

Cambridge Health Alliance

Política de asistencia financiera

1 de marzo de 2025

Cambridge Health Alliance
Política de asistencia financiera

Índice

Índice	1
Introducción	2
Cobertura de servicios de atención de la salud médicamente necesarios	3
A. Servicios de atención de urgencias y emergencias	3
B. Servicios que no son de urgencia ni emergencia	4
C. Ubicaciones de los hospitales	5
Programas de asistencia pública y asistencia financiera del hospital	6
A. Descripción general de la cobertura de salud y programas de asistencia financiera	6
B. Programas de asistencia pública estatal	6
B.1 Asistencia financiera hospitalaria a través de Health Safety Net	6
B.2 Asistencia financiera hospitalaria adicional	8
C. Avisos y solicitud de asistencia financiera hospitalaria y programas de asistencia pública	9
C.1. Avisos sobre asistencia financiera hospitalaria y opciones de asistencia pública	9
C.2. Solicitud de programas de asistencia pública	10
C.3. Función de los asesores certificados en solicitudes del hospital	11
Ejemplo de aviso publicado	13

Introducción

Esta política se aplica a **Cambridge Health Alliance** y a las ubicaciones específicas y proveedores identificados en esta política.

El hospital es el proveedor de atención primaria de primera línea y brinda atención médicamente necesaria a todas las personas que acuden a sus instalaciones, sin importar su capacidad de pago. Esta atención está disponible para **todos** los pacientes que llegan al hospital las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. El hospital se compromete a ofrecer a todos los pacientes atención y servicios de alta calidad, lo que incluye asistencia para aquellas personas con recursos e ingresos limitados, a fin de ayudarles a encontrar opciones disponibles para cubrir el costo de su atención médica.

El hospital ayuda a las personas sin seguro médico y con seguro insuficiente a inscribirse en programas de asistencia pública para tener cobertura de salud. Estos programas incluyen, entre otros:

- MassHealth
- Planes de asistencia para el pago de primas ofrecidos por Health Connector
- Children's Medical Security Program (CMSP - Programa de seguridad médica para niños)
- Health Safety Net (HSN)
- Medical Hardship (Asistencia financiera por dificultades médicas).

La asistencia para estos programas se determina al revisar, entre otros elementos, los ingresos del hogar, los bienes, el tamaño de la familia, los gastos y las necesidades médicas de la persona.

Si bien el hospital asiste a los pacientes para obtener cobertura de salud a través de programas públicos, también puede estar obligado a facturar y cobrar ciertos saldos pendientes de pago por parte del paciente. Estos saldos pueden incluir, entre otros, copagos aplicables, deducibles, depósitos y otros montos de los que el paciente ha aceptado hacerse responsable. Al registrarse para recibir servicios o al recibir una factura, se recomienda a todos los pacientes que se comuniquen con el Departamento de Asistencia Financiera del hospital para determinar su necesidad y elegibilidad para recibir asistencia financiera.

El hospital ayuda a los pacientes a buscar opciones de asistencia pública y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, condición migratoria, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en:

- sus políticas o su aplicación;
- la recopilación y verificación de la información financiera;
- los requisitos de depósito previos a la admisión o al tratamiento;
- los planes de pago;
- la postergación o rechazo de admisiones;
- la determinación de la condición de paciente de bajos ingresos según el sistema de elegibilidad de MassHealth/Connector de Massachusetts o mediante la certificación de información para determinar dicha condición.

Si bien entendemos que cada persona tiene una situación financiera única, se puede obtener información y asistencia sobre la elegibilidad para los programas de asistencia pública comunicándose

con el Departamento de Asistencia Financiera del hospital al 617-665-1100 o en persona de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (el horario puede variar) en las siguientes ubicaciones:

- Cambridge Hospital en 1493 Cambridge Street, Cambridge, Massachusetts, 02139
- Somerville Hospital, 230 Highland Avenue, Somerville, Massachusetts, 02143
- Everett Hospital, 103 Garland Street, Everett, Massachusetts, 02149

Hay más información sobre cómo solicitar un seguro de salud en el sitio web del hospital:

- www.challiance.org
- Afiliados: Beth Israel Deaconess Center, MassGeneral Hospital for Children, Harvard Medical School Teaching Hospital

Las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen en la Política de facturación y cobro del hospital, que está disponible previa solicitud.

Cobertura de servicios de atención de la salud médicamente necesarios

El hospital proporciona servicios de atención médica y de salud conductual médicamente necesarios a todos los pacientes que acuden a sus instalaciones, sin importar su capacidad de pago. Los servicios médicamente necesarios incluyen aquellos que, de manera razonable, se espera que prevengan, diagnostiquen, eviten el agravamiento, alivien, corrijan o curen afecciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, provoquen deformidades o disfunciones físicas, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o deriven en una enfermedad o debilidad. Los servicios médicamente necesarios incluyen atención hospitalaria para pacientes internos y ambulatorios, según lo autorizado en el Título XIX de la Ley del Seguro Social.

El profesional médico tratante determinará el tipo y nivel de atención y tratamiento necesario para cada paciente, en función de los síntomas clínicos que presente y conforme a los estándares de práctica aplicables. El hospital cumple con los requisitos de la Ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), al realizar una evaluación médica de detección para los pacientes que acuden a sus instalaciones en busca de atención de emergencia, con el fin de determinar si presentan una condición médica de emergencia.

La clasificación de los servicios de emergencia y no emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como en la determinación médica del profesional tratante. Esta clasificación también se usa para determinar la cobertura permitida de deudas incobrables por servicios de emergencia y de urgencia conforme a la política de asistencia financiera del hospital, incluido el programa Health Safety Net.

A. Servicios de atención de urgencias y emergencias

Cualquier paciente que acuda al hospital solicitando asistencia de emergencia será evaluado en función de los síntomas clínicos que presente, sin considerar su identificación, cobertura de seguro o capacidad de pago. El hospital no tomará ninguna medida que desaliente a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir el pago antes de recibir tratamiento para una condición médica de emergencia o interferir en la evaluación y prestación de la atención médica de emergencia al iniciar primero conversaciones sobre la elegibilidad para programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen el tratamiento de:
 - i. Una condición médica, ya sea física o mental, que se manifieste con síntomas de suficiente gravedad, incluidos dolor intenso, de modo *que la falta de atención médica inmediata podría, de manera razonable y según el criterio de una persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina, poner en grave riesgo la salud del paciente o de otra persona, provocar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo*; en el caso de una mujer embarazada, esto se define además en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. En cumplimiento con los requisitos federales, la ley EMTALA se activa cuando cualquier persona acude a una instalación hospitalaria solicitando una evaluación o tratamiento para una emergencia (según la definición anterior) o ingresa al departamento de emergencias en busca de atención médica. Lo más habitual es que las personas sin cita programada se presenten en el departamento de emergencias. Sin embargo, quienes soliciten atención para una condición médica de emergencia en otra unidad de pacientes internos o ambulatorios, clínica o área auxiliar del hospital también serán evaluados y, si corresponde, serán trasladados a un área más adecuada para una evaluación médica de emergencia conforme a la ley EMTALA. Se proporcionará al paciente el examen y tratamiento de las condiciones médicas de emergencia, así como cualquier otro servicio requerido conforme a la ley EMTALA, y se considerará atención de nivel de emergencia. La determinación de que existe una condición médica de emergencia la realiza el profesional tratante o el personal médico calificado del hospital y queda documentada en el expediente médico del paciente.

- b. Los servicios de atención urgente incluyen el tratamiento de:
 - i. Servicios médicamente necesarios proporcionados en un hospital de agudos tras la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifieste con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso), de modo *que una persona prudente podría considerar que la falta de atención médica dentro de las siguientes 24 horas podría poner en riesgo la salud del paciente, afectar sus funciones corporales o causar disfunción en algún órgano o parte del cuerpo*. Los servicios de atención de urgencia se proporcionan para tratar condiciones que no ponen en riesgo la vida ni suponen un alto riesgo de daño grave a la salud del paciente. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria ni electiva.

B. Servicios que no son de urgencia ni emergencia

Para los pacientes que (1) el profesional tratante determine que requieren un nivel de atención que no sea de urgencia ni de emergencia, o (2) busquen atención y tratamiento después de la estabilización de una condición médica de emergencia, el hospital puede considerar que dicha atención corresponde a servicios de atención primaria o electiva.

- a. Los servicios de atención primaria o electiva incluyen atención médica que no corresponde a un nivel de atención de urgencia o de emergencia y que se requiere para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades para una persona o familia. Por lo general, estos servicios corresponden a procedimientos o consultas médicas o de salud conductual programadas con anticipación o el mismo día por el paciente o el proveedor de atención de la salud en una instalación hospitalaria, como el campus principal, un sitio o ubicación remota, una oficina médica afiliada, una clínica o un centro de salud comunitario. La atención primaria comprende los servicios de salud que

habitualmente proporcionan médicos de medicina general, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeros especializados en atención primaria o asistentes médicos en un entorno de atención primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados del departamento de emergencias de un hospital de agudos y excluye los servicios auxiliares y los servicios de maternidad.

- b. Los servicios de salud que no son de urgencia ni de emergencia (es decir, la atención primaria o electiva) pueden retrasarse o posponerse en consulta con el personal clínico del hospital y, si corresponde, con el proveedor de atención primaria o el médico tratante del paciente. El hospital también puede negarse a proporcionar los servicios que no son de urgencia ni de emergencia si el paciente está médicamente estable y el hospital no puede obtener, de él o de terceros, la información pertinente sobre la fuente de pago o la elegibilidad para un seguro médico público o privado que cubra el costo de la atención que no sea de emergencia ni de urgencia. La cobertura de los servicios de atención de la salud, tanto médica como conductual, se determina y detalla en los manuales de necesidad médica y cobertura de los seguros de salud pública y privada. Si bien el hospital intentará determinar la cobertura en función de la información disponible sobre el seguro del paciente, podrá facturar al paciente si los servicios no son reembolsables y el paciente ha aceptado ser facturado.
- c. Los programas públicos podrían no cubrir ciertos procedimientos primarios o electivos que no sean reembolsables bajo esas opciones de cobertura. Si un paciente no está seguro de si un servicio está cubierto, debe comunicarse con el Departamento de Asistencia Financiera del hospital al 617-665-1100 o en persona de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (el horario puede variar), en las siguientes ubicaciones:
 - Cambridge Hospital, 1493 Cambridge St, Cambridge, Massachusetts, 02139
 - Somerville Hospital, 230 Highland Ave, Somerville, Massachusetts, 02143
 - Everett Hospital, 103 Garland St, Everett, Massachusetts, 02149

Los programas privados podrían no cubrir ciertos procedimientos primarios o electivos que no sean reembolsables bajo esas opciones de cobertura. Recomendamos a los pacientes que se comuniquen con su compañía de seguros para asegurarse de que los servicios estén cubiertos y determinar los pagos que deberá efectuar el paciente.

C. Centros hospitalarios que proporcionan servicios médicamente necesarios, así como o además de servicios de urgencia, emergencia y atención primaria cubiertos por la Política de asistencia financiera:

La política de asistencia financiera del hospital se aplica a Cambridge Health Alliance, que incluye tres hospitales y la Organización de Médicos (Physician Organization).

- Cambridge Hospital
1493 Cambridge Street, Cambridge, MA 02139
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Somerville Hospital
230 Highland Avenue, Somerville, MA 02143
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

- Whidden Memorial Hospital
103 Garland Street, Everett, MA 02149
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Programas de asistencia pública y asistencia financiera del hospital

A. Descripción general de la cobertura de salud y programas de asistencia financiera

Los pacientes del hospital pueden ser elegibles para recibir servicios de atención médica gratuitos o a un costo reducido a través de varios programas estatales de asistencia pública (que incluye, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, Children's Medical Security Program (Programa de seguridad médica para niños), Health Safety Net y Medical Hardship (asistencia financiera por dificultades médicas)). Estos programas están diseñados para ayudar a los pacientes de bajos ingresos, teniendo en cuenta la capacidad de cada individuo para contribuir al costo de su atención. Para aquellos individuos que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, el hospital, previa solicitud, les ayudará a obtener cobertura a través de programas de asistencia pública que puedan cubrir total o parcialmente sus facturas de hospital no pagadas.

B. Programas de asistencia pública estatal

El hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en programas estatales de cobertura de salud. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas del estado operado por Health Connector, el Programa de seguridad médica para niños, Health Safety Net y Medical Hardship (asistencia financiera por dificultades médicas). Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un sitio web centralizado en el portal de Health Connector del estado, mediante una solicitud en papel o por teléfono con un representante de atención al cliente de MassHealth o Health Connector. Los pacientes también pueden solicitar asistencia a los asesores financieros del hospital (también llamados asesores de solicitudes certificados) para completar la solicitud en línea o en papel.

B.1. Asistencia financiera hospitalaria a través de Health Safety Net

A través de su participación en el programa Health Safety Net de Massachusetts, el hospital ofrece asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, que sean residentes de Massachusetts y cumplan con los requisitos de ingresos. Health Safety Net fue creado para distribuir de manera más equitativa el costo de la atención no compensada a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente mediante la prestación de atención gratuita o con descuento en los hospitales de agudos de Massachusetts. El financiamiento de Health Safety Net para la atención no compensada se logra mediante una evaluación de cada hospital, con el fin de cubrir los costos de atención de pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyos ingresos sean inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza. Es política del hospital que todos los pacientes que reciban asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital incluyan los servicios de Health Safety Net como parte de la atención no compensada que se proporciona a pacientes de bajos ingresos.

A través de su participación en Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciban servicios en el hospital pueden ser elegibles para asistencia financiera, incluidos servicios gratuitos o parcialmente gratuitos para quienes cumplan con los requisitos establecidos en 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Primario

Los pacientes sin seguro que sean residentes de Massachusetts y tengan ingresos del hogar según el criterio de MassHealth MAGI o ingresos familiares por dificultades médicas, según se describe en 101 CMR 613.04(1), entre el 0 % y el 150 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), pueden ser considerados elegibles para los servicios cubiertos por Health Safety Net.

El periodo de elegibilidad y el tipo de servicios cubiertos por *Health Safety Net - Primario* es limitado para los pacientes elegibles para inscribirse en el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, según lo establecido en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes conforme a M.G.L. c. 15A, § 18, no son elegibles para *Health Safety Net - Primario*.

(b) Health Safety Net - Secundario

Los pacientes que sean residentes de Massachusetts, cuenten con un seguro de salud primario y cuyos ingresos del hogar según el criterio de MassHealth MAGI o ingresos familiares contables por dificultades médicas, conforme a 101 CMR 613.04(1), se encuentren entre el 0 % y el 150 % del nivel federal de pobreza (FPL), podrían ser elegibles para los servicios cubiertos por Health Safety Net.

El periodo de elegibilidad y el tipo de servicios cubiertos por *Health Safety Net - Secundario* es limitado para los pacientes elegibles para inscribirse en el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, según lo establecido en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes conforme a M.G.L. c. 15A, § 18, no son elegibles para *Health Safety Net - Primario*.

(c) Health Safety Net - Deducibles parciales

Los pacientes que califiquen para *Health Safety Net - Primario* o *Health Safety Net - Secundario* y cuyos ingresos del hogar según el criterio de MassHealth MAGI o ingresos familiares contables por dificultades médicas se encuentren entre el 150.1 % y el 300 % del nivel federal de pobreza (FPL) pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del grupo familiar de facturación de primas (PBFG) tienen ingresos superiores al 150.1 % del FPL. Este grupo se define en 130 CMR 501.0001.

Si algún miembro del PBFG tiene un FPL inferior al 150.1 %, no se aplicará un deducible a ningún miembro del PBFG. El deducible anual equivale al mayor de los siguientes valores:

La prima más baja del programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, ajustada proporcionalmente al tamaño del PBFG según los estándares de ingresos de MassHealth al inicio del año calendario; o

El 40 % de la diferencia entre el ingreso familiar contable más bajo del hogar según el criterio de MassHealth MAGI o el ingreso familiar contable por dificultades médicas, conforme a 101 CMR 613.04(1), dentro del grupo PBFG y el 200 % del FPL.

(d) *Health Safety Net - Asistencia financiera por dificultades médicas (Medical Hardship)*

Cualquier residente de Massachusetts, sin importar sus ingresos, puede calificar para la asistencia financiera por dificultades médicas a través de Health Safety Net si sus gastos médicos permitidos han reducido su ingreso contable al punto de que no pueda pagar por servicios de salud. Para calificar, los gastos médicos permitidos del solicitante deben superar un porcentaje específico de su ingreso contable, conforme a lo definido en 101 CMR 613, de la siguiente manera:

Estándares de ingresos de MassHealth y Nivel federal de pobreza de 2025, en vigor a partir del 1 de marzo de 2025

Tamaño de la familia	Estándares de ingresos de MassHealth		100 % del Nivel federal de pobreza		133 % del Nivel federal de pobreza		150 % del Nivel federal de pobreza		190 % del Nivel federal de pobreza	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1	\$522	\$6,264	\$1,305	\$15,660	\$1,735	\$20,820	\$1,957	\$23,484	\$2,478	\$29,736
2	\$650	\$7,800	\$1,763	\$21,156	\$2,345	\$28,140	\$2,644	\$31,728	\$3,349	\$40,188
3	\$775	\$9,300	\$2,221	\$26,652	\$2,954	\$35,448	\$3,332	\$39,984		
4	\$891	\$10,692	\$2,680	\$32,160	\$3,564	\$42,768	\$4,019	\$48,228		
5	\$1,016	\$12,192	\$3,138	\$37,656	\$4,173	\$50,076	\$4,707	\$56,484		
6	\$1,141	\$13,692	\$3,596	\$43,152	\$4,783	\$57,396	\$5,394	\$64,728		
7	\$1,266	\$15,192	\$4,055	\$48,660	\$5,393	\$64,716	\$6,082	\$72,984		
8	\$1,383	\$16,596	\$4,513	\$54,156	\$6,002	\$72,024	\$6,769	\$81,228		
Por cada persona adicional, agregar	\$133	\$1,596	\$459	\$5,508	\$610	\$7,320	\$688	\$8,256		

Estas cifras están redondeadas y podrían no reflejar las cifras utilizadas en la determinación del programa. El Ingreso Institucional Estándar es de \$72.80.

Tamaño de la familia	200 % del Nivel federal de pobreza		225 % del Nivel federal de pobreza		250 % del Nivel federal de pobreza		300 % del Nivel federal de pobreza		400 % del Nivel federal de pobreza	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1	\$2,609	\$31,308	\$2,935	\$35,220	\$3,261	\$39,132	\$3,913	\$46,956	\$5,217	\$62,604
2	\$3,525	\$42,300	\$3,966	\$47,592	\$4,407	\$52,884	\$5,288	\$63,456	\$7,050	\$84,600
3	\$4,442	\$53,304			\$5,553	\$66,636	\$6,663	\$79,956	\$8,884	\$106,608
4	\$5,359	\$64,308			\$6,698	\$80,376	\$8,038	\$96,456	\$10,717	\$128,604
5	\$6,275	\$75,300			\$7,844	\$94,128	\$9,413	\$112,956	\$12,550	\$150,600
6	\$7,192	\$86,304			\$8,990	\$107,880	\$10,788	\$129,456	\$14,384	\$172,608
7	\$8,109	\$97,308			\$10,136	\$121,632	\$12,163	\$145,956	\$16,217	\$194,604
8	\$9,025	\$108,300			\$11,282	\$135,384	\$13,538	\$162,456	\$18,050	\$216,600
Por cada persona adicional, agregar	\$917	\$11,004			\$1,146	\$13,752	\$1,375	\$16,500	\$1,834	\$22,008

Estas cifras están redondeadas y podrían no reflejar las cifras utilizadas en la determinación del programa. El Ingreso Institucional Estándar es de \$72.80.

La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado de su ingreso contable según 101 CMR 613.05(1)(b), basado en el FPL de la familia que requiere asistencia financiera (*Medical Hardship*) multiplicado por el ingreso contable real menos las facturas no elegibles para el pago de Health Safety Net, por las cuales el solicitante seguirá siendo responsable. Los requisitos adicionales para la asistencia financiera por dificultades médicas (*Medical Hardship*) están especificados en 101 CMR 613.05.

B.2. Asistencia financiera adicional

Además de Health Safety Net, el hospital ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplan con sus criterios, conforme a lo establecido a continuación. Esta asistencia financiera está destinada a complementar, y no a reemplazar, otras coberturas de servicios, garantizando así que la ayuda se proporcione cuando sea necesaria. El hospital no denegará la asistencia financiera

según su política de asistencia financiera por el hecho de que el solicitante no facilite información o documentación, a menos que dicha información o documentación se describa en el formulario de solicitud y sea necesaria para la determinación de la asistencia financiera.

1. Cambridge Health Alliance ofrecerá un descuento del 25 % sobre los cargos publicados a los pacientes que no califiquen tras haber sido evaluados para determinar su elegibilidad en MassHealth o Health Safety Net mediante una solicitud de beneficios de MassHealth (MBR) y que no tengan otro seguro que cubra los servicios. Este descuento no se aplicará a los copagos ni deducibles.
2. El hospital, tras una revisión interna de cada caso, puede ofrecer al paciente un descuento adicional sobre una factura pendiente de pago, con la autorización del director financiero del hospital o su representante designado. Se excluyen de este descuento los siguientes servicios:
 - i. "Tarifa por servicios": es decir, cirugía estética, plástica, gafas, lentillas, etc. Cualquier ítem identificado como "Tarifa por Servicios".
 - ii. Deducibles, copagos y cobertura parcial de HSN (Health Safety Net).
 - iii. En el caso de que un paciente se niegue a ser examinado para recibir cualquier tipo de ayuda pública, el paciente no tendrá derecho a un descuento adicional sobre una factura pendiente de pago. Este descuento se aplicará si se paga dentro de los 30 días a partir del primer estado de cuenta. Cualquier revisión será parte de un programa interno de asistencia financiera del hospital, el cual se aplicará de manera uniforme a los pacientes y considerará la situación financiera del paciente y su incapacidad para realizar el pago tras haberse llevado a cabo las acciones razonables de cobranza. Cualquier descuento proporcionado por el hospital cumple con los requisitos federales y estatales, y no se basa en un esfuerzo por inducir a un paciente a recibir servicios del hospital o generar negocios que sean pagaderos por programas federales o estatales.
3. Programa MassHealth Spend Down/Deducible de Health Safety Net
En caso de que un paciente solicite MassHealth/Health Safety Net y califique para el programa de reducción "spend down", el paciente será responsable de sus saldos de pago sin descuento, conforme a las regulaciones de los programas MassHealth y Health Safety Net.
4. Para los casos en los que el hospital utilice la solicitud HIX, el hospital ayudará al paciente a completar la solicitud para MassHealth, Health Safety Net u otros programas de asistencia financiera cuando estos se conviertan en parte del Programa de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

C. Avisos y solicitud de programas de asistencia pública

C.1 Avisos sobre opciones disponibles de asistencia pública

Para aquellos individuos que no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente, el hospital trabajará con los pacientes para asistirlos en la solicitud de asistencia pública que pueda cubrir

total o parcialmente sus facturas hospitalarias pendientes de pago. Con el fin de ayudar a los individuos sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar opciones disponibles y apropiadas, el hospital proporcionará a todos los individuos un aviso general sobre la disponibilidad de asistencia pública durante el registro inicial en persona del paciente en una ubicación del hospital para un servicio, en todas las facturas de cobro enviadas al paciente o responsable, y cuando el proveedor sea notificado o, mediante su propia diligencia debida, tome conocimiento de un cambio en el estado de elegibilidad del paciente para cobertura de seguro público o privado.

El hospital también publicará avisos generales en las áreas de prestación de servicios con una zona de registro o de check-in (que incluye, entre otras cosas, áreas de pacientes internos, ambulatorios, departamentos de emergencia y centros de salud comunitarios afiliados), en oficinas de asesores de solicitudes certificados ("CAC"), y en las áreas generales de oficinas comerciales que se utilizan habitualmente por los pacientes (por ejemplo, áreas de admisión y registro, o las oficinas de servicios financieros para pacientes que están abiertas al público). El aviso general informará al paciente sobre la disponibilidad de asistencia pública (incluido MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por el Health Connector, el programa de seguridad médica para niños, el Health Safety Net y Medical Hardship, la asistencia financiera por dificultades médicas), así como las ubicaciones dentro del hospital y/o los números telefónicos para programar una cita con un CAC. El objetivo de estos avisos generales es ayudar a los individuos a solicitar cobertura dentro de uno o más de estos programas.

Todos los avisos están en inglés, con la posibilidad de obtener, previa solicitud, 13 idiomas adicionales a través del Departamento de Relaciones con el Paciente. Los avisos son carteles laminados de 18" x 24" y están colgados en las paredes de todas las áreas designadas (ver el anexo adjunto).

C.2. Solicitud de programas de asistencia pública

El hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa de asistencia pública estatal. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas del estado operado por Health Connector y el Programa de seguridad médica para niños. A partir de la información proporcionada por el paciente, el hospital también identificará opciones de cobertura disponibles a través de los programas Health Safety Net y Medical Hardship (asistencia financiera por dificultades médicas).

Para programas distintos de Medical Hardship, los solicitantes pueden presentar una solicitud en un sitio web (centralizado en el portal del Health Connector del estado), mediante una solicitud en papel o por teléfono a través de un representante de atención al cliente de MassHealth o de Health Connector. Los individuos también pueden solicitar la asistencia de un asesor de solicitudes certificado (CAC) del hospital para completar la solicitud en el sitio web o mediante una solicitud en papel.

En el caso de Medical Hardship, el hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como Medical Hardship sería adecuado y presentará una solicitud de Medical Hardship ante el programa Health Safety Net. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria, según lo requiera el hospital, dentro de un plazo adecuado para garantizar que el hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente proporciona toda la información a

tiempo, el hospital procurará enviar la solicitud completa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria y requerida. Si la solicitud completa no se presenta dentro de los cinco días hábiles tras haber recibido toda la información requerida, no se podrán tomar medidas de cobro contra el paciente con respecto a las facturas que califiquen para Medical Hardship.

El hospital también puede ayudar a los pacientes a inscribirse en el programa Health Safety Net mediante un proceso de determinación presunta, que otorga un periodo de elegibilidad limitado. Este proceso lo realizan el personal del hospital y de los centros de salud comunitarios, quienes, con base en la autodeclaración del paciente sobre su información financiera, determinarán que el paciente cumple con la definición de paciente de bajos ingresos y será cubierto solo para servicios de Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha en que el proveedor realice la determinación y finalizará al término del mes siguiente en el que se haya hecho la determinación presunta. No obstante, la cobertura puede terminar antes si el paciente presenta una solicitud completa conforme a lo descrito anteriormente.

C.3 Función de los asesores de solicitudes certificados del hospital (CAC)

El hospital ayudará a las personas no aseguradas y con seguro insuficiente a solicitar cobertura médica a través de un programa de asistencia pública (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por el Health Connector y el Programa de seguridad médica para niños (CMSP)) y trabajará con ellas para inscribirlas, según corresponda. El hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera, lo que incluye cobertura a través de Health Safety Net y Medical Hardship.

El hospital se encargará de:

- a) proporcionar información sobre la gama completa de programas, incluidos MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por el Health Connector, el Programa de seguridad médica para niños (CMSP), Health Safety Net y Medical Hardship;
- b) ayudar a los individuos a completar una nueva solicitud de cobertura o a presentar la renovación de una cobertura existente;
- c) trabajar con el individuo para obtener toda la documentación necesaria;
- d) presentar solicitudes o renovaciones (junto con toda la documentación requerida);
- e) interactuar, cuando corresponda y según lo permitan las limitaciones actuales del sistema, con los programas para conocer el estado de dichas solicitudes y renovaciones;
- f) ayudar a facilitar la inscripción de solicitantes o beneficiarios en programas de seguro;
- y
- g) ofrecer y proporcionar asistencia para el registro de votantes.

El hospital informará al paciente sobre su obligación de proporcionar tanto al hospital como a la agencia estatal correspondiente información precisa y oportuna sobre su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro actuales (incluidos seguros de hogar, automotor y otras pólizas de responsabilidad civil) que puedan cubrir el costo de la atención recibida, así como cualquier otro recurso financiero aplicable y su información de ciudadanía y residencia. Esta información se

enviará al estado como parte de la solicitud de asistencia en un programa público para determinar la cobertura de los servicios proporcionados al individuo.

En caso de que un individuo o garante no pueda proporcionar la información necesaria, el hospital podrá, a solicitud del individuo, realizar esfuerzos razonables para obtener información adicional de otras fuentes. Estos esfuerzos también incluyen trabajar con los individuos, cuando lo soliciten, para determinar cuándo se debe enviar una factura por servicios al individuo a fin de ayudarlo a cumplir con el deducible único. Estos esfuerzos pueden llevarse a cabo cuando el individuo programe sus servicios, durante el registro previo, mientras esté hospitalizado, al momento del alta o dentro de un periodo razonable posterior al alta.

La información obtenida por el asesor de solicitudes certificado (CAC) se mantendrá conforme a las leyes federales y estatales aplicables en materia de privacidad y seguridad.

El hospital también notificará al paciente, durante el proceso de solicitud, sobre su responsabilidad de informar tanto al hospital como a la agencia estatal que brinda cobertura de atención médica sobre cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar los reclamos, incluidas pólizas de seguro de hogar, automotor u otra responsabilidad civil. Si el paciente ha presentado un reclamo a un tercero o ha iniciado una demanda contra un tercero, el CAC notificará al paciente sobre el requisito de informar al proveedor y al programa estatal dentro de los 10 días posteriores a dichas acciones. También se informará al paciente que, si hay una recuperación sobre el reclamo, deberá reembolsar a la agencia estatal correspondiente el monto de la atención médica cubierta por el programa estatal o ceder los derechos al estado para que pueda recuperar el monto aplicable.

Cuando el individuo se comunique con el hospital, el hospital evaluará la información del individuo para determinar si califica para un programa de asistencia pública o para el programa de asistencia financiera del hospital. Un individuo inscrito en un programa de asistencia pública puede calificar para determinados beneficios.