

Boston Medical Center
Política de asistencia financiera

Introducción

La misión de Boston Medical Center (el “Hospital” o “BMC”), en asociación con sus centros médicos comunitarios autorizados, es prestar servicios excelentes y accesibles en todo momento a quienes necesiten de atención, independientemente de su condición o capacidad de pago. Su visión es cumplir con las necesidades de salud de la población de Boston y de las comunidades aledañas, proporcionándoles a todos atención integral de alta calidad, particularmente atento a las necesidades de las poblaciones vulnerables, mediante su sistema de aplicación integrada, de manera ética y económicamente responsable.

Esta política se aplica a Boston Medical Center y a determinados proveedores y centros médicos comunitarios, tal como se identifican en esta política.

El Hospital es el proveedor de atención de primera línea que brinda asistencia necesaria desde el punto de vista médico a *todas* las personas que se presentan en sus centros y sedes, independientemente de su capacidad de pago. El Hospital ofrece esta atención a todos los pacientes que vienen a nuestro centro las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. Por eso, el Hospital tiene el compromiso de brindarles a todos nuestros pacientes servicios y atención de alta calidad. Como parte de este compromiso, el Hospital trabaja con personas de ingresos y recursos limitados a fin de encontrar opciones disponibles para cubrir el costo de la atención.

El Hospital ayudará a las personas sin seguro o con seguro insuficiente para que puedan solicitar una cobertura médica por medio de un programa de asistencia pública o del programa de asistencia financiera del Hospital (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children’s Medical Security, Health Safety Net y Medical Hardship) y trabajará con esas personas para afiliarlos según corresponda. La asistencia para esos programas se determina mediante la revisión de los ingresos familiares, activos, tamaño de la familia, gastos y necesidades médicas de la persona, entre otros datos.

Si bien el Hospital ayuda a los pacientes a obtener cobertura médica por medio de programas públicos y asistencia financiera a través de otras fuentes siempre que sea pertinente, incluido el Hospital, el Hospital también puede llegar a facturar y cobrar pagos específicos según corresponda. Esos pagos pueden incluir, entre otros, copagos aplicables, deducibles, depósitos y otros importes por los cuales el paciente acepta hacerse responsable. Al momento de registrarse para recibir servicios o recibir una factura, el Hospital alienta a los pacientes a ponerse en contacto con personal del Hospital para decidir si ellos o algún familiar necesitan y pueden obtener asistencia financiera.

Como el Hospital trabaja con los pacientes para buscar la cobertura o asistencia pública disponible a través de la asistencia financiera del Hospital, el Hospital no discrimina por raza, color, país de origen, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad ni discapacidad en sus políticas ni en la aplicación de las políticas en lo que respecta a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos al tratamiento o a la hospitalización, planes de pago, ingresos diferidos o rechazados, decisión sobre si una persona califica para la condición de Paciente de bajos ingresos según lo determina el sistema de elegibilidad de MassHealth/Connector de Massachusetts, o a la certificación de información para determinar una condición de Paciente de bajos ingresos. El Comité Financiero del Consejo de Administración del Hospital revisa y aprueba esta política.

Si bien comprendemos que cada persona tiene una situación financiera exclusiva, es posible obtener información y asistencia en cuanto a la elegibilidad para la cobertura y/o los programas de asistencia pública a través del programa de asistencia financiera económica del Hospital contactándose con el Departamento

de Asesoramiento Financiero (Financial Counseling Department) ubicado en Menino Building o Shapiro Building, de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas para hablar con un asesor de solicitudes certificado de BMC.

Si desea obtener más información sobre esta política y el programa de asistencia financiera del Hospital, incluidos el formulario de solicitud y un resumen en términos sencillos de la Política de asistencia financiera, visite el sitio web del Hospital: <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program>

Si desea obtener una copia de la Política de asistencia financiera, puede obtenerla de las siguientes maneras:

- (1) Puede solicitarla en cualquiera de los sectores de registro de pacientes del Hospital.
- (2) Puede solicitar que se la envíen por correo. Para hacerlo, llame al Departamento de Asesoramiento Financiero al teléfono 617-414-5155 o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:
Boston Medical Center
Attention: Financial Counseling Office
840 Harrison Ave
Boston, MA 02115.

En la Política de facturación y cobro del hospital, que es un documento aparte, se describen las medidas que puede tomar el Hospital en caso de una falta de pago. Cualquier ciudadano puede obtener una copia sin cargo de la Política de facturación y cobro de las siguientes maneras:

- (1) Puede solicitarla en cualquiera de los sectores de registro de pacientes del Hospital;
- (2) Puede descargarla del sitio web del Hospital: <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program>; o
- (3) Puede solicitar que se la envíen por correo. Para hacerlo, llame al Departamento de Asesoramiento Financiero al teléfono 617-414-5155 o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:
Boston Medical Center
Attention: Financial Counseling Office
840 Harrison Ave
Boston, MA 02115.

I. Cobertura de servicios de atención médica necesaria desde el punto de vista médico

El Hospital brinda servicios de atención médica y de salud del comportamiento necesarios desde el punto de vista médico a todos los pacientes que se presentan en cualquiera de las sedes del Hospital, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los servicios necesarios desde el punto de vista médico comprenden aquellos servicios razonablemente previstos para prevenir, diagnosticar, aliviar, mejorar, evitar que empeoren o curar enfermedades que ponen en peligro la vida, que causan sufrimiento o dolor, que originan malformaciones o disfunciones físicas, que amenazan con causar o agravar una discapacidad, o que provocan una enfermedad o dolencia. Los Servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen los servicios hospitalarios y ambulatorios, tal como se autoriza en el Título XIX de la Ley de Seguridad Social.

El profesional médico tratante decidirá el tipo y nivel de atención y tratamiento necesarios para cada paciente en función de los síntomas clínicos que presenta y de conformidad con los estándares de práctica pertinentes. El Hospital cumple con los requisitos de la Ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA); realiza exámenes médicos de detección a los pacientes que se acercan a cualquier sede del Hospital en busca de servicios de emergencia para saber si tienen alguna afección de emergencia.

La clasificación entre los servicios que son y no son de emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, como así también en la decisión clínica del médico tratante. El Hospital emplea las siguientes definiciones de servicios de atención médica de emergencia o urgencia para poder determinar la cobertura de morosidad de emergencia y urgencia permitida a través del programa de asistencia financiera del Hospital, incluido Health Safety Net.

A. Servicios de atención médica de emergencia y urgencia

Todo paciente que se presente en una sede del Hospital solicitando asistencia de emergencia será evaluado con base en los síntomas clínicos que presenta, independientemente de la identificación, cobertura de seguro o capacidad de pago del paciente. El Hospital no participará de ninguna situación en que se desanime a una persona a solicitar atención médica de emergencia, como exigirles a los pacientes que paguen antes de recibir tratamiento para alguna afección de emergencia o interferir en los exámenes de detección y en la atención médica de emergencia que pudiera proporcionar por discutir primero el programa de asistencia financiera del Hospital o la elegibilidad para los programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen el tratamiento para lo siguiente:
 - i. Una afección, física o mental, que se manifieste con síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, para *que una persona prudente que no sea un especialista, quien posea conocimientos básicos de salud y medicina, pueda razonablemente creer que la falta de atención médica inmediata podría poner en grave peligro la salud del individuo, o de otra persona u ocasionar el deterioro grave de funciones corporales o la disfunción grave de un órgano o parte corporal*, o con relación a una mujer embarazada, tal como se define en detalle en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. De conformidad con los requisitos federales, se recurre a EMTALA por toda persona que se presente en alguna propiedad del hospital solicitando exámenes o tratamientos de emergencia (tal como se define arriba), o que ingrese al departamento de emergencia solicitando exámenes o tratamientos para alguna afección. Es muy frecuente que personas sin citas se presenten en el departamento de emergencia. No obstante, las personas sin citas que se presentan en cualquier otra unidad, clínica o área auxiliar hospitalaria o ambulatoria solicitando servicios para una afección de emergencia también serán evaluadas y posiblemente transferidas a otra sede más adecuada para realizarles exámenes médicos de detección de conformidad con EMTALA. El paciente se someterá a exámenes y tratamientos para afecciones de emergencia, o a cualquier otro servicio que se proporcione en la medida que lo requiera EMTALA, los cuales calificarán como atención de emergencia. El médico tratante u otro personal médico calificado del hospital determinarán si se trata o no de una afección de emergencia, tal como se documenta en los archivos médicos del hospital.
- b. Los servicios de atención médica de urgencia incluyen el tratamiento para lo siguiente:
 - i. Servicios necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan en un hospital de cuidados intensivos tras la aparición repentina de una afección, física o mental, que se manifieste con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) para *que una persona prudente pueda razonablemente creer que si no se recibe atención médica dentro de las 24 horas podría poner en peligro la salud de un paciente u ocasionar el deterioro grave de funciones corporales o la disfunción grave de un órgano o parte corporal*. Los servicios de atención médica de urgencia se proporcionan para afecciones que no son mortales y que no representan ningún riesgo de daños severos en la salud de una persona. Los servicios de atención médica de urgencia no incluyen la atención primaria u optativa.

B. Servicios que no son de emergencia ni urgencia:

En el caso de los pacientes (1) cuyos médicos tratantes determinan que no se trata de atención de emergencia o urgencia, o (2) que buscan atención y tratamiento luego de haber estabilizado una afección de emergencia, el Hospital puede considerar que esa atención califica como primaria u optativa.

- a. Los servicios primarios u optativos incluyen toda atención médica que no se considera de urgencia ni de emergencia, y que es requerida por individuos o familias para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Por lo general, estos servicios hacen referencia a procedimientos o consultas clínicas o de salud del comportamiento que el paciente o el proveedor de atención médica programaron de antemano o el mismo día en alguna sede del hospital, incluidos, entre otros, la sede principal, un sitio o sede remotos, o el consultorio de un médico, una clínica o centro de salud comunitario afiliados. La atención primaria comprende los servicios de atención médica que habitualmente proporcionan médicos clínicos, médicos de cabecera, especialistas en medicina interna, pediatras generales y enfermeros especializados o auxiliares médicos de atención primaria en un servicio de atención médica primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados del departamento de emergencias de un hospital de cuidados intensivos, y excluye los servicios complementarios y de atención de maternidad.
- b. Los servicios de atención médica que no son de emergencia ni urgencia (es decir, atención primaria u optativa) pueden retrasarse o aplazarse con base en las consultas con el personal médico del Hospital y con el proveedor de tratamiento o atención primaria del paciente, si corresponde y está disponible. El Hospital luego puede negarse a proporcionarle a un paciente servicios que no son de emergencia o urgencia si el paciente está clínicamente estable y el Hospital no puede recibir del paciente ni de ninguna otra fuente el pago correspondiente ni información de elegibilidad para un seguro médico público o privado a fin de cubrir el costo de la atención que no es de emergencia ni urgencia. La cobertura para servicios de atención médica, incluidas las consultas clínicas o de salud del comportamiento, se establece y describe en manuales de cobertura y necesidad médica de una aseguradora médica pública y privada. Si bien el Hospital intentará determinar la cobertura con base en la cobertura de seguro conocida y disponible del paciente, es posible que le cobre al paciente si los servicios no son reembolsables y si el paciente aceptó que se le facture.
- c. Es posible que la cobertura de un programa de asistencia financiera público, privado o del hospital no se aplique a determinados procedimientos primarios u optativos que no son reembolsables mediante esas opciones de cobertura. Si el paciente no sabe con certeza si un servicio tiene cobertura, debe comunicarse con el personal del Hospital en el Departamento de Asesoramiento Financiero ubicado en Menino Building y Shapiro Building, de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas, para determinar las opciones de cobertura disponibles.

C. Sedes del Hospital que proporcionan servicios necesarios desde el punto de vista médico y que están cubiertos por la Política de asistencia financiera:

La Política de asistencia financiera del Hospital cubre al Hospital y algunos centros médicos comunitarios que adoptaron la Política de asistencia financiera del Hospital. La siguiente es una lista de las sedes que se rigen por la Política de asistencia financiera del Hospital:

Boston Medical Center, One Boston Medical Center Place, Boston, MA 02118
Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02124
East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128
DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122
Greater Roslindale Medical & Dental Center, 4199 Washington Street, Roslindale, MA 02131
South Boston Community Health Center, 409 West Broadway, South Boston, MA 02127

Además, la Política de asistencia financiera del Hospital cubre los servicios emergentes de atención de emergencia, urgencia y primaria que ofrecen los proveedores incluidos en el Adjunto A en las sedes del Hospital que se detallaron anteriormente.

II. Programas de asistencia pública y asistencia financiera del hospital

A. Panorama general de la cobertura médica y programas de asistencia financiera

Los pacientes del hospital pueden ser elegibles para recibir servicios de asistencia médica gratuitos o con un costo reducido a través de varios programas de asistencia pública estatales, además de programas de asistencia financiera del Hospital (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net y Medical Hardship). Dichos programas tienen como propósito asistir a pacientes con bajos ingresos, tomando en cuenta la habilidad individual de contribuir al costo de su asistencia médica. Para aquellos individuos sin cobertura o con cobertura insuficiente, el hospital los asistirá, cuando sea requerido, para solicitar cobertura médica a través de programas de asistencia pública, o programas de asistencia financiera del Hospital que puedan cubrir todas o algunas de sus cuentas sin pagar del hospital.

B. Programas estatales de asistencia pública

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en programas estatales de cobertura médica. Dichos programas incluyen a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector y Children's Medical Security Plan. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un sitio en línea (el cual se encuentra ubicado en la página web del programa estatal Health Connector), una solicitud en papel o por teléfono, con un representante de atención al público ubicado en MassHealth o Health Connector. Los individuos también pueden solicitar asistencia a los asesores financieros del Hospital (también llamados Asesores habilitados de solicitud) para presentar la solicitud en línea o impresa.

C. Asistencia financiera del Hospital

El Hospital también brinda asistencia económica a los pacientes cuyos ingresos demuestren una inhabilidad para pagar el total o una parte de los servicios brindados. Es posible que se les solicite a los pacientes que residen en Massachusetts o en el área de servicio del Hospital que completen su solicitud del estado para la cobertura de Medicaid o de la cobertura médica subsidiada, antes de buscar cobertura a través de las propias opciones de asistencia financiera del Hospital. Los pacientes que califican son elegibles para la Política de asistencia financiera del Hospital con base en los siguientes criterios:

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

A través de su participación en el programa Health Safety Net de Massachusetts, el Hospital brinda asistencia financiera a los Pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente que residen en Massachusetts y que cumplen con los requisitos de ingreso. El programa Health Safety Net se creó para distribuir de una manera más equitativa el costo de brindar asistencia sin cargo a Pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente, a través de asistencia sin cargo o con descuento a través de hospitales de cuidado agudo en Massachusetts. El consorcio del programa Health Safety Net de asistencia sin cargo se lleva a cabo a través de la evaluación de la capacidad de cada hospital para cubrir el costo de la atención para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, que cuenten con un ingreso inferior al 300 % del nivel de pobreza federal. La política del Hospital establece que todos los pacientes que reciben asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital reciban los servicios del programa Health Safety Net como parte de la asistencia sin cargo brindada a los Pacientes con bajos ingresos.

A través de su participación en el programa Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el Hospital pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera, incluidos los servicios elegibles sin costo o subsidiados parcialmente del programa Health Safety Net, establecidos en 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Primario

Los pacientes sin seguro que sean residentes de Massachusetts con un ingreso bruto ajustado modificado verificado de MassHealth o un ingreso familiar de Medical Hardship, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04(1), entre 0 % y 300 % del nivel de pobreza federal, pueden ser elegibles para recibir los servicios del programa Health Safety Net.

El periodo de elegibilidad y el tipo de servicios para el programa *Health Safety Net - Primario* se encuentran limitados a los pacientes elegibles para la inscripción en el programa de asistencia para pagar las primas del seguro médico administrado por Health Connector, tal como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requerimientos del Programa Student Health de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para *Health Safety Net – Primario*.

(b) Health Safety Net – Secundario

Los pacientes que sean residentes de Massachusetts y que cuenten con asistencia médica primaria y un ingreso bruto ajustado modificado de MassHealth, o un ingreso familiar contable de Medical Hardship, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04(1), de entre 0 % y 300 % del nivel de pobreza federal, pueden ser elegibles para recibir los servicios elegibles de Health Safety Net. El periodo de elegibilidad y el tipo de servicios para el programa *Health Safety Net - Secundario* se limita a los pacientes elegibles para la inscripción en el programa de asistencia para pagar las primas del seguro médico administrado por Health Connector, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b).

(c) Health Safety Net - Deducibles parciales

Los pacientes que califican para *Health Safety Net Primario* o *Health Safety Net - Secundario* con un ingreso bruto ajustado modificado de MassHealth, o un ingreso familiar contable de Medical Hardship de entre 150,1 % y 300 % del nivel de pobreza federal, pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo familiar para facturación de la prima (Premium Billing Family Group) tienen un ingreso mayor que el 150,1 % del nivel federal de pobreza. Este grupo se encuentra establecido en 130 CMR 501.0001.

Si cualquier miembro del Grupo familiar para facturación de la prima tiene un nivel de pobreza federal inferior que el 150,1 %, no habrá deducible para ningún miembro del Grupo familiar para facturación de la prima. El deducible anual equivale al mayor de:

1. la prima con el costo más bajo del programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, ajustada al tamaño del Grupo familiar para facturación de la prima proporcionalmente a los estándares de ingresos del nivel de pobreza federal de MassHealth, a partir del inicio del año de calendario; o
2. el 40 % de la diferencia entre el ingreso bruto ajustado modificado de MassHealth más bajo o el ingreso familiar contable de Medical Hardship, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04 (1), en el Grupo familiar para facturación de la prima del solicitante y el 200 % del nivel federal de pobreza.

(d) Health Safety Net - Medical Hardship

Un residente de Massachusetts de cualquier ingreso puede calificar para *Medical Hardship* a través de Health Safety Net, si los gastos médicos admisibles redujeron su ingreso contable de manera tal que no pueda pagar por los servicios médicos. Para poder recibir los beneficios de *Medical*

Hardship, los gastos médicos permitidos del solicitante deben exceder un porcentaje específico del ingreso contable del solicitante establecido en 101 CMR 613, a continuación:

Nivel de ingreso	Porcentaje de ingreso contable
0 a 205 % del Nivel de pobreza federal	10 %
205,1 a 305 % del Nivel de pobreza federal	15 %
305,1 a 405 % del Nivel de pobreza federal	20 %
405,1 a 605 % del Nivel de pobreza federal	30 %
>605,1 % del Nivel de pobreza federal	40 %

La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado del ingreso contable en 101 CMR 613.05(1)(b), con base en el nivel de pobreza federal familiar de *Medical Hardship*, multiplicado por el ingreso contable real, menos las cuentas no elegibles para el pago de Health Safety Net y por las cuales el solicitante deberá hacerse cargo. Los requerimientos adicionales para *Medical Hardship* se especifican en 101 CMR 613.05.

C2. Asistencia caritativa provista por HSN para Individuos elegibles

Los individuos que reúnan los requisitos de elegibilidad y califiquen para recibir asistencia financiera bajo un programa de Health Safety Net descrito en I.C1 de la política, pueden tener cuentas existentes por los servicios que se prestaron antes de los 10 días que preceden la solicitud de la cobertura Health Safety Net. Bajo las normas de Health Safety Net, ciertos servicios primarios y electivos no serán elegibles para la cobertura bajo Health Safety Net antes del periodo de 10 días, y el individuo es responsable por tales montos de facturación. Al momento que se determina la elegibilidad de Health Safety Net, BMC proveerá una cobertura caritativa del 100 % de dichas facturas por los servicios prestados antes del periodo de 10 días y no volverá a ocuparse de un cobro posterior de dichos servicios.

D. Limitaciones de los cobros

Bajo su política de asistencia financiera para la atención necesaria desde el punto de vista médico y de emergencia, el Hospital no le cobrará a ningún individuo que sea elegible para la asistencia, más que «el monto facturado generalmente» a individuos que cuentan con seguro por dicho servicio médico. A tal fin, «el monto facturado generalmente» se determina con el uso de la tasa de reintegro de Medicare.

Bajo la política de asistencia financiera, el Hospital le cobrará a cualquier individuo elegible para recibir asistencia un monto menor a los cargos brutos por dicha atención médica.

E. Avisos y solicitud para la asistencia financiera del Hospital y los programas de asistencia pública

E.1 Avisos de asistencia financiera del Hospital disponibles y opciones de asistencia pública

Para aquellos individuos sin seguro o con seguro insuficiente, el Hospital trabajará con pacientes para ayudarles a solicitar asistencia pública o programas de asistencia financiera del Hospital que puedan cubrir todas o algunas de sus cuentas sin pagar del hospital. Con el propósito de ayudar a los individuos

sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar opciones disponibles y apropiadas, el Hospital brindará a todos los individuos un aviso general sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública y asistencia financiera durante el registro inicial en persona del paciente en una sede del hospital para recibir un servicio, en todas las facturas que se envían a un paciente o garante, y cuando el proveedor sea notificado, o se percate por su diligencia debida de un cambio en el estado de elegibilidad del paciente para la cobertura de seguro pública o privada.

Además, el hospital también publica avisos generales en áreas de prestaciones de servicios donde hay un área de registro o de facturación (incluye, entre otros, paciente hospitalizado, ambulatorio, departamentos de emergencia y Centros sanitarios comunitarios afiliados), en oficinas de asesores de solicitud habilitados y en áreas de oficinas administrativas que los pacientes usan habitualmente (p.ej., áreas de admisión y registro u oficinas de servicios financieros para pacientes que se encuentran abiertas al público de manera activa). El aviso general informará a los pacientes acerca de la disponibilidad de la asistencia pública y de la asistencia financiera del Hospital (incluye 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), además de la(s) sede(s) dentro del hospital o los números de teléfono para llamar y programar una cita con un Asesor de solicitud certificado. La meta de dichos avisos es asistir a los individuos para solicitar cobertura dentro de uno o más de estos programas.

E.2. Solicitud para la asistencia financiera del Hospital y programas de asistencia pública

El hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa estatal de asistencia pública. Dichos programas incluyen a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector y Children's Medical Security Plan. Con base en la información provista por el paciente, el Hospital también identificará las opciones de cobertura disponibles a través de su programa de asistencia financiera, incluidos los programas Health Safety Net y Medical Hardship.

Para otros programas además de Medical Hardship, los solicitantes pueden presentar una solicitud en línea a través de una página web (la cual se encuentra ubicada en la página web del programa estatal Health Connector), una solicitud en papel o pueden aplicar por teléfono comunicándose con un representante de atención al público ubicado en MassHealth o Connector. Los individuos también pueden solicitar asistencia a los Asesores financieros habilitados del Hospital para presentar la solicitud en línea o impresa.

En el caso de Medical Hardship, el Hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como Medical Hardship es apropiado y presentará una solicitud de Medical Hardship a Health Safety Net. El paciente tiene la obligación de proveer toda la información necesaria, tal como la solicita el Hospital, en un lapso apropiado para asegurarse de que el hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente puede proveer toda la información en tiempo y forma, el Hospital se empeñará en presentar la solicitud total y completa dentro de cinco (5) días hábiles de recibir la información necesaria y solicitada. Si la solicitud total y completa no se presenta dentro de los cinco días hábiles de recibir toda la información necesaria, es posible que no se tomen acciones de cobranza contra el paciente con respecto a las facturas elegibles para Medical Hardship.

El hospital también puede asistir a pacientes con el proceso de inscripción en Health Safety Net, utilizando un proceso de determinación presunto que concede un periodo limitado de elegibilidad. Dicho proceso lo lleva a cabo el personal del hospital y del centro sanitario comunitario, quienes, con base en la certificación de la información financiera del paciente, considerarán que un paciente cumple con la definición de Paciente con bajos ingresos y que cuenta con cobertura únicamente para los servicios de Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha en la que el proveedor toma la determinación, y tendrá vigencia hasta el fin del mes siguiente en el que se toma la presunta determinación. Sin embargo, la cobertura puede terminarse antes si el paciente presenta una solicitud completa, como se describió anteriormente.

E.3 El rol del asesor financiero del hospital

El Hospital ayudará a los individuos sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar cobertura médica a través de un programa de asistencia pública (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector y el programa Children's Medical Security), y trabajará con individuos para inscribirlos de manera apropiada. El Hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del Hospital, la cual incluye cobertura a través de Health Safety Net y Medical Hardship.

El hospital hará lo siguiente:

- a) Le facilitará información sobre el rango completo de programas, incluido MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net y Medical Hardship.
- b) Ayudará a los individuos a completar una nueva aplicación para cobertura o a presentar una renovación de una cobertura existente.
- c) Trabajarán con el individuo para obtener toda la documentación requerida.
- d) Presentarán aplicaciones o renovaciones (junto con toda la documentación requerida).
- e) Interactuarán cuando corresponda y según sea permitido bajo las limitaciones actuales del sistema, con los Programas sobre el estado de tales aplicaciones y renovaciones.
- f) Ayudará a facilitar la inscripción de solicitantes o de beneficiarios en Programas de seguros.
- g) Ofrecerá y brindará asistencia de inscripción en el registro de votantes.

El Hospital aconsejará a los pacientes sobre su obligación de brindar al Hospital y a la agencia estatal aplicable información precisa y oportuna sobre el nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social (si dispone de uno), opciones de coberturas de seguro actuales (incluida del hogar, del automóvil y otros seguros de responsabilidad) del paciente que puedan cubrir el costo de la asistencia recibida, cualquier otro recurso financiero e información sobre la ciudadanía y residencia. Dicha información será presentada al estado como parte de la solicitud para el programa de asistencia pública para determinar la cobertura por los servicios provistos al individuo.

Si el individuo o el garante no pueden brindar la información necesaria, el Hospital puede (a petición del paciente) hacer esfuerzos razonables para obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Tales esfuerzos incluyen trabajar con pacientes para determinar si una factura de servicios debe enviarse al paciente para ayudarlo a alcanzar su deducible anual. Esto ocurrirá cuando el paciente esté agendando sus servicios hospitalarios, durante el registro previo, mientras el paciente ingresa al Hospital, al momento del alta médica o por un periodo razonable luego de recibir el alta médica. La información que obtenga el asesor de solicitud habilitado se mantendrá conforme a las leyes de seguridad y privacidad federales y estatales en vigencia.

El hospital también le avisará al paciente durante el proceso de solicitud de responsabilidad del paciente para informarles tanto al Hospital como a la agencia estatal que brinda cobertura de servicios de asistencia médica a cualquier tercero que pueda ser responsable del pago de siniestros, incluidos del hogar, del automóvil u otras pólizas de responsabilidad. Si el paciente ha presentado un reclamo de terceros o ha presentado una demanda contra un tercero, el asesor de solicitud habilitado le notificará al paciente cuál es el requerimiento para notificarles al prestador y al programa estatal dentro de los 10 días de tales acciones. También se le informará al paciente que el mismo debe reembolsar a la agencia estatal apropiada el monto de la asistencia médica cubierta por el programa estatal si hay una reclamación, o asignar derechos al estado para permitirle recuperar el monto aplicable correspondiente.

Cuando un individuo contacta al Hospital, el Hospital intentará identificar si el individuo califica para un programa de asistencia pública o a través de un programa de asistencia financiera del Hospital. Un individuo inscrito en un programa de asistencia pública puede calificar para ciertos beneficios. Los

individuos también pueden calificar para recibir asistencia adicional a través del programa de asistencia financiera del Hospital basado en el ingreso documentado del individuo y los gastos médicos permisibles.