente participa de un programa de asistencia financiera (que incluye recibo o verificación de la solicitud firmada), el Hospital suspenderá sus actividades de facturación o cobro;
- c) El Hospital podrá continuar la acción de cobro sobre cualquier Paciente de bajos ingresos por los servicios prestados antes de la determinación de Paciente de bajos ingresos, siempre y cuando el estado actual de Paciente de bajos ingresos haya culminado, vencido o no se identifique lo contrario en el Sistema de verificación de elegibilidad estatal o el Sistema de información gerencial de Medicaid. Sin embargo, una vez que se determina que un paciente es elegible y se lo inscribe en MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, Children's Medical Security Plan o Medical Hardship, el Hospital suspenderá las actividades de cobro por los servicios (a excepción de cualquier copago o deducible) provistos antes del inicio de la elegibilidad del paciente para dicho programa.
- d) El Hospital puede solicitar una acción de cobro contra cualquier paciente que participa en los programas que se mencionaron anteriormente por servicios no cubiertos que el paciente ha aceptado ser el responsable, siempre y cuando el Hospital obtenga el consentimiento previo por escrito del paciente a que le facturen por dicho(s) servicio(s). Sin embargo, incluso en estas circunstancias, el Hospital puede no generarle una factura por reclamos relacionados con errores

médicos o reclamos rechazados por la compañía de seguro primaria del paciente debido a un error administrativo o de facturación.

D. Acciones de cobro extraordinarias

- a) El Hospital no llevará a cabo ninguna “acción de cobro extraordinaria”.
- b) Entre las “acciones de cobro extraordinarias” se incluye lo siguiente:
 - i) enviar la deuda del paciente a otra persona (salvo que se cumpla con los requisitos especiales establecidos a continuación);
 - ii) informar a agencias de informes crediticios u oficinas de créditos;
 - iii) posponer, rechazar o solicitar un pago antes de proporcionar atención necesaria desde el punto de vista médico debido a la falta de pago de una o más facturas por una atención previamente cubierta bajo la política de asistencia financiera del Hospital (la cual se considera una acción de cobro extraordinaria por la atención antes provista);
 - iv) Acciones que requieren de procesos legales o judiciales, que incluye lo siguiente:
 - (1) aplicar un gravamen sobre una propiedad del paciente;
 - (2) ejecutar un bien inmueble;
 - (3) embargar o apoderarse de una cuenta bancaria o cualquier otra propiedad privada;
 - (4) iniciar una acción civil en contra de un paciente;
 - (5) provocar la detención de un paciente;
 - (6) provocar que un paciente sea objeto de una orden de arresto;
 - (7) embargar los sueldos de un paciente.
 - v) El Hospital tratará la venta de la deuda perteneciente a un paciente a otra parte como una acción de cobro extraordinaria a menos que el Hospital participe en un acuerdo vinculante por escrito con el comprador de la deuda, por medio del cual (i) se prohíbe que el comprador participe de cualquier acción de cobro extraordinaria para obtener el pago de la atención; (ii) se prohíbe que el comprador cobre intereses sobre la deuda a una tasa más alta que la tasa de pago insuficiente del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS); (iii) el Hospital recupera la deuda o la reembolsa luego de que se determine que el paciente es elegible para la asistencia financiera y (iv) si se determina que el paciente es elegible para la asistencia financiera y no se devuelve la deuda o el Hospital no la recupera, el comprador debe adherirse a los procedimientos que garantizan que el paciente no le paga al comprador más de lo que le corresponde pagar según la política de asistencia financiera.
 - vi) Entre las acciones de cobro extraordinarias se incluyen acciones llevadas a cabo para obtener el pago por la atención en contra de cualquier otra persona que haya aceptado o que se requiere que acepte la responsabilidad por la factura del hospital emitida por la atención del paciente.

E. Agencias de cobro externas

El Hospital puede contratar a una agencia de cobro externa para que lo asista en el cobro de determinadas cuentas, entre las que se incluyen cantidades a cargo del paciente no resueltas después de 120 días de acciones de cobro continuas. El Hospital también puede participar de contratos vinculantes con agencias de cobro externas. Cualquiera de dichos contratos que autoricen la venta de una deuda que no es tratada como una acción de cobro extraordinaria cumplirá con los requisitos que se describieron anteriormente. En todos los casos, si el Hospital vende o transfiere la deuda de un paciente a un tercero, el acuerdo con la otra parte será diseñado de manera razonable para garantizar que no se lleven a cabo acciones de cobro extraordinarias. Todas las agencias de cobro externas contratadas por el Hospital podrán ofrecerle al paciente la oportunidad de presentar una queja y le enviarán los resultados de las quejas del paciente al Hospital. El Hospital solicita que cualquier agencia de cobro externa opere de acuerdo con los requisitos estatales y federales de prácticas justas de cobro de deudas.

F. Depósitos y planes de financiación

De acuerdo con las regulaciones de Massachusetts Health Safety Net correspondientes a pacientes en las siguientes situaciones: (1) que se consideran “Pacientes de bajos ingresos” o (2) que califican para Medical Hardship, el Hospital le proporcionará al paciente información sobre depósitos y planes de pago según la situación financiera documentada del paciente. Cualquier otro plan se basará en el programa interno de asistencia financiera del Hospital y no se aplicará a los pacientes que puedan pagar.

a) Servicios de emergencia

Es posible que el Hospital no solicite depósitos previos al tratamiento o la admisión a pacientes que requieran Servicios del nivel de emergencia o que se determine que son Pacientes de bajos ingresos.

b) Depósitos de Pacientes de bajos ingresos

Es posible que el Hospital solicite un depósito a pacientes que se consideren Pacientes de bajos ingresos. Dichos depósitos deben tener un límite del 20 % de la cantidad deducible hasta \$500. Todos los saldos restantes se encuentran sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Depósitos para pacientes de Medical Hardship

Es posible que el Hospital solicite un depósito a los pacientes elegibles para Medical Hardship. Los depósitos tendrán un límite del 20 % de la contribución de Medical Hardship hasta \$1000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(g).

d) Planes de pago para Pacientes de bajos ingresos de acuerdo con el programa Massachusetts Health Safety Net. Después del depósito inicial, se debe ofrecer al menos un plan de pago de un año libre de intereses con un pago mínimo mensual que no supere los \$25 para un paciente que tenga un saldo de \$1000 o menor. Después del depósito inicial, se debe ofrecer al menos un plan de pago de dos años libre de intereses para un paciente que tenga un saldo que supere los \$1000.

e) Deducible por única vez de CommonHealth

Cuando el paciente lo solicite, el Hospital le puede realizar una factura a un Paciente de bajos ingresos para permitirle que cumpla con el deducible por única vez de CommonHealth.

f) Planes de pago para Pacientes de bajos ingresos parciales de Health Safety Net correspondiente al programa Massachusetts Health Safety Net, por servicios prestados en un Centro de Atención Autorizado por un Hospital.

El Hospital también le ofrece al Paciente de bajos ingresos parciales de Health Safety Net un plan de coseguro que le permite abonar el 20 % del pago de Health Safety Net por cada visita hasta que el paciente cumpla con su deducible anual. El saldo restante será contabilizado para Health Safety Net.