

Sturdy Memorial Hospital, Inc.

Política de asistencia financiera

**Aprobado por la Junta Directiva
26 de septiembre de 2016**

**Revisado y aprobado
28 de septiembre de 2018
16 de septiembre de 2019
21 de octubre de 2021
28 de septiembre de 2022
20 de septiembre de 2023
26 de septiembre de 2024
29 de septiembre de 2025**

**Revisado y aprobado
24 de septiembre de 2020**

Tabla de contenido

Introducción.....	2
I. Cobertura para servicios de atención médica médicamente necesarios	3
A. Servicios de atención de emergencia y urgencia.....	3
B. Servicios de no emergencia y no urgentes	4
C. Otras ubicaciones del hospital cubiertas por la Política de asistencia financiera.....	5
II. Programas de asistencia pública y asistencia financiera hospitalaria	5
A. Descripción general de la cobertura de salud y los programas de asistencia financiera	5
B. Programas estatales de asistencia pública	5
C. Asistencia financiera hospitalaria.....	6
D. Limitaciones en los cargos	8
E. Avisos y solicitud de asistencia financiera hospitalaria y programas de asistencia pública	8
III. Enlaces web a referencias en la política.....	11
A. Enlace web a la sección de Asistencia financiera del sitio web del hospital	11
B. Enlaces web a referencias en la Parte II, Sección C.1.....	11

Introducción

Esta política se aplica a Sturdy Memorial Hospital ("el hospital") y a ubicaciones y proveedores específicos como se identifica en esta política.

El hospital es el cuidador de primera línea que brinda la atención médicamente necesaria para todas las personas que se presentan en sus instalaciones y ubicaciones, independientemente de su capacidad de pago. El hospital ofrece esta atención a **todos** los pacientes que acuden a nuestras instalaciones las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. Como resultado, el hospital se compromete a brindar a todos nuestros pacientes atención y servicios de alta calidad. Como parte de este compromiso, el hospital trabaja con personas con ingresos y recursos limitados para encontrar opciones disponibles para cubrir el costo de su atención.

El hospital ayudará a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública o el programa de asistencia financiera del hospital (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector, el Children's Medical Security Program, la Health Safety Net y Medical Hardship), y trabajará con las personas para inscribirse según corresponda. La asistencia para estos programas se determina revisando, entre otros elementos, los ingresos del hogar, los activos, el tamaño de la familia, los gastos y las necesidades médicas de una persona.

Si bien el hospital ayuda a los pacientes a obtener cobertura de salud a través de programas públicos y asistencia financiera a través de otras fuentes cuando corresponda, incluido el hospital, es posible que también se requiera que el hospital facture y cobre pagos específicos, que pueden incluir, entre otros, copagos, deducibles, depósitos y otros montos aplicables de los que el paciente acepta ser responsable. Al registrarse para recibir servicios o si recibe una factura, el hospital alienta a los pacientes a comunicarse con nuestro personal para determinar si ellos y/o un miembro de la familia necesitan y son elegibles para recibir asistencia financiera.

Al trabajar con los pacientes para encontrar asistencia o cobertura pública disponible a través del programa de asistencia financiera del hospital, el hospital no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus políticas o en su aplicación de políticas, con respecto a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o al tratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, determinación de que una persona califica para el estado de paciente de bajos ingresos según lo determinado por el sistema de elegibilidad de MassHealth/Connector de Massachusetts, o certificación de información para determinar el estado de paciente de bajos ingresos. Como tal, esta política fue revisada por el Comité Operativo de Finanzas y recomendada y aprobada por la Junta Directiva.

Si bien entendemos que cada individuo tiene una situación financiera única, se puede obtener información y asistencia con respecto a la elegibilidad para los programas de asistencia pública y/o la cobertura a través del programa de asistencia financiera del hospital comunicándose con los asesores financieros del hospital. La información también se puede obtener por correo sin costo para el paciente. Puede comunicarse con los asesores financieros por teléfono al (508) 236-8127 o (508) 236-8128, así como en persona en el hospital. Al ingresar al hospital por la entrada principal, deténgase en el mostrador de información y se le proporcionarán instrucciones. Al ingresar por el Departamento de Emergencias, deténgase en el mostrador de registro y se le proporcionarán instrucciones. La oficina del asesor financiero está abierta de 7:00 a. m. a 3:30 p. m. de lunes a viernes, solo con cita previa.

Más información sobre esta política y el programa de asistencia financiera del hospital, incluidos los formularios de solicitud estatales y de otro estado, un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera y otros elementos discutidos a lo largo de esta política están disponibles en el sitio web del hospital

(consulte la Parte III, Sección A para obtener la dirección web) y también se pueden solicitar copias impresas en varias áreas comunes del hospital, incluido el vestíbulo principal del hospital, el Departamento de Emergencias y el área de registro.

Las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen en la política de facturación y cobranzas separada del hospital. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobranzas visitando el sitio web del hospital (consulte la Parte III, Sección A para obtener la dirección web).

I. Cobertura para servicios de atención médica médicamente necesarios

El hospital brinda servicios de atención médica y de salud conductual médicamente necesarios para todos los pacientes que se presentan en una ubicación del hospital, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios médicamente necesarios incluyen aquellos 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 resultan en enfermedades o dolencias. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios según lo autorizado por el Título XIX de la Ley del Seguro Social.

El profesional médico tratante determinará el tipo y nivel de atención y tratamiento que es necesario para cada paciente en función de los síntomas clínicos que presenten y siguiendo los estándares de práctica aplicables. El hospital sigue los requisitos federales de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) al realizar un examen médico para los pacientes que se presentan en una ubicación del hospital en busca de servicios de emergencia para determinar si existe 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 médico tratante. Las definiciones de servicios de atención de emergencia o urgencia que se proporcionan a continuación son utilizadas por el Hospital con el fin de determinar la cobertura permitida de emergencia y deuda incobrable urgente bajo el programa de asistencia financiera del hospital, incluida la Health Safety Net.

A. Servicios de atención de emergencia y urgencia

Cualquier paciente que se presente en el hospital solicitando asistencia de emergencia será evaluado en función de los síntomas clínicos que se presenten sin tener en cuenta la identificación del paciente, la cobertura del seguro o la capacidad de pago. El hospital no participará en acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o interferir con la detección y la prestación de atención médica de emergencia al discutir primero el programa de asistencia financiera del hospital o la elegibilidad para los programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen tratamiento para:
 - i. Una condición médica, ya sea física o mental, que se manifieste por síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de modo *que una persona prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resulte en poner en grave peligro la salud de la persona o de otra persona, el deterioro grave de las funciones corporales, o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo*, o, con respecto a una mujer embarazada, como se define con más detalle en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

- ii. De acuerdo con los requisitos federales, EMTALA se activa para cualquier persona que se presente en la propiedad de un hospital solicitando un examen o tratamiento de una emergencia (como se define anteriormente) o que ingrese al departamento de emergencias solicitando un examen o tratamiento por una afección médica. Lo más común es que las personas se presenten en el departamento de emergencias sin haber programado una cita. Sin embargo, las personas sin cita programada que soliciten servicios por una afección médica de emergencia mientras se presentan en otra unidad para pacientes hospitalizados/ambulatorios, clínica u otra área auxiliar también serán evaluadas y posiblemente transferidas a un lugar más apropiado para un examen médico de emergencia de acuerdo con EMTALA. El examen y el tratamiento de condiciones médicas de emergencia, o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por EMTALA, se proporcionarán al paciente y calificarán como atención de nivel de emergencia. La determinación de que existe una condición médica de emergencia es realizada por el médico tratante u otro personal médico calificado del hospital como se documenta en el registro médico del hospital.
- b. Los servicios de atención de urgencia incluyen tratamiento para lo siguiente:
 - i. Servicios médicamente necesarios prestados en un hospital de cuidados intensivos después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) de modo *que una persona prudente creería que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría razonablemente resultar en poner en peligro la salud de un paciente, el deterioro de la función corporal o la disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo*. Los servicios de atención de urgencia se brindan para afecciones que no ponen en peligro la vida y no representan un alto riesgo de daño grave a la salud de una persona. Los servicios de atención de urgencia no incluyen atención primaria o electiva.

B. Servicios de no emergencia y no urgentes:

Para los pacientes que (1) el médico tratante determina que es una atención de nivel no emergencia o no urgente o (2) buscan atención y tratamiento después de la estabilización de una condición médica de emergencia, el hospital puede considerar que dicha atención es de servicios primarios o electivos.

- a. Los servicios primarios o electivos incluyen atención médica que no es un nivel de atención urgente o de emergencia y que es requerida por individuos o familias para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Por lo general, estos servicios son procedimientos/visitas médicas o de salud conductual programadas con anticipación o el mismo día por el paciente o por el proveedor de atención médica en una ubicación del hospital que incluye, entre otros, el campus principal, un sitio o ubicación remota, así como un consultorio médico, clínica o centro de salud comunitario afiliado. La atención primaria consiste en servicios de atención médica proporcionados habitualmente por médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y profesionales de enfermería de atención primaria o asistentes médicos en un servicio de atención primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados de un departamento de emergencias de un hospital de cuidados intensivos y excluye los servicios auxiliares y los servicios de atención de maternidad.
- b. Los servicios de atención médica que no sean de emergencia o no urgentes (es decir, atención primaria o electiva) pueden retrasarse o diferirse según la consulta con el personal clínico del hospital, así como con el proveedor de atención primaria o tratante del paciente, si está disponible y según corresponda. El hospital puede negarse a proporcionar a un paciente servicios que no sean de emergencia y no urgentes si el paciente está médicamente estable y el hospital no puede obtener del paciente u otras fuentes la fuente de pago adecuada o la información de elegibilidad para un seguro de salud público o privado para cubrir el costo de la atención de no emergencia y no urgente. La cobertura de los servicios de atención médica, incluida la salud médica y conductual, se determina y describe en los manuales de cobertura y necesidades médicas de una

aseguradora de salud pública y privada. Si bien el hospital intentará determinar la cobertura en función de la cobertura de seguro conocida y disponible del paciente, puede facturar al paciente si los servicios no son reembolsables y el paciente ha aceptado que se le facture.

- c. Es posible que la cobertura de un programa de asistencia financiera público, privado u hospitalario no se aplique a ciertos procedimientos primarios o electivos que no son reembolsables por dichas opciones de cobertura. Si el paciente no está seguro de si un servicio no está cubierto, debe comunicarse con la oficina del asesor financiero del hospital (consulte la página 1 de esta política para obtener información de contacto y horarios de atención) para determinar qué opciones de cobertura están disponibles.

C. Otras ubicaciones del hospital que brindan servicios médicamente necesarios cubiertas por la Política de asistencia financiera:

La política de asistencia financiera del hospital cubre las siguientes ubicaciones donde los pacientes también pueden obtener información sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública:

- Estación de extracción de laboratorio para pacientes ambulatorios de Sturdy Health - 100 O'Neil Blvd, Attleboro, MA 02703

Adicionalmente, es posible que algunos servicios profesionales no estén cubiertos por esta política. Estos son servicios en los que un servicio profesional es prestado por un proveedor no empleado ni contratado por el hospital. Puede encontrar una lista de los servicios cubiertos y no cubiertos por esta política en el sitio web del hospital (consulte la Parte III, Sección A para obtener la dirección web).

II. Programas de asistencia pública y asistencia financiera hospitalaria

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

Los pacientes del hospital pueden ser elegibles para recibir servicios de atención médica gratuitos o de costo reducido a través de varios programas estatales de asistencia pública, así como los programas de asistencia financiera del hospital (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector, el Programa de Seguro Médico para Niños, la Health Safety Net, Dificultades Médicas, y el programa de asistencia financiera del hospital). Dichos programas están destinados a ayudar a los pacientes de bajos ingresos teniendo en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir al costo de su atención. Para aquellas personas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, el hospital, cuando se solicite, los ayudará a solicitar cobertura a través de programas de asistencia pública o programas de asistencia financiera del hospital que pueden cubrir todas o algunas de sus facturas hospitalarias pendientes de pago.

B. Programas estatales de asistencia pública

El hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en los programas estatales de cobertura de salud. Estos incluyen MassHealth, el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector del estado y el Plan de Seguro Médico para Niños. Para estos programas, los solicitantes pueden enviar una solicitud a través de un sitio web en línea (que se encuentra en una ubicación central en el sitio web Health Connector del estado), una solicitud en papel o por teléfono con un representante de servicio al cliente ubicado en MassHealth o en Health Connector. Las personas también pueden solicitar ayuda a los asesores financieros del hospital (también llamados asesores de solicitudes certificados) para enviar la solicitud, ya sea en el sitio web o mediante una solicitud en papel.

C. Asistencia financiera hospitalaria

El hospital también brinda asistencia financiera a pacientes cuyos ingresos demuestran una incapacidad para pagar la totalidad o una parte de los servicios prestados. Es posible que los pacientes que son residentes o no residentes de Massachusetts, incluidos los visitantes extranjeros, deban completar la solicitud de su estado o la solicitud de otro estado del hospital para cobertura de Medicaid o seguro médico subsidiado antes de buscar cobertura a través de las propias opciones de asistencia financiera del hospital. Los pacientes que califican son elegibles para la Política de asistencia financiera hospitalaria según los siguientes criterios:

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

A través de su participación en la Health Safety Net de Massachusetts, el hospital brinda asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente que son residentes de Massachusetts y que cumplen con los requisitos de ingresos. La Health Safety Net se creó para distribuir de manera más equitativa el costo de brindar atención no remunerada a pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente a través de atención gratuita o con descuento en hospitales de cuidados intensivos en Massachusetts. La financiación de la atención no remunerada de la Health Safety Net se logra a través de una evaluación en cada hospital para cubrir el costo de la atención para 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 incluyan los servicios de la Health Safety Net como parte de la atención no remunerada brindada a pacientes de bajos ingresos.

A través de su participación en la Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el hospital pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera, incluida la atención gratuita o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de la Health Safety Net definidos en 101 CMR 613:00 (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web).

(a) Health Safety Net - Primaria

Los pacientes sin seguro que son residentes de Massachusetts con ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) de MassHealth o ingresos contables familiares por dificultades médicas verificados, como se describe en 101 CMR 613.04(1) (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web), entre 0 y 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) pueden determinarse elegibles para los servicios elegibles de la Health Safety Net.

El período de elegibilidad y el tipo de servicios para la *Health Safety Net - Primaria* está limitado a los pacientes elegibles para inscribirse en el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector, tal como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b) (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de salud estudiantil de M.G.L. c. 15A, § 18 (consulte la Parte III, Sección B.3 para la dirección web) no son elegibles para la *Health Safety Net - Primaria*.

(b) Health Safety Net - Secundaria

Los pacientes que son residentes de Massachusetts con seguro médico primario e ingresos familiares MAGI de MassHealth o ingresos contables familiares por dificultades médicas, como se describe en 101 CMR 613.04(1) (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web), entre 0 y 300% del FPL pueden ser elegibles para los servicios elegibles de la Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios para la *Health Safety Net - Secundaria* está limitado a los pacientes elegibles para inscribirse en el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b) (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de salud estudiantil de M.G.L. c. 15A, § 18 (consulte la Parte III, Sección B.3 para la dirección web) no son elegibles para *Health Safety Net - Primaria*.

(c) *Health Safety Net - Deducibles parciales*

Los pacientes que califican para la *Health Safety Net Primaria* o *Health Safety Net - Secundaria* con ingresos familiares MAGI de MassHealth o ingresos contables familiares por dificultades médicas superiores al 150% y hasta el 300% del FPL pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo familiar de facturación de primas (PBFG, por sus siglas en inglés) tienen un ingreso superior al 150% del FPL. Este grupo se define en 130 CMR 501.001 (consulte la Parte III, Sección B.2 para la dirección web).

Si algún miembro del PBFG tiene un FPL por debajo del 150%, no hay deducible para ningún miembro del PBFG. El deducible anual es igual al mayor de:

1. la prima más baja del programa de pago de asistencia para primas gestionado por Health Connector, ajustada por el tamaño del PBFG proporcionalmente a los estándares de ingresos del FPL de MassHealth, al comienzo del año calendario; o
2. 40% de la diferencia entre el ingreso familiar MAGI de MassHealth más bajo o el ingreso contable familiar por dificultades médicas, como se describe en 101 CMR 613.04(1) (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web), en el Grupo familiar de facturación de primas (PBFG) del solicitante y el 200% del FPL.

(d) *Health Safety Net - Dificultades médicas*

Un residente de Massachusetts de cualquier ingreso puede calificar para *Dificultades médicas* a través de la 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 *Dificultades médicas*, los gastos médicos permitidos del solicitante deben exceder un porcentaje específico del ingreso contable del solicitante definido en 101 CMR 613 (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web) de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Porcentaje de ingresos contables
0 - 205% del FPL	10%
205.1 - 305% del FPL	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605% del FPL	30%
>605.1% del FPL	40%

La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado de los ingresos contables en 101 CMR 613.05(1)(b) (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web) en función del FPL de la familia con *dificultades médicas* multiplicado por el ingreso contable real menos las facturas que no son elegibles para el pago de la Health Safety Net, por las cuales el solicitante seguirá siendo responsable. Los requisitos adicionales para *dificultades médicas* se especifican en 101 CMR 613.05 (consulte la Parte III, Sección B.1 para la dirección web).

C.2. Asistencia financiera hospitalaria adicional

Además de la Health Safety Net, el hospital brinda asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplen con sus criterios como se describe a continuación. Esta asistencia financiera está destinada a complementar y no reemplazar otra cobertura de servicios para garantizar que la asistencia financiera se brinde cuando sea necesario. El hospital no negará asistencia financiera en virtud de su política de asistencia financiera basándose en que el solicitante no haya proporcionado información o documentación, a menos que dicha información o documentación se describa en el formulario de solicitud y sea necesaria para determinar la asistencia financiera.

Los residentes de Massachusetts que califiquen para la asistencia pública estatal (a través de la solicitud estatal) y tengan saldos adeudados correspondientes a fechas de servicio anteriores a más de 10 días antes de reunir los requisitos para dicha asistencia, tendrán esos saldos cancelados por el programa de asistencia financiera del hospital. La solicitud del estado de Massachusetts y las instrucciones que la acompañan se pueden encontrar en el sitio web del hospital (consulte la Parte III, Sección A para obtener la dirección web).

Los no residentes de Massachusetts, incluidos los visitantes extranjeros, que hayan solicitado asistencia a través del programa de su estado o a través de la solicitud de otro estado del hospital y califiquen (o tengan una carta de denegación que indique que serán elegibles en una fecha de inscripción posterior) recibirán asistencia a través del programa de asistencia financiera del hospital, según los mismos criterios que se establecen en la Sección C.1. Para aquellos pacientes que califican para asistencia parcial (ver Sección C.1.(b)) el deducible adeudado se basará en la tabla de FPL y el cálculo del deducible, que se puede encontrar en el sitio web del hospital (consulte la Parte III, Sección A para la dirección web).

Los pacientes que no califiquen a través de sus solicitudes de asistencia estatal o no presenten la documentación necesaria para optar a dicha asistencia se considerarán pacientes privados y no estarán sujetos a esta política, a menos que se envíe información en una fecha futura que les permita optar a la asistencia hospitalaria.

D. Limitaciones en los cargos

El hospital no cobrará a ninguna persona que sea elegible para recibir asistencia en virtud de su política de asistencia financiera para atención de emergencia y médicamente necesaria más que el "monto generalmente facturado" a las personas que tienen seguro para dicha atención. Para ello, el "monto generalmente facturado" se determina utilizando el siguiente método:

- El "monto generalmente facturado" (o AGB, por sus siglas en inglés) se calcula anualmente utilizando el promedio de los montos permitidos de la tarifa por servicio de Medicare y las tarifas contratadas para todas las aseguradoras privadas. Los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta política pagarán el importe más bajo entre el AGB y el importe facturado a los pacientes con saldos pendientes después de la asistencia. La tasa de AGB se puede encontrar en el sitio web del hospital (consulte la Parte III, Sección A para la dirección web).

E. Avisos y solicitud de asistencia financiera hospitalaria y programas de asistencia pública

E.1 Avisos de asistencia financiera hospitalaria disponible y opciones de asistencia pública

Para aquellas personas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, el hospital trabajará con los pacientes para ayudarlos a solicitar asistencia pública y/o programas de asistencia financiera del hospital que pueden cubrir algunas o todas sus facturas hospitalarias pendientes de pago. Con el fin de ayudar a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar opciones disponibles y adecuadas, el hospital proporcionará a todas las personas un aviso general de la disponibilidad de programas de asistencia pública y asistencia financiera durante el registro inicial en persona del paciente en una ubicación del hospital para recibir un servicio, en todas las facturas que se envían al paciente o garante, y cuando se notifica al proveedor o, a través de su propia diligencia debida, se da cuenta de un cambio en el estado de elegibilidad del paciente para la cobertura de seguro público o privado.

Además, el hospital también publica avisos generales en las áreas de prestación de servicios donde hay un área de registro (incluidos, entre otros, los departamentos de pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia), en las oficinas del Asesor de solicitud certificado ("CAC", por sus siglas en inglés) y en las áreas generales de oficinas comerciales que utilizan habitualmente los pacientes (p. ej., áreas de admisiones y registro, u oficinas de servicios financieros para pacientes que están activamente abiertas al público). El aviso general informará al paciente sobre la disponibilidad de asistencia pública y asistencia financiera hospitalaria (incluido MassHealth, el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector,

el Programa de Seguro Médico para Niños, la Health Safety Net y Dificultades médicas), así como las ubicaciones dentro del hospital y/o los números de teléfono a los que llamar para programar una cita con un CAC. El objetivo de estos avisos es ayudar a las personas a solicitar cobertura dentro de uno o más de estos programas.

El hospital promoverá en la comunidad la disponibilidad de sus asesores de solicitud certificados, su sitio web y cómo esos recursos pueden ayudar a los pacientes a solicitar y posiblemente calificar para asistencia financiera estatal y/u hospitalaria.

E.2. Solicitud de asistencia financiera hospitalaria y programas de asistencia pública

El hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa estatal de asistencia pública. Estos incluyen MassHealth, el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector del estado y el Plan de Seguro Médico para Niños. Con base en la información proporcionada por el paciente, el hospital también identificará las opciones de cobertura disponibles a través de su programa de asistencia financiera, incluidos los programas Health Safety Net y Dificultades médicas.

Para programas que no sean Dificultades médicas, los solicitantes pueden enviar una solicitud a través de un sitio web en línea (que se encuentra en una ubicación central en el sitio web Health Connector del estado), una solicitud en papel o por teléfono con un representante de servicio al cliente ubicado en MassHealth o en Health Connector. Las personas también pueden solicitar ayuda al asesor de solicitudes certificado del hospital para enviar la solicitud, ya sea en el sitio web o mediante una solicitud en papel.

Para Dificultades médicas, el hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como Dificultades médicas sería apropiado y presentará una solicitud de Dificultades médicas a la Health Safety Net. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria según lo solicite el hospital en un plazo adecuado para garantizar que el hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente puede proporcionar toda la información de manera oportuna, el hospital se esforzará por enviar la solicitud total y completa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria y solicitada. Si la solicitud total y completa no se envía dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria, no se pueden tomar medidas de cobro contra el paciente con respecto a las facturas elegibles para dificultades médicas.

El hospital también puede ayudar a los pacientes a inscribirse en la Health Safety Net mediante un proceso de determinación presuntiva, que proporciona un período limitado de elegibilidad. Este proceso lo lleva a cabo el personal del hospital, quien, sobre la base de la autocertificación de la información financiera del paciente, considerará que un paciente cumple con la definición de paciente de bajos ingresos y estará cubierto solo por los servicios de la Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha en que el proveedor tome la determinación hasta el final del mes siguiente en el que se tome la determinación presuntiva. Sin embargo, la cobertura puede terminarse antes si el paciente presenta una solicitud completa como se ha descrito anteriormente.

Para la asistencia financiera proporcionada a través del hospital, los residentes de Massachusetts pueden calificar para recibir asistencia hospitalaria utilizando la misma solicitud y criterios estatales que se describen en la Sección C.2. Los residentes de otro estado, así como los visitantes extranjeros, también calificarán de la misma manera descrita en la Sección C.2.

El hospital no negará la asistencia financiera en virtud de su política de asistencia financiera por motivos de información o documentación, a menos que la información o documentación se describa en su política de asistencia financiera o formulario de solicitud.

E.3 Papel del asesor financiero del hospital

El hospital ayudará a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública (que incluye, entre otros, MassHealth, el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector y el Programa de Seguro Médico para Niños), y trabajará con las personas para inscribirlas según corresponda. El hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del hospital, que incluye cobertura a través de la Health Safety Net y Dificultades médicas.

El hospital:

- a) proporcionará información sobre la gama completa de programas, incluidos MassHealth, el programa de ayuda para el pago de primas gestionado por Health Connector, el Programa de Seguro Médico para Niños, la Health Safety Network y Dificultades médicas;
- b) ayudará a las personas a completar una nueva solicitud de cobertura o presentar una renovación para la cobertura existente;
- c) trabajará con la persona para obtener toda la documentación requerida;
- d) presentará solicitudes o renovaciones (junto con toda la documentación requerida);
- e) interactuará, cuando corresponda y según lo permitan las limitaciones actuales del sistema, con los Programas sobre el estado de dichas solicitudes y renovaciones;
- f) ayudará a facilitar la inscripción de solicitantes o beneficiarios en programas de seguro; y
- g) ofrecerá y proporcionará asistencia para el registro de votantes.

El hospital informará al paciente de su obligación de proporcionar al hospital y 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 (incluido el seguro de hogar, vehículo motorizado y otros seguros de responsabilidad civil) que pueden cubrir el costo de la atención recibida, cualquier otro recurso financiero aplicable e información de ciudadanía y residencia. Esta información se enviará al estado como parte de la solicitud de asistencia del programa público para determinar la cobertura de los servicios prestados a la persona.

Si la persona o el garante no pueden proporcionar la información necesaria, el hospital puede (a solicitud de la persona) hacer esfuerzos razonables para obtener información adicional de otras fuentes para ayudar al paciente a solicitar asistencia pública u hospitalaria. Dichos esfuerzos también incluyen trabajar con las personas, cuando la persona lo solicite, para determinar si se debe enviar una factura por los servicios a la persona para ayudar a cumplir con el deducible único. Esto ocurrirá cuando la persona esté programando sus servicios, durante la preinscripción, mientras la persona está ingresada en el hospital, al momento del alta o por un tiempo razonable después del alta del hospital. La información que obtenga el CAC se mantendrá de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad aplicables.

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

Cuando la persona se comuniquen con el hospital, el hospital intentará identificar si la persona califica para un programa de asistencia pública o a través del programa de asistencia financiera del hospital. Una persona que está inscrita en un programa de asistencia pública puede calificar para ciertos beneficios.

Las personas también pueden calificar para asistencia adicional según el programa de asistencia financiera del hospital según los ingresos documentados de la persona y los gastos médicos permitidos.

III. Enlaces web a referencias en la política

A. Enlace web a la sección de Asistencia financiera en el sitio web del hospital

A.1 Referenciado a lo largo de la política

<https://www.sturdyhealth.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance/>

La sección de Asistencia financiera del sitio web del hospital también se puede encontrar yendo a <https://www.sturdyhealth.org> y navegando a Pacientes y visitantes, haga clic en Facturación y seguro, luego haga clic en Asistencia financiera.

B. Enlaces web a referencias en la Parte II, Sección C.1

B.1 101 CMR 613.XXX

<https://www.mass.gov/regulations/101-CMR-613-health-safety-net-eligible-services>

B.2 130 CMR 501.XXX

<https://www.mass.gov/regulations/130-CMR-50100-health-care-reform-masshealth-general-policies>

B.3 M.G.L. c. 15A, § 18

<https://malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/PartI/TitleII/Chapter15A/Section18>