

Boston Children's Hospital
Política de crédito y cobro

Índice

- I. Declaración general de la política
- II. Definiciones
- III. Clasificación de los servicios
- IV. Ayuda para obtener asistencia financiera
 - A. Aviso público sobre disponibilidad de asistencia financiera
 - B. Aviso individual sobre disponibilidad de asistencia financiera
- V. Aplazamiento/Denegación de servicios
- VI. Procedimientos para recopilar información financiera del paciente/garante
 - A. Obtención de información
 - B. Puntos de recopilación de datos
 - C. Verificación de la información que suministra el paciente
 - D. Divulgación de información/Cesión de beneficios
 - E. Confirmación de la responsabilidad financiera para los servicios no cubiertos
- VII. Pago
 - A. Depósitos
 - B. Descuentos
 - C. Planes de pago
 - D. Autoridad de aprobación de ajuste de la cuenta
- VIII. Facturación, prácticas de cobro y determinación de cuenta incobrable
 - A. Determinaciones de servicios elegibles
 - B. Pacientes/garantes exentos de acciones de cobro
 - C. Facturación inicial
 - D. Seguimiento de cobro
 - E. Correo devuelto
 - F. Bancarrotas
 - G. Determinación de cuenta incobrable
 - H. Facturación de cuenta incobrable de emergencia a Health Safety Net
 - I. Criterios de autorización de deuda incobrable
 - J. Iniciativas extraordinarias de cobro y ejecución legal
 - K. Documentación
 - L. Accidentes en vehículo motorizado
- IX. Derechos y responsabilidades del paciente

Adjuntos:

Documentos de prueba requeridos, rotulados por separado

I. Declaración general de la política

En su larga trayectoria de servicio a los niños de Boston, New England y de otras partes, Boston Children's Hospital (el "Hospital") siempre ha estado comprometido a ser un recurso para los niños que necesitan atención médica, independientemente de su capacidad de pago. Cada año, gracias al apoyo que el Hospital recibe de la comunidad y las acciones responsables de Consejo de Administración, el Hospital y sus médicos extiende millones de dólares en atención de beneficencia para niños y familias.

El Hospital tiene el firme compromiso de garantizar que los niños tengan cobertura de seguro siempre que sea posible. Los asesores financieros del Hospital están disponibles para responder las preguntas de las familias acerca de la disponibilidad de la cobertura pública para los niños sin seguro, y para ayudar a las familias a completar las solicitudes necesarias.

El Hospital evalúa las necesidades médicas de cada paciente y el estado financiero de la familia y trata de ser lo más generoso y receptivo posible con todos los niños que solicitan los servicios. A fin de mantener la capacidad del Hospital para responder a una verdadera necesidad, a los pacientes y sus familias se les aplican prácticas de facturación y cobro sensibles, aunque consecuentes. Las políticas y los procedimientos que se establecen en este documento se aprueban en un esfuerzo por garantizar que las prácticas de facturación y cobro se apliquen de una forma razonable y coherente. Esta Política de crédito y cobro aplica a todas las sedes de Boston Children's Hospital que operan bajo la licencia del Hospital.

El Hospital también hace todo lo posible para ser flexible y receptivo a las circunstancias individuales. A su vez, se espera que las familias cumplan con sus obligaciones financieras para que el Hospital pueda seguir brindando atención médica a aquellos niños cuyas circunstancias de vida son menos afortunadas.

Por último, el Hospital no discriminará por motivos de raza, color, país de origen, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad ni discapacidad en sus políticas o en la aplicación de las políticas respecto a la obtención y la verificación de la información financiera, los depósitos previos a la admisión o previos al tratamiento, los planes de pago, las admisiones aplazadas o denegadas, o el estatus como Paciente con bajos ingresos según lo establezca la Oficina de Medicaid, la determinación de que un paciente tiene bajos ingresos, o en sus prácticas de facturación y cobro.

Esta Política de crédito y cobro se elabora para garantizar el cumplimiento de los reglamentos de (1) los Servicios elegibles de Health Safety Net, 101 CMR 613.00; los requisitos de las Cuentas incobrables de Medicare de los Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) (42 CFR 413.89); y (3) el Manual de reembolso del proveedor de Medicare (Parte I, Capítulo 3).

II. Definiciones

Atención de beneficencia: Costos del Hospital o del Centro de salud comunitario para los servicios médicamente necesarios que se prestan a los pacientes con bajos ingresos, los cuales no son elegibles para que se paguen del Health Safety Net Trust Fund (Fondo de fideicomiso de Health Safety Net) ni de otra fuente de pago pública o privada.

El Hospital también conserva programas de atención de beneficencia específicos según se establece en las políticas que mantiene el Director Financiero.

Servicios elegibles: Cargos del Hospital o del Centro de salud comunitario que son elegibles para que se paguen del Health Safety Net Trust Fund (Fondo de fideicomiso de Health Safety Net) de acuerdo con los reglamentos promulgados por el Estado de Massachusetts.

Estado médico de emergencia: Un estado médico, ya sea físico o mental, que se manifiesta mediante síntomas de suficiente gravedad (incluido el dolor grave) que si no recibe atención médica inmediata, una persona prudente que posea un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar razonablemente que dé como resultado poner en grave peligro la salud de la persona o de otra persona, una discapacidad grave de las funciones corporales o la disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo, con respecto a una mujer embarazada, como se describe en la sección 1867(e)(1)(B) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

Servicios de emergencia: Servicios médicamente necesarios que se le prestan a una persona con un Estado médico de emergencia.

Paciente con bajos ingresos: Una persona que cumple con los criterios de la determinación como Paciente con bajos ingresos según se establece en los reglamentos de Health Safety Net promulgados por el Estado de Massachusetts. Para que a una persona se le determine como Paciente con bajos ingresos, esta persona debe ser un residente del Estado y sus ingresos familiares documentados deben ser iguales o menores que el 400 % del Federal Poverty Level (Nivel federal de pobreza o FPL, en inglés), y no puede estar inscrita en los programas MassHealth Standard ni en MassHealth Family Assistance/de cobertura directa; no se le pudo haber determinado elegible para recibir MassHealth y no estar inscrita; y no se le puede haber cancelado la inscripción de MassHealth o Commonwealth Care debido a no haber pagado las primas.

Dificultad médica: Una categoría de elegibilidad para la cobertura de ciertos cargos por parte del Health Safety Net Trust Fund (Fondo de fideicomiso de Health Safety Net), para pacientes/familias cuyos gastos médicos permitidos han agotado tanto los ingresos familiares que el paciente/la familia no puede pagar los Servicios elegibles (como está definido en los reglamentos). En los reglamentos promulgados por el Estado de Massachusetts se especifican los términos y las condiciones de elegibilidad para la dificultad médica y los pagos del Health Safety Net Trust Fund (Fondo de fideicomiso de Health Safety Net) por los servicios prestados a los pacientes elegibles para la dificultad médica.

Atención de urgencia: Servicios médicamente necesarios que se prestan en un hospital o centro de salud comunitario luego de la aparición repentina de un estado médico, ya sea físico o mental, el cual se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor grave) que una persona prudente creería que la falta de atención médica en un plazo de 24 horas podría razonablemente esperarse que dé como resultado: poner en peligro la salud de un paciente; una discapacidad de las funciones corporales o una disfunción de algún órgano o parte del cuerpo. Los servicios de atención de urgencia se prestan para estados médicos que no ponen en peligro la vida y que no representan un riesgo alto de daño grave para la salud de una persona. Los servicios de atención de urgencia no incluyen la atención electiva ni la atención primaria.

III. Clasificación de los servicios

Las personas se pueden presentar, o se les puede presentar, para que reciban un tratamiento no programado en el Departamento de Emergencias del Hospital o en otras ubicaciones de servicio clínico del Hospital. Cualquier paciente que se presente para recibir servicios de emergencia será evaluado sin importar la cobertura de seguro del paciente o su capacidad de pago, de acuerdo con la Emergency Treatment and Labor Act (Ley de Emergencias Médicas y de Trabajo de Parto o EMTALA, en inglés) federal. Después de prestarle servicios a un paciente en el Departamento de Emergencias, el médico que le brinda tratamiento en el Departamento de Emergencias clasifica los servicios como servicios de emergencia o atención de urgencia (de acuerdo con las definiciones indicadas anteriormente), o como no urgentes.

Los servicios electivos y los servicios programados son No urgentes y, como tales, no son Servicios de emergencia ni de Atención de urgencia, independientemente del entorno en el cual se brinden. El Hospital usa estas clasificaciones con el fin de determinar la cobertura de cuenta incobrable de emergencia y de atención de urgencia de conformidad con el Health Safety Net Fund (Fondo de Health Safety Net).

El Hospital prohíbe cualquier medida que podría desanimar a las personas a buscar atención médica de emergencia, como por ejemplo, exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir el tratamiento por estados médicos de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con el suministro, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

IV. Ayuda para obtener asistencia financiera

El Hospital brindará a los pacientes, garantes u otras partes identificadas como responsables, información y ayuda para solicitar participar en programas públicos y otros programas de asistencia financiera, que incluyen a MassHealth, Commonwealth Care, el estatus como Paciente con bajos ingresos de acuerdo con los reglamentos de Health Safety Net, y otros programas patrocinados por el gobierno, así como los programas de descuentos y la atención de beneficencia del Hospital para los pacientes sin seguro. El Hospital emprenderá iniciativas razonables para proporcionar servicios de traductor a los pacientes, garantes u otras partes responsables que tengan un dominio limitado del idioma inglés.

El Hospital ayudará a los pacientes/garantes a completar las solicitudes para los programas públicos. Los pacientes o garantes deben proporcionar la documentación requerida para tales solicitudes. El Hospital no interviene en la determinación de la elegibilidad del programa, y es el Estado quien toma la determinación. Es responsabilidad del paciente o garante informar al Hospital sobre todas las decisiones de cobertura que tome el Estado y sobre cualquier cambio en la elegibilidad del paciente para tales programas.

- A. Aviso público sobre disponibilidad de asistencia financiera** El Hospital publicará avisos que notifiquen a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y sobre otros programas de asistencia pública, así como la ubicación del Hospital en la cual los pacientes y las familias pueden solicitar dicha asistencia.

B. Estos avisos se publicarán en las áreas de registro/admisiones de emergencia y para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, así como en las oficinas comerciales que los pacientes utilizan habitualmente. Los avisos publicados son de un tamaño de 8 ½ x 11 pulgadas, están impresos con un tamaño de fuente 22, en inglés y español.

B. Aviso individual sobre disponibilidad de asistencia financiera El Hospital proporcionará un aviso individual sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera, incluida la Dificultad médica, y ayuda para solicitar esos programas, a cualquier paciente que se espera que incurra en cargos (exclusivo de los servicios y artículos de conveniencia personal) que posiblemente la cobertura de su tercero no pague por completo. El Hospital también incluirá un aviso sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera, incluidos los Servicios elegibles para pacientes con bajos ingresos y otros programas de asistencia pública, y la disponibilidad de ayuda para solicitar esos programas, en su factura inicial y en todas las demás acciones de cobro por escrito.

V. Aplazamiento/Denegación de servicios

El Hospital no aplazará ni denegará tratamiento a los pacientes que se presenten para recibir atención de urgencia o de emergencia o que se beneficien de recibir beneficios gubernamentales, como MassHealth, Commonwealth Care, Children's Medical Security Plan (Plan de seguridad médica para niños), Healthy Start, Health Safety Net u otros programas públicos, debido únicamente a consideraciones financieras.

El Hospital se reserva el derecho de aplazar o denegar la prestación de servicios que no son de emergencia y que no son urgentes a un paciente, incluso en situaciones en las cuales el paciente/la familia se rehúse a cumplir con los requisitos del depósito o carezca de recursos para pagar los servicios, ya sea de forma privada o mediante fuentes de terceros, y se rehúse a solicitar los programas públicos disponibles, incluidos MassHealth y Health Safety Net, o se rehúse a suministrar la documentación requerida para esas solicitudes.

Siempre que el Hospital elija ejercer su derecho de aplazar o denegar la prestación de servicios a un paciente, y antes de ejercer ese derecho, se contactará al profesional clínico identificado como el médico del paciente para evaluar las implicaciones médicas/clínicas del aplazamiento o la denegación de los servicios, además, para aceptar o aprobar el aplazamiento o la denegación de los servicios desde una perspectiva médica/clínica.

En casos en los que a un paciente se le deniegue o no se le brinden los servicios, se conservará la documentación por la razón de la denegación o no prestación de los servicios; la evaluación del médico del paciente sobre las implicaciones médicas/clínicas del aplazamiento o la denegación de los servicios y la aprobación desde una perspectiva médica/clínica; y la aceptación o aprobación del médico del aplazamiento o la denegación de los servicios.

VI. Procedimientos para recopilar información financiera del paciente/garante

A. Obtención de información: Antes de la prestación de cualquier servicio de atención médica (salvo en aquellos casos de nivel de servicio de atención de urgencia o de emergencia), se espera que el paciente/garante proporcione información oportuna y exacta sobre el estado de su seguro, la información demográfica, los cambios en los ingresos de su familia o el estado de su seguro y la información sobre cualquier deducible o copago que se adeude con base en las obligaciones de pago del programa financiero o seguro existentes. La información detallada incluirá lo siguiente:

1. nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número del Seguro Social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro médico actual, información de ciudadanía y residencia, y los recursos financieros aplicables del paciente/garante que se podrían utilizar para pagar su factura;

2. nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número del Seguro Social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro médico actuales y sus recursos financieros aplicables que se podrían utilizar para pagar la factura del paciente; y

3. otros recursos que se podrían utilizar para pagar su factura, incluidos otros programas de seguro, las pólizas de seguro de vehículos o de propietario de vivienda si el tratamiento fue a causa de un accidente, los programas de compensación a los trabajadores y las pólizas de seguro estudiantiles, entre otros.

En última instancia, es obligación del paciente/garante dar seguimiento y pagar oportunamente su factura hospitalaria no pagada, incluso cualquier copago, coaseguro y deducible existentes. El paciente/garante además está obligado a informar, ya sea a su compañía de seguros médicos actual (si tiene una) o a la agencia que determinó el estado de elegibilidad del paciente en un programa de seguro de salud pública, sobre cualquier cambio en los ingresos de la familia o el estado de elegibilidad.

Los pacientes/garantes están obligados a notificar al programa público estatal (p. ej., la Oficina de Medicaid y a Health Safety Net) acerca de información relacionada con algún proceso judicial o reclamo de seguro que cubrirá el costo de los servicios prestados por el Hospital. Un paciente también está obligado a ceder el derecho a un convenio de terceros que cubrirá el costo de los servicios pagados por la Oficina de Medicaid o Health Safety Net.

Cuando no se proporcione la información en el momento en que se programe una admisión o una visita para paciente ambulatorio, se harán intentos sucesivos para recopilar la información necesaria posterior al servicio/posterior al alta.

B. Puntos de recopilación de datos: A continuación se identifican los puntos en los cuales se hará el intento de recopilar esta información y quién lo hará:

1. Mientras se programa una admisión o una visita para paciente

ambulatorio: El consultorio del médico o el miembro del personal del hospital que programa el servicio solicitará la información financiera.

2. **Durante la verificación de la información del paciente:** El personal de Servicios financieros para pacientes, el consultorio del médico o el personal del hospital que verifica la información del paciente antes del servicio solicitarán la información financiera.
3. **Día de la admisión/Momento de recibir el servicio:** Los Servicios financieros para pacientes o los Coordinadores de atención a los pacientes como corresponda. Cuando esté en duda algún aspecto de la información financiera del paciente/garante, al paciente/garante se le puede remitir a los Servicios financieros para pacientes para aclarar la información. Este proceso aplica para los servicios de emergencia y los servicios programados (tan pronto como sean razonablemente viables después del servicio o la admisión, de acuerdo con EMTALA).
4. **Durante la estancia en el Hospital:** El personal de Servicios financieros para pacientes o los Coordinadores de atención a los pacientes.
5. **En el momento del alta:** El personal de los Servicios financieros para pacientes.
6. **Posterior al servicio/posterior al alta:** El personal de los Servicios financieros para pacientes o los agentes de gestión financiera del Hospital.
7. **Servicios de emergencia:** El personal del Departamento de registro entrevistará, obtendrá y verificará toda la información financiera y del paciente que sea necesaria tan pronto lo permitan los reglamentos de EMTALA. La información que no se obtenga en el momento de la admisión se conseguirá a través de contactos del paciente o del garante y de entrevistas durante toda la estancia del paciente o en el momento del alta si no se tuvo éxito en los demás intentos. Si el paciente o el garante lo autorizan, se contactarán a otras personas para obtener información para evaluar su capacidad para pagar los servicios que se prestaron.
8. **Validación de la elegibilidad de MassHealth:** Para los servicios prestados a un paciente sin seguro, el personal de Servicios financieros para pacientes verificará a través del Eligibility Verification System (Sistema de verificación de elegibilidad o EVS, en inglés) de MassHealth o el Virtual Gateway que conserva la Dirección Ejecutiva de Massachusetts del Departamento de Salud y Servicios Humanos, ya sea si el paciente es elegible o si ha presentado una solicitud para MassHealth, Commonwealth Care y otros programas.

C. Verificación del Hospital de la información **financiera** del paciente: **El personal de los Servicios financieros para pacientes, el personal clínico del departamento administrativo o los Coordinadores de atención a los pacientes emprenderán todas las iniciativas razonables y diligentes para verificar la información financiera suministrada por el paciente** tan pronto como sea posible después de que esta se haya proporcionado, hasta el momento del alta o la prestación de un servicio para pacientes ambulatorios. Si la información no se puede verificar antes de ese momento, el Departamento de Servicios financieros para pacientes o sus agentes pueden tratar de verificar la información durante el proceso de facturación y cobro.

Teniendo en cuenta la edad de la población de los pacientes del Hospital, usualmente es el padre, la madre o el tutor legal quien proporciona la información financiera y del seguro del paciente. Si se necesita alguna información adicional mientras el paciente se encuentra en el Hospital, los miembros del personal de Servicios financieros para pacientes o los Coordinadores de Atención a los pacientes se comunican con el enfermero de atención primaria del paciente o con su representante para que se comunique con el paciente o con la familia del paciente.

Las iniciativas razonables y diligentes del Hospital incluirán, pero no se limitarán, a solicitar información sobre el estado del seguro del paciente, a consultar cualquier base de datos de seguro privado o público que esté disponible, a cumplir las normas de facturación de un pagador ajeno conocido y a apelar un reclamo denegado cuando una compañía de seguros paga el servicio en su totalidad o en parte.

El Hospital también emprenderá iniciativas razonables y diligentes para investigar si un recurso de terceros puede ser responsable por los servicios que el Hospital presta, incluyendo, pero sin limitarse, a: (1) una póliza de responsabilidad civil de vehículo o de propietario de vivienda, (2) pólizas de seguro de protección por lesión personal o accidente general, (3) programas de compensación a los trabajadores y (4) pólizas de seguro estudiantil, entre otros. El Hospital informará a los pacientes acerca de su responsabilidad de informar al programa público apropiado sobre cualquier cambio en los ingresos o en el estado del seguro. De conformidad con los reglamentos estatales vigentes o el contrato del seguro, para cualquier reclamo en el que las iniciativas razonables y diligentes del Hospital hayan dado como resultado una recuperación del reclamo de atención médica facturado a una compañía de seguros privada o un programa público, el Hospital reportará la recuperación y hará la compensación contra el reclamo pagado por la compañía de seguros privada o el programa público. Si el Hospital tiene conocimiento previo y está legalmente capacitado, tratará de garantizar la cesión del derecho de un paciente a la cobertura de un tercero por los servicios prestados debido a un accidente.

D. Divulgación de información/Cesión de beneficios: Al paciente/garante se le puede pedir que firme una cesión de beneficios del seguro u otra fuente de pago de terceros (p. ej., pagos que resulten por demandas por agravio) directamente al Hospital por los servicios prestados, así como una autorización para divulgar información según sea necesario para cumplir con la cesión de esos beneficios. La autorización también deberá indicar que el paciente/garante tendrá la responsabilidad financiera de los cargos que no cubra la cesión.

F. Confirmación de la responsabilidad financiera para los servicios no cubiertos: Cuando no se haya obtenido la autorización que la compañía de seguros del paciente requiere antes de la prestación del servicio, se le pedirá al paciente/garante que firme una declaración en la que él o ella reconoce que se le notificó sobre la falta de la autorización requerida y le informe sobre su posible responsabilidad financiera por los servicios que en última instancia se determinen como servicios no cubiertos.

VII. Pago

En general, se espera el pago completo después de recibir una factura del Hospital.

A. Depósitos

1. Servicios de emergencia: El Hospital no le pedirá a ningún paciente o garante un depósito previo al tratamiento como condición para recibir atención de emergencia, independientemente de la capacidad de pago del paciente o garante.

2. Servicios que no son de emergencia: El Hospital puede pedir un depósito previo a la admisión para los servicios que no son de emergencia para pacientes hospitalizados y ambulatorios a un paciente (o al garante del paciente) que carece de suficiente cobertura de seguro para el servicio que se prestará, no está exento de las acciones de cobro y no se adhirió a un Plan de pagos con el Hospital.

3. Disposiciones especiales para pacientes elegibles para Health Safety Net: No se le pedirá que pague un depósito a ningún paciente que se determine como un paciente con bajos ingresos. Es posible que a un paciente/garante que se determine que es un paciente con bajos ingresos con un requisito de deducible se le pida que proporcione un depósito de hasta el 20 % de su monto de deducible hasta de \$500. Es posible que a un paciente/garante elegible para la Dificultad médica se le pida que proporcione un depósito de hasta el 20 % de su aportación para la Dificultad médica hasta de \$1000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08

B. Descuentos: Los descuentos en las cuentas de los pacientes no son elegibles para Health Safety Net y tampoco se presentarán a consideración ante este. El Hospital ofrece descuentos hasta del 40 % de los cargos a las personas sin seguro, dependiendo de la puntualidad de los pagos. Los descuentos no están disponibles sobre los montos del copago ni del deducible. El Director Financiero administra las Políticas de descuentos del Hospital.

C. Planes de pago: En caso de que un paciente/garante no pueda pagar su factura del Hospital al recibirla y se determine que no es elegible para Health Safety Net o algún otro programa público aplicable, el Hospital le puede ofrecer al paciente/garante un acuerdo de pagos durante un período de tiempo prologado.

El Hospital les ofrecerá a los pacientes con un saldo de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, por lo menos un plan de pago sin intereses durante un año con un pago mensual mínimo de no más de \$25. A los pacientes con un saldo de más de \$1,000, después del depósito inicial, se les ofrecerá un plan de pago sin intereses durante al menos dos años. En casos de circunstancias extraordinarias, las solicitudes para los planes de pago durante dos años se considerarán caso por caso. El Hospital no debe requerirles ningún plan de pago a los pacientes que estén totalmente exentos de las acciones de cobro de conformidad con esta Política de crédito y cobro.

El Hospital y sus ubicaciones satélites acreditadas, incluido el Martha Eliot Health Center, no ofrecen planes de pago de deducible para los pacientes elegibles para Health Safety Net, Parcial.

D. Autoridad de aprobación de ajuste de la cuenta: Los ajustes administrativos a las cuentas y los reembolsos para los pacientes/garantes u otros pagadores en las cantidades que se indican abajo pueden ser autorizados por las personas que se indican a continuación:

1. Hasta \$1000: Supervisor, Servicios financieros para pacientes
2. Hasta \$10,000: Gerente, Servicios financieros para pacientes
3. Hasta \$50,000: Director, Servicios financieros para pacientes
4. \$50,000 o más: Director Financiero

VIII. Facturación, prácticas de cobro y determinación de cuenta incobrable

El Hospital aplica las mismas iniciativas de cobro y facturación continuas a todas las cuentas de los pacientes sin seguro como lo hace con las cuentas de cualquier otra clasificación de paciente.

A. Determinaciones de servicios elegibles. El Hospital cumple con los reglamentos y las directrices que emite el Estado de Massachusetts en la administración de la elegibilidad de reclamos de Health Safety Net y de otros programas de asistencia pública.

El Hospital mantiene el cumplimiento de los requisitos de facturación aplicables, que incluyen los reglamentos del Departamento de Salud Pública (105 CMR 130.332) por la falta de pago de servicios específicos o readmisiones que el Hospital determine que fueron consecuencia de un Serious Reportable Event (Evento grave que se debe informar o SRE, en inglés). Los SRE que no ocurren en el Hospital están excluidos de esta determinación de falta de pago. El Hospital tampoco le solicitará el pago a un paciente con bajos ingresos que se determine elegible para el programa Health Safety Net, cuyos reclamos fueron denegados inicialmente por un programa de seguros debido a un error administrativo en la facturación por parte del Hospital. Además, el Hospital conserva toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales vigentes de privacidad, seguridad y de robo de identidad.

B. Pacientes/garantes exentos de acciones de cobro: El Hospital no factura ni, de otra manera, participa en una acción de cobro con respecto a algún paciente que se establece que:

1. Está inscrito en MassHealth, recibe beneficios de conformidad con el programa Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (Ayuda de Emergencia para Adultos Mayores, Personas Discapacitadas y Niños o EAEDC, en inglés) o participa en el programa Healthy Start (excepto que el Hospital pueda facturar a tales pacientes los copagos y deducibles que se requieren en virtud de estos programas de asistencia). El Hospital puede iniciar la facturación de un paciente que afirme que es un participante en cualquiera de estos programas, pero que no proporciona un comprobante de dicha participación; al momento de recibir dicho comprobante (incluida la recepción o la verificación de una solicitud firmada), el Hospital cesará las actividades de cobro.

2. Un participante en el Children's Medical Security Plan (Plan de seguridad médica para niños o CMSP, en inglés) cuyos ingresos familiares son iguales o menores que el 400 % de las Federal Poverty Income Guidelines (Directrices federales de ingresos de pobreza o FPIG, en inglés). El Hospital puede iniciar la facturación de un paciente que afirme que es un participante en el CMSP, pero que no proporciona un comprobante de dicha participación; al momento de recibir dicho comprobante (incluida la recepción o la verificación de una solicitud firmada), el Hospital cesará las actividades de cobro.
3. Un paciente con ingresos bajos está exento de una acción de cobro para cualquiera de los servicios elegibles recibidos durante el período para el cual se ha determinado que es un paciente con ingresos bajos (excepto por los copagos y los deducibles relacionados con dichos servicios elegibles). El Hospital puede seguir facturando a los pacientes con ingresos bajos por los servicios elegibles que se prestaron antes de su determinación como pacientes con ingresos bajos; sin embargo, solamente después de que su estado como pacientes con ingresos bajos haya vencido o, de otra manera, se haya cancelado.
4. Un Paciente con ingresos bajos que tiene ingresos familiares entre el 201 % y el 400 % del Federal Poverty Level (Nivel federal de pobreza o FPL, en inglés) está exento de las acciones de cobro para la parte de la factura que supere el deducible y se le pueden facturar los montos de los copagos y los deducibles conforme a los reglamentos estatales.
5. Un paciente o una familia elegible para la Dificultad médica, con respecto al monto de la factura que exceda la aportación para la Dificultad médica (según se calcula de conformidad con los reglamentos aplicables). Si un reclamo que ya se presentó como cuenta incobrable de emergencia resulta elegible para el pago de Dificultad médica por parte de Health Safety Net, el Hospital cesará la actividad de cobro del paciente para esos servicios.

Los pacientes con ingresos bajos no están exentos de las acciones de cobro para los servicios que no sean servicios elegibles que se prestan a solicitud del paciente o del garante y para los cuales el paciente o el garante han aceptado ser responsables. El Hospital debe obtener el consentimiento por escrito del paciente o del garante para que se les facturen dichos servicios.

C. Facturación inicial: Excepto para los pacientes exentos de una acción de cobro como se especificó anteriormente, el Hospital proporcionará una factura inicial al paciente/garante o a un tercero que se especifique. La parte de la cuenta de la cual el paciente/garante es responsable y por la cual se le facturará al paciente/garante excluye ese monto cubierto por Health Safety Net y la parte que excede la aportación para la Dificultad médica, como corresponda.

C. Seguimiento de cobro: El Hospital usa agencias externas para llevar a cabo las actividades de cobro en las cuentas de pago por cuenta propia, y les exige a esas agencias que cumplan las normas especificadas en las políticas de los Servicios financieros para pacientes del Hospital sobre las prácticas de cobro vigentes cada cierto tiempo, las cuales deben ser consecuentes con esta Política de crédito y cobro.

D. Todas las cuentas de pago por cuenta propia estarán sujetas a la actividad continua de cobro y recibirán un mínimo de tres acciones de cobro. Las acciones de cobro por parte del Hospital o su agente designado pueden incluir, pero no están restringidas, a lo siguiente:

1. Factura inicial
2. Estados de cuenta (enviados cada 30 días después de la determinación de la responsabilidad del pago por cuenta propia)
3. Carta de seguimiento (enviada mediante correo de primera clase o correo certificado)
4. Llamadas telefónicas
5. Reuniones con el garante u otra parte responsable

E. Correo devuelto: Las cuentas para las cuales se reciba el correo devuelto serán investigadas para localizar al paciente o al garante. Las iniciativas que se emprendan para obtener una dirección actual incluirán, como mínimo, lo siguiente:

1. revisión de todos los expedientes internos y de las citas para determinar si se ha documentado alguna dirección más actual;
2. comunicación con algún pariente o amigo conocido; y
3. revisión del directorio telefónico actual.

El Hospital puede contratar agencias externas para llevar a cabo actividades adicionales de localización de deudores morosos. Se conservará la documentación de las iniciativas que se emprendieron para localizar a la parte responsable.

F. Bancarrotas: Al momento de recibir el aviso legal de la bancarrota del paciente/garante, toda la actividad de cobro cesará y la cuenta se ajustará. Los casos de bancarrota no serán elegibles para Health Safety Net ni tampoco se presentarán a consideración ante este.

G. Determinación de cuenta incobrable: Después de que las iniciativas razonables de cobro hayan fracasado para obtener el pago de los cargos en una cuenta, es posible que el saldo de la cuenta se clasifique como cuenta incobrable de acuerdo con esta Política de crédito y cobro, así como alguna otra política vigente del departamento de finanzas (la cual no deberá ser contradictoria con esta Política de crédito y cobro).

Condiciones para la determinación inmediata de una cuenta incobrable: Cuando se obtiene información para designar una cuenta como cuenta incobrable en algún momento durante el proceso de seguimiento de cobro, es posible que la cuenta se considere inmediatamente como una cuenta incobrable sin ninguna acción de cobro adicional. En esta categoría se incluye lo siguiente:

1. Intento fallido para identificar la causa del fracaso de la entrega del correo que se devuelve como imposible de entregar. Las cuentas que son imposibles de entregar o que tienen una “mala dirección” se clasifican para que se les dé seguimiento por parte de los empleados de correo en el personal de Servicios financieros para pacientes y para que se investigue el contacto/la dirección correcta antes de colocar la cuenta en un estado de cuenta incobrable. Se documentan las actividades de seguimiento.
2. Intento fallido para identificar un número de teléfono del trabajo después de que el teléfono del paciente/garante se ha desconectado.

3. Aviso por escrito o verbal sobre la renuencia o la negativa de pagar del paciente/garante.
4. Recepción de un aviso oficial de parte de una compañía de seguros respecto a que los beneficios se le pagaron al afiliado, y por lo menos un intento fallido se hizo por comunicarse con el paciente/garante después de ese aviso de la compañía de seguros.

H. Facturación de cuenta incobrable por servicios de emergencia a Health Safety Net: Además de cumplir con las prácticas de cobro descritas arriba, el Hospital enviará una carta certificada a cualquier paciente (excepto un paciente de quien los avisos se han devuelto como “imposible de entregar” o “dirección incorrecta”) que tenga un saldo pendiente de más de \$1,000 en servicios relacionados y de emergencia antes de facturar el saldo a Health Safety Net. El saldo de la cuenta se facturará a Health Safety Net solamente después de que haya permanecido sin pagarse por más de 120 días a partir de la fecha del aviso de la facturación inicial, y las iniciativas razonables de cobro que se emprendieron durante ese período se documentarán en el expediente financiero del paciente. Para los servicios prestados a un paciente sin seguro, el personal de Servicios financieros para pacientes validará a través del Eligibility Verification System (Sistema de verificación de elegibilidad o EVS, en inglés) de MassHealth o el Virtual Gateway que el paciente no es elegible o no ha presentado una solicitud para MassHealth y el paciente no es un paciente con bajos ingresos.

I. Criterios de autorización de deuda incobrable: La autorización para clasificar alguna cuenta como cuenta incobrable varía de acuerdo con el monto de los cargos de la cuenta, como se indica a continuación:

1. Hasta \$5000: Supervisor, Servicio al Cliente/Cuenta de pago por cuenta propia
2. Hasta \$10,000: Gerente, Servicio al Cliente/Cuenta de pago por cuenta propia
3. Hasta \$50,000: Director, Servicios financieros para pacientes
4. \$50,000 o más: Director Financiero

J. Iniciativas extraordinarias de cobro y ejecución legal: En general, el Hospital no emprende “acciones extraordinarias de cobro”. Las acciones extraordinarias de cobro incluyen vender la deuda a otro proveedor; presentar informes acerca de información adversa sobre una persona a una agencia de informes de créditos del consumidor o una oficina de crédito; aplazar o denegar o requerir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de la persona de una o más facturas correspondientes a atención proporcionada previamente de conformidad con la Política de asistencia financiera del Hospital; colocar un gravamen o ejecutar una hipoteca sobre la residencia personal de un individuo o su propiedad de vehículo motorizado; embargar salarios; y presentar una demanda civil. Cualquier decisión para ejecutar alguna acción extraordinaria de cobro requerirá el voto del Consejo de Administración. Al Hospital y a sus agentes se les requerirá que comprueben ante el Consejo de Administración las iniciativas razonables que se emprendieron para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia de conformidad con su Política de asistencia financiera antes de recomendar alguna acción extraordinaria de cobro.

Las acciones extraordinarias de cobro no se iniciarían hasta por lo menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta correspondiente a la atención médica, y requerirían la demostración de un aviso por escrito al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de la ejecución. El aviso por escrito debería también indicar la actividad extraordinaria de cobro que el Hospital intentaría iniciar, así como la fecha de inicio de la actividad. En caso de acciones extraordinarias de cobro ejecutadas, el Hospital suspendería todas las acciones en caso de que se reciba una Solicitud de asistencia financiera para permitir un período de revisión que no exceda de 30 días.

Antes de intentar una ejecución legal, el Hospital y sus agentes emprenderán las iniciativas razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia en virtud de su Política de asistencia financiera. Las iniciativas razonables deben incluir el aviso por escrito sobre la disponibilidad de asistencia financiera que incluirá una fecha límite después de la cual se podría iniciar dicha ejecución legal. Esa fecha límite no será anterior a un plazo de 30 días a partir del aviso. La ejecución legal no se iniciará hasta por lo menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta correspondiente a la atención médica.

K. Documentación: El Hospital documentará la actividad involucrada para la clasificación y los informes de una cuenta como cuenta incobrable. A medida que el Hospital mantiene un sistema “sin papel o digital” para manejar tanto las cuentas de los pacientes hospitalizados como de los pacientes ambulatorios, la documentación de la actividad de estos servicios se puede conservar en el sistema informático del Hospital en anotaciones globales a diferencia de las impresas.

L. Accidentes en vehículo motorizado: El Hospital presentará un reclamo por servicios elegibles prestados a un paciente con bajos ingresos lesionado en un accidente en vehículo motorizado solamente si (1) investigó si el paciente, el conductor o el propietario del otro vehículo motorizado tenía una póliza de seguro de responsabilidad civil de vehículo motorizado; (2) ha emprendido todas las iniciativas para obtener la información del pagador ajeno por parte del paciente; (3) ha conservado evidencias de esas iniciativas, incluida la documentación de las llamadas telefónicas y cartas dirigidas al paciente; y (2) donde corresponda, ha presentado adecuadamente un reclamo para el pago de la compañía de seguros de responsabilidad civil de vehículo motorizado. Para los accidentes en vehículo motorizado y todas las otras recuperaciones sobre los reclamos previamente facturados a Health Safety Net, el Hospital reportará cualquier recuperación a la Oficina de Health Safety Net. La recuperación se compensará contra el reclamo por servicios elegibles.

IX. Derechos y responsabilidades del paciente

- A. El Hospital les debe informar a los pacientes sobre el derecho de:
 - 1. solicitar participar en MassHealth, Commonwealth Care, la determinación como Paciente con bajos ingresos y la Dificultad médica; y

2. un plan de pago, como se describe en esta Política de crédito y cobro y en los reglamentos aplicables, si se determina que el paciente es un Paciente con bajos ingresos o si califica para la Dificultad médica.

B. Un paciente que recibe servicios elegibles debe:

1. proporcionar toda la documentación requerida;
2. informar a MassHealth sobre cualquier cambio en los ingresos familiares o en el estado del seguro, incluyendo, pero sin limitarse, a los ingresos, las herencias, las donaciones y las distribuciones de fideicomisos, la disponibilidad de seguro médico y la responsabilidad de terceros. El paciente puede, alternativamente, proporcionar dicho aviso al Hospital; y
3. dar seguimiento al deducible y proporcionar documentación al Hospital respecto a que se alcanzó la cantidad del deducible cuando a más de un miembro de la familia se le determine como un paciente con bajos ingresos o si el paciente o los miembros de la familia reciben servicios elegibles de parte de más de un proveedor; e
4. informar a la Division of Health Care Finance and Policy (División de Política y Finanzas de Atención Médica) o a MassHealth cuando el paciente esté implicado en un accidente, o si padece de una enfermedad o sufrió una lesión, u otra pérdida que haya o que pueda haber dado como resultado una demanda o reclamo del seguro. El paciente debe hacer lo siguiente:

a. presentar un reclamo para recibir una indemnización;

b. se compromete a cumplir con todos los requisitos de M.G.L. ch. 118G, que incluyen, pero no se limitan a:

(1) ceder a la División el derecho de recuperar una cantidad igual al pago de Health Safety Net originado en las ganancias de cualquier reclamo u otro proceso en contra de un tercero;

(2) proporcionar información sobre el reclamo o cualquier otro proceso y cooperar completamente con la División o su contratista, a menos que la División determine que la cooperación no sería de beneficio para, o que daría como resultado un daño grave o trastorno emocional para el paciente;

(3) notificar a la División o a MassHealth por escrito en un plazo de 10 días posteriores a la presentación de algún reclamo, demanda civil u otro proceso; y

(4) reembolsar a Health Safety Net el dinero recibido de un tercero por todos los servicios elegibles de Health Safety Net que se prestaron en la fecha o después de la fecha del accidente u otro incidente luego de convertirse en un Paciente con bajos ingresos con el propósito del pago de Health Safety Net, solamente se reembolsará el pago de Health Safety Net proporcionado como consecuencia del accidente u otro incidente.

c. La División solamente recupera importes directamente de un paciente en la medida que el paciente haya recibido el pago de un tercero por la atención médica pagada por parte de Health Safety Net o en la medida que se especifica en 101 CMR 613.06(5)