



<b>N.º de política:</b>	08.26.001
<b>Revisado:</b>	04/2020
<b>Revisado:</b>	11/2020
<b>Sección:</b>	Finanzas

## **Asistencia financiera para pacientes**

### **Objetivo:**

Boston Medical Center, (el "Hospital" o "BMC"), desarrolló esta política para identificar y ayudar a las personas calificadas de bajos ingresos, sin seguro y con seguro insuficiente, inscritas en planes de seguro médico o programas de asistencia financiera para cubrir los gastos de atención médica y garantizar acceso oportuno y apropiado a la atención médicamente necesaria. Boston University Medical Group, (BUMG), como socio colaborador de BMC, acepta adherirse a las pautas establecidas en la Política de asistencia financiera del Hospital.

### **Declaración de política:**

Es política de BMC, en asociación con sus Centros de Salud Comunitarios autorizados, proporcionar la atención médicamente necesaria a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago, y ofrecer asistencia financiera a quienes no tienen seguro o tienen seguro insuficiente y no pueden pagar. Todos los pacientes que se presenten a BMC y requieran servicios de emergencia o de urgencia, u otra atención médicamente necesaria, serán tratados independientemente de su raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad o expresión de género o capacidad de pago.

BMC ofrece asistencia financiera a todos los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente, que demuestren una incapacidad para pagar todos o una parte de los cargos normalmente adeudados. Los pacientes sin capacidad financiera para pagar serán evaluados para determinar su elegibilidad bajo Medicaid u otros programas estatales, Planes de salud calificados, o serán evaluados según las pautas preestablecidas para determinar la elegibilidad para recibir asistencia bajo el Programa de Atención de Beneficencia del Hospital (CCP). El Programa de Atención de Beneficencia describe todas las circunstancias bajo las cuales los pacientes pueden calificar para recibir atención gratuita o con descuento. El nivel de descuento está determinado por los ingresos del hogar, los activos, el tamaño de la familia y las necesidades médicas de la persona, según se especifica en las pautas de elegibilidad del CCP.

La información sobre la oferta de programas de asistencia financiera del Hospital se pone a disposición de los pacientes cuando se registran para los servicios y cuando reciben una factura. Todos los pacientes pueden ser considerados para asistencia financiera en cualquier momento durante el ciclo de facturación y cobranza. A un paciente que se determine que es elegible para el

## **Boston Medical Center**

### **Asistencia financiera para pacientes**

Página: 2

Programa de Atención de Beneficencia de BMC nunca se le cobrará más de las cantidades generalmente facturadas por la prestación de servicios médicamente necesarios, ni el Hospital buscará calificar a un paciente para recibir atención gratuita o reducida bajo el Programa de Atención de Beneficencia con el propósito de generar negocios pagaderos bajo un programa federal de atención de la salud o para influir en la selección de un beneficiario de un proveedor, médico o prestador en particular.

El Comité de Finanzas de la Junta de Fideicomisarios del Boston Medical Center revisó y aprobó esta política. Se puede obtener información sobre la Política de Asistencia Financiera y el Programa de Asistencia Financiera, incluido el Resumen en lenguaje sencillo (Anexo A), el Formulario de Solicitud del Programa de Atención de Beneficencia de BMC o copias de esta política y los documentos del Programa de Atención de Beneficencia:

- En cualquier área de registro de pacientes dentro de BMC o BUMG
- Llamando al Departamento de Asesoramiento Financiero al (617) 414-5155 o visitando los centros de las oficinas, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., ubicadas en:
  - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118
  - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, (planta baja), Boston, MA. 02118
- Visitando el sitio web del Hospital en <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance> para revisar o descargar
- Enviando una solicitud por escrito de copias por correo a:
  - Boston Medical Center  
Atención: Oficina de Asesoramiento Financiero  
Shapiro Center  
725 Albany Street, Suite 3C  
Boston, MA 02118

### **Solicitud:**

La Política de Asistencia Financiera se aplica a Boston Medical Center, Boston University Medical Group y los siguientes Community Health Centers afiliados que operan bajo la licencia del Hospital:

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

### **Excepciones:**

Si bien BMC se compromete a ayudar a los pacientes con ingresos y recursos limitados a solicitar programas disponibles para cubrir el costo de la atención, el Programa de Atención de Beneficencia se limita a cubrir los servicios de emergencia, los servicios de urgencia y otra atención médicamente necesaria. Generalmente, los gastos excluidos de los descuentos bajo el CCP incluyen:

- Servicios proporcionados por médicos contratados que facturan de forma privada en lugar de a través de uno de los grupos de médicos afiliados al Hospital.

- Saldos de cuenta restantes después del procesamiento del seguro, como copagos, coseguros o deducibles del seguro adeudados por el paciente.
- Procedimientos electivos programados como cirugía estética y cirugía bariátrica, reclamos de vehículos motorizados, reclamos de responsabilidad de terceros, servicios de tarifa fija, servicios combinados, tarifas contratadas y otros servicios necesarios no médicos u otros servicios donde ya se hayan aplicado otros descuentos en el cargo.

**Definiciones:**

**Ley de Atención Médica Asequible, (ACA):** La ley de reforma integral de la atención de la salud, promulgada en marzo de 2010 (a veces conocida como ACA u Obamacare) que sirve: para hacer que atención de la salud asequible esté disponible para más personas al proporcionar subsidios ("créditos fiscales para las primas") que reducen costos para hogares con ingresos entre el 100% y el 400% del límite federal de pobreza; expandir 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 de la salud en general.

**Cantidades facturadas generalmente (AGB):** La cantidad por la que se miden los cargos para los pacientes sin seguro. A los pacientes sin seguro no se les cobrará más por servicios de emergencia, servicios urgentes u otra atención médicamente necesaria que las AGB para los pacientes que tienen cobertura de seguro. Para calcular la AGB, BMC utiliza el método retrospectivo que utiliza datos de los pagos de Medicaid, basados en el año fiscal de 12 meses anterior, para determinar el porcentaje de AGB que se aplicará a los cargos. El porcentaje de AGB utilizado por BMCHS y el método en el que se determinó están disponibles, sin cargo, en el Departamento de Asesoramiento Financiero para Pacientes (PFC) y en el Departamento. Las solicitudes se pueden realizar llamando a PFC al 617-414-5155 o enviando un correo electrónico a [DG-FinancialCounseling@bmc.org](mailto:DG-FinancialCounseling@bmc.org).

**Asesor de solicitudes certificado (CAC):** Una persona (afiliada a una organización designada) que está capacitada y puede ayudar a los consumidores, las pequeñas empresas y sus empleados a revisar las opciones de cobertura de salud que cumplen con la ACA, ofrecidas a través del Mercado de seguros de salud, y ayudar a determinar la elegibilidad y a completar los formularios de inscripción.

**Programa de Atención de Beneficencia:** Un programa de asistencia financiera ofrecido por Boston Medical Center que ofrece un porcentaje de descuento en el saldo de la cuenta del paciente según la capacidad de pago del paciente y una determinación de la elegibilidad del programa según lo especificado por la Política de asistencia financiera del hospital.

**Servicios electivos:** Servicios médicamente necesarios que no requieren atención o tratamiento de un departamento de emergencias u hospital de agudos para estabilización médica y, por lo tanto, no cumplen con la definición de servicios de emergencia o urgencia. El paciente generalmente, pero no exclusivamente, programa dichos servicios con anticipación.

**Servicios de emergencia:** Servicios médicamente necesarios que se brindan después del inicio

de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, por lo que se podría esperar razonablemente que la ausencia u omisión de atención médica inmediata afecte adversamente la afección o salud de la persona, que resulte en un grave peligro, deterioro o disfunción de cualquier parte del cuerpo u órgano corporal, con respecto a una mujer embarazada, como se define en mayor detalle en la sección 1867(e)(1)(B) de la Ley del Seguro Social, 42 USC § 1295dd(e)(1)(B). Los servicios de emergencia incluyen un examen de detección médica y tratamiento para afecciones médicas de emergencia, o cualquier otro servicio prestado según lo requerido de conformidad con lo que **EMTALA** (42 USC 1395(dd)) califica como atención de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen: servicios determinados como una emergencia por un profesional médico con licencia; atención médica para pacientes hospitalizados que está asociada con la atención de emergencia para pacientes ambulatorios; y transferencias para pacientes hospitalizados de otro hospital de cuidados intensivos a BMC para la prestación de atención para pacientes hospitalizados que de otro modo no está disponible en el hospital de transferencia.

**EMTALA:** Ley de trabajo y tratamiento médico de emergencia (EMTALA), una ley promulgada por el Congreso en 1986 para garantizar el acceso público a los servicios de emergencia independientemente de la capacidad de pago. La sección 1867 de la Ley del Seguro Social impone obligaciones específicas a los hospitales participantes de Medicare que ofrecen servicios de emergencia para proporcionar un examen de detección médica cuando se solicita un examen o tratamiento para una afección médica de emergencia, incluido el trabajo de parto activo, independientemente de la capacidad de una persona para pagar. Luego, se requiere que los hospitales proporcionen un tratamiento estabilizador a los pacientes con EMC. Si un hospital no puede estabilizar a un paciente dentro de su capacidad, o si el paciente lo solicita, se debe implementar una transferencia adecuada.

**Acciones extraordinarias de cobranza (ECA):** Cualquier acción tomada por BMC (o cualquier agente de BMC, incluida una agencia de cobranza) contra una persona relacionada con la obtención del pago de una factura cubierta por esta póliza que requiera un proceso legal o judicial, implica la venta de una deuda con otra parte, o informar información adversa sobre el individuo a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de informes crediticios. Colocar una cuenta con un tercero para el cobro no es una ECA.

**Pautas federales de pobreza (FPG):** Determinadas por el gobierno de los Estados Unidos y publicadas anualmente en el Registro Federal. Las FPG se basan en el tamaño de la familia y los ingresos de la familia y se utilizan para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera bajo los programas estatales de Medicaid y la Política de asistencia financiera de BMC.

**Cargos brutos:** El precio total establecido por la atención médica que BMCHS cobra de manera constante y uniforme a todos los pacientes antes de que se apliquen las asignaciones, descuentos u otras deducciones contractuales.

**Health Safety Net (HSN):** Health Safety Net es un programa de asistencia financiera que paga ciertos servicios médicamente necesarios proporcionados a pacientes calificados de bajos ingresos en los centros de salud comunitarios (CHC) y hospitales de cuidados intensivos de

Massachusetts. HSN también paga a los CHC y a los hospitales de cuidados intensivos por gastos médicos por dificultades (cuando los gastos médicos calificados superan un porcentaje específico de los ingresos de una familia) y por algunos tipos de deudas incobrables del hospital. HSN se creó para distribuir de manera más equitativa el costo de brindar atención no compensada a los residentes de Massachusetts de bajos ingresos a través de la oferta de atención gratuita o con descuento en los hospitales de agudos del estado. La combinación de Health Safety Net de atención no compensada se logra a través de una evaluación en cada hospital para cubrir el costo de la atención de pacientes sin seguro o con seguro insuficiente con ingresos inferiores al 300% del nivel federal de pobreza. La política del hospital es que todos los pacientes que reciben asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital incluyen los servicios de Health Safety Net como parte de la atención no remunerada que se brinda a los pacientes de bajos ingresos.

**Asegurado:** El estado de un paciente con seguro o cobertura de terceros que paga la totalidad o una parte de los Cargos Brutos del paciente por los servicios médicos. Esta categoría incluye a los pacientes cubiertos por un pagador gubernamental como Medicare, Medicaid, Champus y los beneficios de veteranos autorizados; así como pagadores privados como Medicare Advantage, organizaciones de atención administrada de Medicaid, atención comercial o administrada, compensación de automóviles y trabajadores.

**Medicamento necesario:** Servicios que se espera razonablemente que prevengan, diagnostiquen, prevengan el empeoramiento, alivien, corrijan o curen afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultar en enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios según lo autorizado por el Título XIX de la Ley del Seguro Social. Sin embargo, una clasificación de Medicamento Necesario no infringe ni abarca la clasificación de Servicios de Emergencia o las leyes de EMTALA asociadas con esa designación.

**Otros servicios:** Servicios en los que no se ha demostrado la necesidad médica al médico que realiza la revisión o en los que las calificaciones del paciente para el servicio pueden no cumplir con las definiciones generales del plan de seguro para cumplir con los criterios clave de necesidad médica para el servicio. Los servicios también incluyen procedimientos o tratamientos que muchos planes de seguro no consideran como médicamente necesarios, incluidos, entre otros: cirugía cosmética, fertilización in vitro (FIV) u otra terapia reproductiva avanzada (ART), servicios de bypass gástrico (en ausencia de determinación de necesidad médica por parte del pagador), y artículos de conveniencia para el paciente, como cargos relacionados con los servicios nocturnos más allá de los necesarios para la atención médica o los servicios nocturnos del paciente (internación u hospitalización parcial) donde no hay una necesidad médica claramente demostrada.

**Servicios de atención primaria:** Servicios de atención de la salud, habitualmente prestados por médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeros practicantes de atención primaria o asistentes médicos. Los servicios de atención primaria no

requieren los recursos especializados de un hospital de agudos, 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 el Mercado de Seguros de Salud, que brinda beneficios de salud esenciales, sigue los límites establecidos en los costos compartidos (como deducibles, copagos y montos máximos de desembolso personal) y cumple con otros requisitos según la Ley de Atención Médica Asequible.

**Descuento de pago por cuenta propia:** Un porcentaje de descuento del saldo de la cuenta de pago por cuenta propia del paciente en función del estado de No asegurado del paciente. BMC ofrece a los pacientes sin seguro un descuento por pago propio basado en el cálculo más reciente de AGB.

**Con seguro insuficiente:** El estado del paciente que tiene algún tipo de seguro médico que no brinda la protección financiera adecuada, lo que resulta en la incapacidad del paciente para cubrir los gastos de su bolsillo y de atención médica, como copagos, coseguro y deducibles determinados por el proveedor de seguros, y adeudados por el paciente por los servicios médicos prestados.

**No asegurado:** El estado de un paciente que no tiene ningún seguro médico vigente para una fecha específica de servicio o cuando su cobertura no es efectiva para un servicio específico debido a limitaciones de la red, agotamiento de los beneficios del seguro u otros servicios no cubiertos.

**Servicios de atención de urgencia:** Servicios médicamente necesarios que se brindan después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor severo) que una persona prudente podría esperar razonablemente que la falta de atención médica dentro de las 24 horas provoque: peligro en la salud del paciente, deterioro de la función corporal, o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se brindan para afecciones que no ponen en peligro la vida y no representan un alto riesgo de daño grave para la salud de una persona. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria ni electiva.

## **Procedimientos**

### **I. Cobertura de servicios de atención de la salud**

BMC brinda atención a todos los pacientes que requieren servicios de emergencia, servicios de urgencia, otros servicios médicamente necesarios y mujeres embarazadas en trabajo de parto activo, independientemente de su capacidad de pago. De acuerdo con los requisitos de la Ley federal de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto activo (EMTALA), el Hospital realizará un examen de detección médica para todos los pacientes que se presenten en un centro de BMC en busca de servicios de emergencia para determinar si existe una afección médica de emergencia. El profesional médico tratante determinará si se necesitan servicios de emergencia o que no sean de emergencia mediante la evaluación del nivel de atención y tratamiento necesarios para cada paciente

en función de los síntomas clínicos que presente y siguiendo los estándares de práctica aplicables.

- A. La elegibilidad para recibir atención gratuita o reducida bajo el Programa de Atención de Beneficencia de BMC se aplica a los servicios de atención primaria, urgente y de emergencia. Las determinaciones de elegibilidad generalmente se realizan después de la prestación del servicio y se basan en el estado financiero del paciente según lo determinan las Pautas federales de pobreza (FPG) y el tipo y clasificación de la atención médica brindada por el paciente. (Consulte el Anexo C para ver la tabla FPG).
- B. Los servicios de atención primaria incluyen la atención médica necesaria para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Estos servicios generalmente se programan con anticipación o pueden ser programados para el mismo día por el paciente o el médico.
  - a. La atención primaria la brindan habitualmente médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeras o asistentes médicos de atención primaria y no requiere los recursos especializados de un departamento de emergencias de un hospital de agudos, y puede excluir los servicios auxiliares y los servicios de atención de maternidad.
- C. Los servicios que no son de emergencia ni de urgencia, según los clasifica el médico tratante, se consideran servicios electivos y, por lo general, no son elegibles para descuentos en el programa de beneficencia del Hospital.
  - a. Los servicios que no sean de emergencia o de urgencia (es decir, atención primaria o electiva) se pueden retrasar o diferir luego de una consulta con el médico de atención primaria o tratante del paciente, según corresponda si el paciente está médicamente estable o el Hospital no puede obtener o verificar una fuente de pago, u obtener información para determinar la elegibilidad para un seguro médico público o privado que cubra el costo de los servicios.
  - b. Los servicios que no sean de emergencia o de urgencia no están explícitamente excluidos de los descuentos. BMC se reserva el derecho de extender la consideración individual a los pacientes que demuestren dificultades financieras únicas y ofrecer descuentos caso por caso, de acuerdo con la Política de Crédito y Cobro de BMC, y más allá de las otras disposiciones descritas en la FAP.
- D. La elegibilidad del Programa de Atención de Beneficencia de BMC se aplica de manera constante a todos los Servicios de Emergencia, Servicios de Urgencia, Servicios de Atención Primaria y otra atención Médicamente Necesaria proporcionada por el Hospital.

## **II. Asistencia financiera y elegibilidad para el programa**

- A. BMC ofrece un descuento de pago por cuenta propia 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 que se aplica el descuento de pago por cuenta propia, el paciente puede solicitar y postularse al Programa de Atención de Beneficencia de BMC.
  - a. Si un paciente sin seguro recibe un descuento por pago propio y posteriormente proporciona información de cobertura de seguro válida para la fecha de servicio del encuentro, el descuento por pago propio se revertirá y BMC facturará al tercero.
  - b. Si un paciente sin seguro recibe un descuento de pago por cuenta propia y posteriormente califica para recibir asistencia financiera en el marco del Programa de Atención de Beneficencia, el descuento de pago por cuenta propia se revertirá y se aplicará el descuento del Programa de Atención de Beneficencia para clasificar correctamente el ajuste de la cuenta.
  - c. Servicios generalmente excluidos del descuento de pago por cuenta propia para pacientes:
    - i. Servicios proporcionados por médicos que son contratistas independientes y facturan en forma privada la atención brindada en lugar de a través de uno de los grupos de médicos afiliados a BMC.
    - ii. Saldos de cuenta después del procesamiento del seguro, incluidos copagos, coseguros y deducibles del seguro.
    - iii. Los servicios electivos como cirugía cosmética, reclamos de vehículos motorizados, reclamos de responsabilidad de terceros, servicios de tarifa fija, servicios combinados, tarifas contratadas, otros servicios que no son médicamente necesarios u otros servicios donde ya se han aplicado otros descuentos a los cargos son típicamente, pero no explícitamente, se excluye del descuento de pago por cuenta propia ya que se puede aplicar una contraprestación individual.
- B. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que demuestren necesidad económica de atención médica son evaluados para determinar su elegibilidad y cobertura según pautas coherentes y preestablecidas determinadas por los programas estatales de Medicaid, los planes de salud calificados y el Programa de Atención de Beneficencia de BMC.
- C. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el prerregistro, el registro, la estadía hospitalaria, el servicio ambulatorio o durante el transcurso del ciclo de facturación y cobranza solicitando y enviando una solicitud completa de asistencia financiera.
- D. Un Consejero Certificado de Solicitud (CAC) está disponible en el Departamento de Asesoramiento Financiero del Hospital para evaluar a los pacientes para determinar la elegibilidad del programa y brindar asistencia en persona para la



inscripción según sea necesario. Elementos necesarios para solicitar el Programa de Atención de Beneficencia:

- a. Solicitud completa, firmada por el paciente y el cónyuge del paciente si está casado, o por un garante (es decir, padre o tutor).
- b. Prueba de residencia
- c. Prueba de identidad
- d. Comprobante de ingresos del hogar
  - i. Ingresos devengados
  - ii. Ingresos no devengados
  - iii. Ingreso de alquiler
- e. Declaración de apoyo (si no se informan ingresos)
- f. Información de activos, que incluye:
  - i. Estados de cuenta bancarios
  - ii. Pólizas de seguro de vida
  - iii. Valores de la propiedad, excluida la residencia principal

E. Todos los pacientes que soliciten asistencia financiera primero deben ser evaluados para determinar su elegibilidad según los programas de asistencia pública o QHP específicos del estado de residencia del paciente.

- a. En Massachusetts, los programas incluyen, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas operado por Health Connector, el Programa de seguridad médica para niños, Health Safety Net y Medical Hardship.
- b. Los pacientes que califican para una opción de cobertura pública deben cumplir con el proceso de solicitud para ese programa y recibir una denegación antes de invocar beneficios adicionales bajo el Programa de Atención de Beneficencia.
- c. El proceso de selección y solicitud para el seguro de salud público lo completan los Consejeros Certificados de Solicitud (CAC) en el hospital. Las solicitudes pueden completarse y enviarse en papel, por fax o en línea a través del sistema estatal de intercambio de seguros médicos (HIX).

F. Los CAC del Hospital también pueden ayudar a los pacientes a solicitar la Presunta Elegibilidad para otorgar a los pacientes en circunstancias especiales acceso inmediato a los servicios cubiertos a través de MassHealth o Health Safety Net.

- i. El proceso de presunta elegibilidad lo completa un CAC, quien, sobre la base de la autodeclaración de la información financiera del paciente, determinará que el paciente cumple con la definición estatal de Paciente de bajos ingresos y, por lo tanto, calificará al paciente para la cobertura de MassHealth o HSN.
- ii. Una designación de elegibilidad presunta proporciona un período limitado de cobertura elegible, que comienza en la

fecha en que el CAC del hospital toma la determinación hasta el final del mes siguiente. Durante un período de presunta elegibilidad, los pacientes deben completar y enviar una solicitud completa con los documentos de verificación requeridos para garantizar la cobertura continua.

G. Si se determina que un paciente no es elegible para un programa de asistencia pública, QHP, HSN o dificultad médica, se evaluará la elegibilidad del paciente para el programa según el Programa de Atención de Beneficencia del Hospital.

a. A través de la participación en Health Safety Net de Massachusetts, los pacientes de bajos ingresos, sin seguro y con seguro insuficiente que reciben servicios en BMC pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera, incluida la atención gratuita o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de HSN. La política del hospital es que todos los pacientes que reciben asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital incluyen los servicios de Health Safety Net como parte de la atención no remunerada que se brinda a los pacientes de bajos ingresos.

i. *Health Safety Net - Primary*: Los residentes de Massachusetts sin seguro médico con ingresos verificados entre el 0 y el 300% del nivel federal de pobreza pueden ser elegibles para los servicios elegibles de Health Safety Net.

a. El período de elegibilidad y el tipo de servicios cubiertos por *HSN Primary* están limitados para los pacientes elegibles para la inscripción en el Programa de pago de asistencia para primas de Massachusetts operado por Health Connector.

b. Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de seguro médico para estudiantes de Massachusetts no son elegibles para *HSN Primary*.

ii. *Health Safety Net - Secondary*: Los pacientes que son residentes de Massachusetts con seguro médico primario e ingresos entre 0 y 300% del nivel federal de pobreza pueden ser elegibles para los servicios elegibles de Health Safety Net.

a. El período de elegibilidad y el tipo de servicios para *HSN-Secondary* son limitados para los pacientes elegibles para inscribirse en el Programa de pago de asistencia para primas operado por Health Connector.

iii. *Health Safety Net - Deducibles parciales*: Los pacientes que califican para *HSN Primary* o *HSN - Secondary* con ingresos entre 150.1% y 300% del Nivel federal de pobreza pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo

familiar de facturación de primas tienen ingresos que están por encima del 150,1% del nivel federal de pobreza. No hay deducible para ningún miembro del grupo familiar de facturación de primas si los ingresos superan el 150,1% del nivel federal de pobreza. El deducible anual es igual al mayor de:

- a. el Programa de Pago de Asistencia de Prima de menor costo Operado por la prima de Health Connector, ajustado al tamaño del Grupo Familiar de Facturación de Prima proporcionalmente a los estándares de ingresos del nivel federal de pobreza de MassHealth, al comienzo del año calendario; o
  - b. 40% de la diferencia entre el ingreso familiar bruto ajustado modificado de MassHealth más bajo o el ingreso contable familiar por dificultades médicas, como se describe en 101 CMR 613.04 (1), en el grupo familiar de facturación de primas del solicitante y el 200% del nivel federal de pobreza.
- iv. *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 permitidos han agotado tanto sus ingresos contables que no puede pagar los servicios de salud. Para calificar para *Medical Hardship*, los gastos médicos permitidos del solicitante deben exceder un porcentaje específico de los ingresos del solicitante de la siguiente manera:
- a. Nivel de ingresos Porcentaje de ingresos contables:

0 a 205%	Nivel federal de pobreza 10%
205.1 a 305%	Nivel federal de pobreza 15%
305.1 a 405%	Nivel federal de pobreza 20%
405.1 a 605%	Nivel federal de pobreza 30%
Más del 605,1%	Nivel federal de pobreza 40%
  - b. La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado del Ingreso Contable basado en el nivel federal de pobreza de la familia de *Medical Hardship*, multiplicado por el Ingreso Contable real menos las facturas que no son elegibles para el pago de Health Safety Net, por las cuales el solicitante seguirá siendo responsable.
- b. Las personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad para calificar para asistencia financiera bajo un programa Health Safety Net descrito en II.E. de la FAP pueden tener facturación existente por servicios prestados antes de los 10 días anteriores a la fecha de solicitud

para la cobertura de Health Safety Net. Según las regulaciones de Health Safety Net, ciertos servicios primarios y electivos no serán elegibles para la cobertura de Health Safety Net antes del período de 10 días y la persona sigue siendo responsable de dichos montos de factura. En el momento en que se determine la elegibilidad de Health Safety Net, BMC proporcionará una cobertura de atención de beneficencia del 100% de estas facturas por los servicios prestados antes del período de 10 días y no participará en el cobro adicional de estas facturas.

- H. Los pacientes que se determine que no son elegibles para un programa de asistencia pública, QHP, HSN o Medical Hardship serán evaluados para determinar su elegibilidad según el Programa de Atención de Beneficencia de BMC. La información recopilada se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de Atención de Beneficencia.
- a. Los pacientes sin seguro que se determine que son elegibles para el Programa de Atención de Beneficencia calificarán para un descuento, que se aplicará a los cargos brutos que pueden cubrir la totalidad o una parte de sus facturas médicas impagas. A un paciente elegible para el Programa de Atención de Beneficencia nunca se le cobrará más de AGB. La elegibilidad de los pacientes y el descuento aplicable se determinan utilizando la tabla del Anexo C.
  - b. Los pacientes con seguro insuficiente que se determina que son elegibles para el Programa de Atención de Beneficencia califican para un descuento aplicado a los saldos de las cuentas después del procesamiento del seguro. La elegibilidad de los pacientes y el descuento aplicable se determinan utilizando la tabla del Anexo C.
  - c. La elegibilidad para atención gratuita o reducida, en todos los casos considerados para asistencia financiera, se determina utilizando las Pautas Federales de Pobreza publicadas más recientemente (Ver anexo C).
    - i. Los límites de activos para la elegibilidad no pueden exceder los \$3,000 para el solicitante y \$3,000 para el cónyuge del solicitante, si corresponde.
    - ii. Las determinaciones de activos nunca incluirán la residencia principal o el automóvil principal del paciente.
  - d. BMC utiliza el método retrospectivo para determinar los AGB al facturar a los pacientes sin cobertura de seguro que no califican para el Programa de Atención de Beneficencia de BMCHS. BMC revisa los datos de reclamos pasados reales pagados por Medicaid para establecer un porcentaje de los cargos totales que se descontarán y aplicarán anualmente como el descuento de pago por cuenta propia.
  - e. BMC no facturará a una persona no asegurada más que la tarifa AGB. Para 2021, el porcentaje de descuento calculado para AGB es del 70%.

La información sobre el cálculo de AGB utilizado por BMCHS y el método por el cual se determinó está disponible a pedido comunicándose con Servicio al Cliente al 888-489-0169.

- f. BMC no factura ni espera el pago de los cargos brutos/totales de ninguna persona que califique bajo la FAP o que no tenga seguro médico, pero no califique para asistencia financiera.
- K Se puede dar consideración individual a los pacientes que demuestren situaciones financieras únicas, y los descuentos se pueden extender caso por caso, de acuerdo con la Política de Crédito y Cobro del hospital y más allá de las otras disposiciones descritas en la FAP, para reconocer casos de dificultades económicas.

### **III. Método para solicitar asistencia financiera**

- A. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera:
  - a. Visitando las oficinas de Asesoramiento Financiero para Pacientes en Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, y Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, en la planta baja.
  - b. Llamando al Departamento de Asesoramiento Financiero al (617) 414-5155 para ser examinado por teléfono o para programar una cita con el Asesor Financiero, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
  - c. Enviando por correo una solicitud por escrito de información de la FAP, incluidas copias del Formulario de evaluación de asistencia financiera y la solicitud del Programa de Atención de Beneficencia de BMC, que se completarán y enviarán por correo para su procesamiento.
    - i. La solicitud de FAP y del Programa de Atención de Beneficencia de BMC está disponible en <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance>, y puede imprimirse, completarse y devolverse en persona o por correo para su procesamiento.
    - ii. Al presentar la solicitud por correo, los pacientes deben enviar el formulario de evaluación de asistencia financiera, la solicitud y copias de los documentos solicitados a:
      - Boston Medical Center  
Atención: Asesoramiento Financiero para Pacientes  
725 Albany Street, Suite 3C  
Boston, MA 02118
- B. Determinación de elegibilidad
  - a. El departamento de Asesoramiento Financiero para Pacientes de BMC es responsable de determinar la elegibilidad según la documentación proporcionada por el paciente para el proceso de solicitud. Los pacientes pueden comunicarse con el departamento de Asistencia Financiera si tienen preguntas sobre las determinaciones de elegibilidad llamando al (617) 414-5155.

- b. Una vez que se reciba y procese una solicitud completa, se tomará una determinación de elegibilidad y se notificará al solicitante por escrito de la decisión.
- c. Notificación de solicitud de información adicional o denegación:
  - i. La asistencia financiera no se negará basándose únicamente en una solicitud incompleta presentada inicialmente por el paciente. En la sección II.D de esta política se hace referencia a los tipos de documentación más comunes que se requieren para presentar una solicitud y se describen en el documento resumen de BMC adjunto (Anexo B).
  - ii. Si se necesita documentación adicional para tomar una determinación, el paciente será notificado por correo de USPS con una solicitud para devolver los documentos de verificación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la notificación.
  - iii. Si el paciente no proporciona documentación adicional, es posible que se rechace la solicitud de asistencia financiera y se le facturará al paciente de acuerdo con la Política de crédito y cobro de BMC.
    - a. Los pacientes sin seguro que no se consideren elegibles o que se les nieguen los programas de asistencia financiera recibirán el descuento por pago propio según corresponda.
    - b. Los pacientes con seguro insuficiente que se consideren no elegibles o que se les nieguen los programas de asistencia financiera serán responsables del saldo restante de la cuenta después del procesamiento del seguro.
    - c. BMC hará un esfuerzo razonable para cobrar los saldos adeudados.
      - i. El paciente recibirá un mínimo de cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días antes de que se considere la cuenta para la designación de deuda incobrable.
      - ii. Otros esfuerzos de cobranza incluyen llamadas telefónicas, cartas de cobranza, avisos de contacto personal, notificaciones por computadora o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino para contactar a la parte responsable del saldo.
      - iii. BMC tiene un contrato con una agencia de cobranza externa para ayudar en el cobro de ciertas cuentas, incluidas las cantidades a cargo

del paciente que no se resuelven después de la emisión de facturas del Hospital o avisos finales. Sin embargo, BMC no participa en una Acción Extraordinaria de Cobranza, (ECA), para obtener el pago de los saldos de las cuentas vencidas.

- d. La Política de crédito y cobro de BMC está disponible para su revisión en el sitio web del hospital en <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance>.
- e. Notificación de aprobación
  - i. Los pacientes aprobados, sin seguro o con seguro insuficiente recibirán un descuento según se especifica en la FAP (consulte el Anexo C para obtener un resumen de los criterios de elegibilidad y el descuento aplicable).
  - ii. BMC se comunicará con el paciente a través del correo de USPS para notificar la aprobación del programa de asistencia financiera. Esta notificación incluirá los pasos que un paciente puede tomar para obtener información sobre cómo se determinó la responsabilidad del paciente, si corresponde, así como información que confirme que el saldo adeudado no supera los montos generalmente facturados.
  - iii. Si un paciente ya ha establecido un plan de pago o ha realizado pagos en su cuenta, y posteriormente es aprobado para el Programa de Atención de Beneficencia de BMC, cualquier pago sobre el monto del copago del programa de atención de beneficencia se aplicará a otras cuentas pendientes o se reembolsará al paciente si no existen otras deudas pendientes.
  - iv. Si a un paciente aprobado se le han impuesto acciones extraordinarias de cobro, BMC tomará todos los pasos razonablemente disponibles para revertir las acciones tomadas una vez que se determine la elegibilidad y aprobación del Programa de Atención de Beneficencia de BMC del paciente.
- f. Obligaciones del paciente
  - i. Los pacientes deben participar en el proceso de selección de asistencia financiera y aceptar solicitar la cobertura de seguro de salud disponible si se consideran potencialmente elegibles para un programa estatal de asistencia pública o un plan de salud calificado.
  - ii. BMC se reserva el derecho de solicitar la verificación de una solicitud denegada para un programa de seguro de salud disponible antes de que el paciente pueda ser considerado para

- asistencia financiera bajo el Programa de Atención de Beneficencia de BMC.
- iii. Se requiere que los pacientes presenten una solicitud del Programa de Atención de Beneficencia de BMC completada y firmada y que proporcionen documentación para verificar los ingresos, los activos y el estado de residencia necesarios para inscribirse en la cobertura de seguro médico o para solicitar asistencia en el Programa de Atención de Beneficencia de BMC. (Consulte el Adjunto D para la Solicitud del Programa de Atención de Beneficencia).
  - iv. Los pacientes deben divulgar completamente cualquier cobertura de Compensación para Trabajadores, Vehículos Motorizados o Responsabilidad de Terceros y cooperar con las solicitudes para que el pagador procese las reclamaciones.
  - v. Los pacientes están obligados a proporcionar a la oficina de Asesoramiento Financiero del Hospital actualizaciones oportunas con respecto a los cambios de dirección, empleo o estado del seguro según lo requieran los programas de asistencia financiera.
  - vi. Los pacientes deben estar de acuerdo en pagar los saldos de las cuentas después del procesamiento del seguro, no son elegibles para descuentos bajo la FAP, como copagos, coseguros y deducibles.
- g. Obligaciones de BMC
- i. BMC hará todos los esfuerzos razonables para recopilar el estado del seguro del paciente y la información financiera necesaria para determinar la responsabilidad del pago de todos los servicios de atención de la salud para pacientes hospitalizados o ambulatorios durante el registro previo del paciente, en la fecha del servicio, cuando el paciente sea admitido en el Hospital, al momento del alta o durante un tiempo razonable después del alta hospitalaria. Los esfuerzos razonables incluyen:
    - a. Solicitar la tarjeta de seguro del paciente
    - b. Verificar la cobertura en el sistema de elegibilidad del Hospital
    - c. Verificar la cobertura a través del acceso a bases de datos de seguros públicos o privados
    - d. Obtener información de terceros pagadores
  - ii. BMC intentará investigar a cualquier tercero pagador que pueda ser responsable de pagar los servicios prestados, incluidos, entre otros:



- a. Póliza de responsabilidad civil del propietario o del vehículo de motor
  - b. Pólizas generales de accidentes
  - c. Programas de compensación laboral
  - d. Pólizas de seguro estudiantil
- iii. Si el paciente o el garante/tutor no puede proporcionar la información necesaria y el paciente da su consentimiento, entonces BMC puede intentar comunicarse con familiares, amigos, garante/tutor u otros terceros apropiados para obtener información adicional.

#### **IV. Notificación de disponibilidad de asistencia financiera**

- A. BMC utiliza las siguientes medidas para dar a conocer ampliamente su Política de asistencia financiera:
- a. Informa al paciente sobre el Programa de Atención de Beneficencia de BMC y ofrece una copia del Resumen en lenguaje sencillo (PLS) en el momento del registro como parte del proceso de admisión estándar.
  - b. Coloca letreros con respecto a la oferta de programas de asistencia financiera, incluido cómo y dónde solicitarlos, se colocan de manera prominente en los lugares de acceso de los pacientes en todo BMC:
    - i. En departamentos o áreas de espera donde se brindan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios, clínicas y de emergencia.
    - ii. En las oficinas de asesoramiento financiero para pacientes
    - iii. En áreas centrales de admisión y registro de pacientes
  - c. Hace copias disponibles de la política, el formulario de selección, la solicitud y el Resumen en lenguaje sencillo:
    - i. A solicitud del paciente, en persona, por teléfono o por correo.
    - ii. En el sitio web del Hospital, para su revisión o descarga en <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance>
    - iii. En centros de acceso de pacientes en BMC
  - d. Proporciona un aviso general de la disponibilidad del programa de asistencia financiera en los estados de cuenta de los pacientes.
- B. Todas las notificaciones publicadas y los materiales escritos relacionados con la FAP, incluido el formulario de selección, la solicitud, el PLS y los folletos educativos, se traducen a otros idiomas además del inglés, si dicho idioma es hablado por el 5% o más de la población que reside en el área de servicio de BMC. Actualmente, todos los letreros y materiales escritos se traducen a los siguientes idiomas:
- a. English
  - b. Español
  - c. Criollo haitiano

- d. Portugués
- e. Criollo portugués

**V. Prácticas de cobranza y facturación hospitalaria**

- A. BMC tiene el deber fiduciario de solicitar el reembolso, por la prestación de servicios de personas que pueden pagar, de terceros aseguradores que cubren el costo de la atención y de otros programas de asistencia para los que el paciente es elegible.
- B. Como se describe en la Política de crédito y cobranza, BMC sigue procedimientos razonables de facturación y cobranza:
  - a. Cada estado de cuenta recibido por un paciente es un intento de cobrar un saldo adeudado. Cada estado de cuenta incluirá información para informar al paciente o al garante sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera, incluido cómo solicitar y postularse a la asistencia;
  - b. BMC documentará la actividad de cobro continua que incluye un mínimo de cuatro (4) estados de cuenta del paciente durante un período de 120 días antes de que la cuenta se considere para la designación de deuda incobrable.
  - c. En una notificación final, se informará al paciente o al garante que la cuenta puede ser remitida a una agencia de cobranza externa y se le informará sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera.
  - d. BMC documentará todos los esfuerzos alternativos realizados para localizar a una parte responsable del saldo de la cuenta o para obtener una dirección correcta en los extractos de facturación devueltos por el servicio postal como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar".
  - e. BMC documentará y mantendrá datos con respecto a la facturación continua o las acciones de cobro realizadas con el propósito de revisiones de auditoría por parte de una agencia federal o estatal para el informe de costos del año fiscal en el que se informa la factura o cuenta.
  - f. BMC no llevará a cabo una acción continua de facturación o cobranza en los saldos de las cuentas del hospital de menos de \$25.00, ya que su costo es prohibitivo. Sin embargo, BUMG continuará facturando y cobrando los saldos de las cuentas superiores a \$5 por la prestación de servicios médicos.
- C. Se alienta a los pacientes que no sean elegibles para los programas de asistencia financiera pero que puedan demostrar dificultades económicas debido a circunstancias inusuales o imprevistas a que informen sobre su situación al Asesoramiento Financiero para pacientes para su consideración individual. BMC, de acuerdo con su Política de Crédito y Cobranza, puede aplicar discreción y extender descuentos más allá de las disposiciones de la Política de Asistencia Financiera estudiando cada caso particular para reconocer casos únicos de dificultades financieras.
- D. La Política de crédito y cobro de BMC está disponible para su revisión en el sitio web del hospital en <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance>.

**Responsabilidad:**

**Adjuntos/Anexos:**

- Anexo A: Resumen en lenguaje sencillo de BMC
- Anexo B: Resumen de los documentos de verificación aceptables de la FAP
- Anexo C: Pautas de elegibilidad y descuento para el programa de atención de beneficencia
- Anexo D: Solicitud del programa de atención de beneficencia de BMC

**Otras políticas relacionadas:**

- 09.11.000 Tratamiento y traslado de pacientes de emergencias
- 08.26.000 Crédito y Cobranzas

**Referencias:**

**Sección:**

**Núm. de política:**

**Título:**

Asistencia financiera para pacientes

**Iniciado por:**

Asesoramiento Financiero para Pacientes

**Departamentos contribuyentes:**

Ciclo de ingresos

- Asesoramiento Financiero para Pacientes
- Servicios de Acceso para Pacientes
- Estrategia de Ciclo de Ingresos y Servicios Financieros para Pacientes
- Integridad de Ingresos y Facturación Profesional

Sistemas de Reembolso y Pago

Legal y Cumplimiento

Attachment A\_FAP Plain Language Summary



**Boston Medical Center**



## BMC Financial Assistance Policy: **Plain Language Summary**

Boston Medical Center, provides medically necessary care to all patients, regardless of race, color, religion, sex, national origin, age, disability, gender identity or expression, or the ability to pay. BMC offers financial assistance to low-income, uninsured or underinsured patients, who demonstrate need and an inability to pay for healthcare. BMC will work with patients to determine the patient's eligibility for financial assistance and help the patient apply for coverage under Medicaid or other state programs, federally qualified health plans, or assistance under the hospital's Charity Care Program. Patients eligible for the Charity Care Program will not be charged more than amounts generally billed for emergency or other medically necessary care.

### **Who is eligible?**

Low-income, uninsured and underinsured patients who require medically necessary care and are unable to pay for services may apply for financial assistance programs. Program eligibility is based upon guidelines which include an individual's household income, family size, medical needs, and state of residence. How a patient qualifies for financial assistance will determine the type of program for which they are eligible. Some patients will qualify for programs that do not require them to pay for services, while other programs may require an eligible patient to make a partial payment. Additionally, in Massachusetts, residents may qualify for Medical Hardship, a program available through the state's Health Safety Net. Regardless of household size and income, a person may qualify for Medical Hardship if their allowable medical expenses are greater than an established percentage of their household income. Patients determined ineligible for coverage under state or federal financial assistance programs will be evaluated for eligibility under the hospital's Charity Care Program.

### **How to Apply:**

Information about BMC's Financial Assistance Policy, Charity Care Program, and application, are available as follows:

- Contact Patient Financial Counseling at (617) 414-5155 or visit an office location, Monday through Friday, from 8 AM to 5 PM, at:
  - Shapiro Center, 725 Albany Street, Suite 3C, Boston, MA. 02118; or
  - Yawkey Center, 850 Harrison Avenue, (Ground Floor), Boston, MA. 02118
- Visit the Hospital website at <https://www.bmc.org/services/patient-financial-assistance-program>
- Make a written request for program information and application instructions by mail to:  
Boston Medical Center  
Attention: Patient Financial Counseling  
725 Albany Street, Suite 3C  
Boston, MA 02118

Information is available to all patients in English, Spanish, Haitian Creole, Portuguese, and Portuguese Creole. Assistance to complete an the application in other languages is available through MassHealth's interpretive services at 1-800-841-2900 or by calling Patient Financial Counseling at 617-414-5155 or visiting an office location in Shapiro Center or Yawkey Center.

v.1\_10/2020

Attachment B\_Summary of FAP Acceptable Verification Documents



Date: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**Boston Medical Center Charity Care Program**

To apply for the BMC's Charity Care Program, please complete and return the application and include copies of documents to verify your household income, assets, and home address. A list of acceptable documents is provide below. The application and documentation requested may be returned as follows:

- **By Fax:** (617) 414-4024, or (617) 414-7584
- **By Email:** [patfinoutreach@bmc.org](mailto:patfinoutreach@bmc.org)
- **By Delivery:**

<b>Patient Financial Services</b> 725 Albany Street (Shapiro Building) 3 <sup>rd</sup> floor Suite 3C Business Hours: Monday - Friday, 8 AM to 5 PM Office Phone: (617) 414-5161	<b>Patient Financial Services</b> 850 Harrison Avenue (Yawkey Building) Basement Level - Room BR03 Business Hours: Monday - Friday, 8 AM to 5 PM Office Phone: (617) 414-5163
--	---

\* BMC reserves the right to request additional documentation, not listed below, as needed to determine program eligibility.

Acceptable Verification Documents	
<b>Proof of Identity</b>	<input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> State Issued Driver's License <input type="checkbox"/> State Issued Picture ID <input type="checkbox"/> School ID
<b>Proof of Residency</b>	<input type="checkbox"/> Bank Statements <input type="checkbox"/> Government Documents <input type="checkbox"/> Court Documents <input type="checkbox"/> Income Tax Statement <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Vehicle Registration <input type="checkbox"/> Auto Insurance Card <input type="checkbox"/> Lease Agreement or Mortgage Document <input type="checkbox"/> Written affidavit*
<b>Proof of Income</b>	<input type="checkbox"/> Recent Pay Stubs: 2 (if weekly) or 1 ( if bi-weekly) <input type="checkbox"/> Most recent copy of 1040 Federal Tax Return Form <input type="checkbox"/> Letter from Employer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letter must include: Applicant's name; date of hire; rate of pay and frequency of paycheck, (weekly or bi-monthly); employer's name and contact information.</li> </ul> <input type="checkbox"/> Self-Employment Verification <ul style="list-style-type: none"> <li>• Most recent copy of 1040 federal tax Form and attachments</li> <li>• Written affidavit*</li> </ul> <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Spousal Support/Alimony <input type="checkbox"/> Pension or Annuities: Photocopy of award letter or check stubs. <input type="checkbox"/> Rental income: tax bill, owner's insurance, water, and sewerage bills <input type="checkbox"/> Unemployment Compensation <input type="checkbox"/> Veteran Benefits <input type="checkbox"/> Worker's Compensation
<b>Assets Verification</b>	<input type="checkbox"/> Bank Statement(s) <input type="checkbox"/> Stocks, Bonds, Mutual Funds, Etc. <input type="checkbox"/> Property Value <input type="checkbox"/> IRA's & Keough's <input type="checkbox"/> Trust Funds <input type="checkbox"/> Life Insurance(s)

To avoid delays in obtaining coverage, documents must be returned to Patient Financial Services by \_\_\_\_\_.

v.1\_08/2020

Attachment C\_Charity Care Program Eligibility Guidelines and Discount



<b>BMC Charity Care Program Guidelines for Eligibility</b>			
<b>Eligibility Designation</b>	<b>0 - 150% FPG</b>	<b>151% - 300% FPG</b>	<b>Over 300% FPG</b>
<b>Uninsured</b>	100% Discount	90% Discount	70% Discount
<b>Underinsured</b>	100% Discount	90% Discount	<b>Not Eligible</b> Patient is responsible for balance after insurance
* Asset Limits may not exceed \$3,000 for the applicant and \$3,000 per each household member * Asset determinations do not include primary residence or primary automobile			

<b>2021 Federal Poverty Level Guidelines</b>										
<b>Family Size</b>	<b>100% FPG</b>		<b>125% FPG</b>		<b>187.5% FPG</b>		<b>200% FPG</b>		<b>300% FPG</b>	
	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>	<b>Annual Income</b>	<b>Monthly Income</b>
<b>1</b>	\$12,880	\$1,073	\$16,100	\$1,342	\$24,150	\$2,013	\$25,760	\$2,147	\$38,640	\$3,220
<b>2</b>	\$17,420	\$1,452	\$21,775	\$1,815	\$32,663	\$2,722	\$34,840	\$2,903	\$52,260	\$4,355
<b>3</b>	\$21,960	\$1,830	\$27,450	\$2,288	\$41,176	\$3,431	\$43,920	\$3,660	\$65,880	\$5,490
<b>4</b>	\$26,500	\$2,208	\$33,125	\$2,761	\$49,689	\$4,141	\$53,000	\$4,417	\$79,500	\$6,625
<b>5</b>	\$31,040	\$2,587	\$38,800	\$3,234	\$58,202	\$4,850	\$62,080	\$5,173	\$93,120	\$7,760
<b>6</b>	\$35,580	\$2,965	\$44,475	\$3,707	\$66,715	\$5,560	\$71,160	\$5,930	\$106,740	\$8,895
<b>7</b>	\$40,120	\$3,343	\$50,150	\$4,180	\$75,228	\$6,269	\$80,240	\$6,687	\$120,360	\$10,030
<b>8</b>	\$44,660	\$3,722	\$55,825	\$4,653	\$83,741	\$6,978	\$89,320	\$7,443	\$133,980	\$11,165
<b>Add the following amount for each additional person in the household.</b>										
	\$4,540	\$378	\$5,675	\$473	\$8,513	\$709	\$9,080	\$757	\$13,620	\$1,135

Attachment D\_BMCHS Charity Program Application



**Boston Medical Center Health System**  
**Charity Program Application**



Patient's Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name (if patient is a child) \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

<b>Home Address</b>	<b>Mailing Address</b> _____ <input type="checkbox"/> Check if Same as Home Address
Street _____ Apartment or Unit # _____	Street _____ Apartment or Unit # _____
City _____ State _____ Zip Code _____	City _____ State _____ Zip Code _____

**Marital Status:**  Single  Married  Divorced  Widowed **Are you employed?**  No  Yes **If yes, how long?** \_\_\_\_\_

**Employer's Name:** \_\_\_\_\_ **Employer offers health insurance?**  No  Yes

Complete the table for HOUSEHOLD MEMBERS AND HOUSEHOLD INCOME below. Provide names and income information for all persons living in your home. Please use the income codes provided to identify the type of income received for each person.

HOUSEHOLD MEMBERS AND HOUSEHOLD INCOME							
Types of Income and Income Code							
Earned Income	EI	Supplemental Security Income	SSI	Veteran's Administration	VA	Child Support	CS
Self-Employment Income	SE	Social Security Disability Income	SSDI	Worker's Compensation	WC	Spousal Support	SS
Social Security Retirement	SSR	Unemployment Compensation	UC	Pension or Annuity	PA	Rental Income	RI
Name	Relationship to Applicant	Date of Birth	Age	Income Type by Code	Income Amount (Yr./Mo./Wk.)		
	Self				\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		

If you need additional space to include all household members, then please use the back of the form.

**ASSETS - Banking Information**

Checking Account:  No  Yes Bank Name: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_

Savings Account:  No  Yes Bank Name: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_

Money Market:  No  Yes Bank Name: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_

**ASSETS - Housing and Property Information**

Own a home?  No  Yes Mortgage: \$ \_\_\_\_\_/monthly Rent/Lease?  No  Yes \$ \_\_\_\_\_/monthly

Own other property?  No  Yes Estimated Value: \$ \_\_\_\_\_ Own vehicles?  No  Yes How many vehicles? \_\_\_\_\_

**By signing below, I agree to the following statements:**

- I declare, under penalty of perjury, that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.
- I will provide all verification documents required to determine my eligibility for the BMCHS Charity Program.
- I understand that if I do not qualify for the Charity Program, I will be personally liable for charges associated with the services provided by BMCHS, or I may appeal the denial decision in writing with additional documentation.

Signature of Patient (or) Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Patient's Spouse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

