

Sturdy Memorial Hospital, Inc.

Póliza de asistencia financiera

**Aprobada por el Consejo de Administración
26 de septiembre de 2016**

**Revisado y Aprobado
28 de septiembre de 2018**

Índice

Introducción	1
I. Cobertura para servicios de atención médicamente necesaria.....	3
A. Servicios de emergencia y atención urgente	3
B. Servicios que no son de emergencia y servicios no urgentes.....	4
C. Otras ubicaciones del hospital que prestan servicios médicamente necesarios cubiertos por la Póliza de asistencia financiera.....	5
II. Programas de asistencia pública y asistencia financiera del hospital.....	6
A. Descripción general de la cobertura de salud y asistencia financiera	6
B. Programas estatales de asistencia pública.....	6
C. Asistencia financiera del hospital.....	6
D. Limitaciones en los cargos	9
E. Avisos, solicitud de asistencia financiera del hospital y programas de asistencia pública.....	9
III. Enlaces web a referencias en la Póliza.....	12
A. Enlace web al sitio web del hospital.....	12
B. Enlaces web a las referencias de la Parte I, Sección C.1	12

Introducción

Esta póliza se aplica a Sturdy Memorial Hospital (“el hospital”), las ubicaciones y proveedores específicos según se identifica en esta póliza.

El hospital es el cuidador de primera línea que brinda atención médicamente necesaria para todas las personas que se presentan en sus instalaciones y ubicaciones, sin perjuicio de su capacidad de pago. El hospital ofrece esta atención para **todos** los pacientes que vienen a nuestras instalaciones las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. En consecuencia, 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 y con seguro insuficiente a solicitar la cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública o del programa de asistencia financiera del hospital (que incluye, por ejemplo, MassHealth, el programa especial de pago de asistencia operado por Health Connector, Children’s Medical Security Program, Health Safety Net y el programa de Dificultades Médicas), y trabaja con las personas para que se inscriban según corresponda. La asistencia para estos programas se determina mediante la revisión, entre otras cosas, de los ingresos familiares, 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 mediante otras fuentes cada vez que corresponda, incluido el hospital, el hospital también debe facturar y cobrar adecuadamente pagos específicos, que pueden incluir, por ejemplo, copagos, deducibles, depósitos y otros montos aplicables por los cuales el paciente acepta responsabilizarse. Cuando se inscriban para los servicios o si reciben una factura, el hospital recomienda a los pacientes que se comuniquen con nuestro personal para determinar si ellos o un familiar necesitan la asistencia financiera y son elegibles para recibirla.

Al trabajar con los pacientes para buscar asistencia o cobertura pública disponible a través del programa de asistencia financiera del hospital, el hospital no discrimina por raza, color, origen nacional, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus pólizas o en su solicitud de pólizas, con respecto a la adquisición y verificación financiera, depósitos de preadmisión o pretratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, determinación de que una persona califica para la Condición de paciente de bajos ingresos según lo determine el sistema de elegibilidad de MassHealth/Conector de Massachusetts o la conformación de información para determinar la condición de paciente de bajos ingresos. Como tal, esta póliza fue examinada por el Comité Operativo Financiero y recomendada y aprobada por el Consejo de Administración.

Si bien comprendemos que cada persona tiene una situación financiera específica, pueden obtenerse información y asistencia con respecto a la elegibilidad para los programas o la cobertura de asistencia pública a través del programa de asistencia financiera del hospital si se comunica con los asesores financieros del hospital. La información también puede obtenerse por correo electrónico sin costo para el paciente. Puede comunicarse con los asesores financieros por teléfono al (508) 236-8127 o pueden verse en persona en el hospital. Cuando ingrese al hospital por la entrada principal, deténgase en el Mostrador de información y se le proporcionarán indicaciones. Cuando ingrese por la Sala de emergencias, deténgase en el Mostrador de inscripción y se le proporcionarán indicaciones. La oficina del asesor financiero está abierta de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Lunes Viernes.

Hay más información disponible sobre esta póliza y el programa de asistencia financiera del hospital, incluidos los formularios de solicitud del estado y fuera del estado, un resumen en lenguaje simple de la póliza de asistencia financiera y otros puntos analizados en toda esta póliza. Dicha información se encuentra disponible en el sitio web del hospital (consulte la dirección web en la Parte III, Sección A) y las copias impresas también pueden solicitarse en distintas áreas comunes del hospital, incluidos el hall principal, el Centro de atención de emergencias y el área de inscripción.

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

I. Cobertura para servicios de atención médicamente necesaria

El hospital presta servicios médicamente necesarios y de atención de salud conductual para todos los pacientes que se presenten en un hospital sin perjuicio de su capacidad de pago. Los servicios médicamente necesarios incluyen aquellos que se espera razonablemente que prevengan, diagnostiquen, impidan el empeoramiento, alivien, corrijan o curen afecciones que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad o dan lugar a una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios según se autoriza conforme al Título XIX de la Ley de Seguridad Social.

El profesional médico tratante determinará el tipo y nivel de atención y tratamiento que son necesarios para cada paciente según los síntomas clínicos que presenta siguiendo las normas de práctica correspondientes. El hospital sigue los requisitos de la Ley federal de tratamiento médico de emergencia y parto activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) al llevar a cabo un examen médico para los pacientes que se presentan en un hospital en busca de servicios de emergencia para determinar si existe una afección médica de emergencia.

La clasificación de servicios de emergencia y de servicios que no sean de emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como también en la determinación médica del médico tratante. Las definiciones de servicios de atención de emergencia o urgente provistas a continuación son utilizadas además por el Hospital con el fin de determinar cobertura de créditos incobrables por servicios de emergencia y urgencia permitida conforme al programa de asistencia financiera del hospital, incluida Health Safety Net.

A. Servicios de emergencia y atención urgente

Se evaluará a cualquier paciente que se presente en el hospital y solicite asistencia de emergencia según los síntomas clínicos que presente sin perjuicio de la identificación, cobertura de seguro o capacidad de pago del paciente. El hospital no participará en acciones que disuadan a las personas de procurar atención médica de emergencia, como intimar a los pacientes a que paguen antes de recibir tratamiento de afecciones médicas de emergencia o interferir con la detección y provisión de atención médica de emergencia al analizar primero el programa de asistencia financiera del hospital o la elegibilidad para los programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen el tratamiento para:
 - i. Una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, que incluyen dolor intenso, tal *que una persona prudente con conocimientos promedio sobre salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata diera como resultado alguna de las siguientes situaciones: poner la salud de la persona u otra persona en peligro grave; deterioro serio de las funciones corporales o disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo*, o, con respecto a una mujer embarazada, según se define en detalle en el Título 42 del Código Uniforme de los EE. UU., Artículo 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. De acuerdo con los requisitos federales, se activa la EMTALA para cualquier persona que se presente en un hospital y solicite el examen o tratamiento de una emergencia (según lo antes definido) o que ingrese en el departamento de emergencias y solicite el examen o tratamiento de una afección médica. Más comúnmente, las personas sin cita se presentan en el departamento de emergencias. Sin embargo, las personas sin cita que solicitan servicios para una afección médica

de emergencia mientras se presentan en otra unidad, clínica u otra área auxiliar para pacientes internados/ambulatorios también se evaluarán y se trasladarán posiblemente a una ubicación más adecuada para un examen médico de emergencia de acuerdo con la EMTALA. El examen y tratamiento de afecciones médicas de emergencia, o cualquier otro servicio prestado en la medida que se exija conforme a la EMTALA, se proporcionarán al paciente y calificarán como atención a nivel de emergencia. La determinación de que hay una afección médica de emergencia es efectuada por el médico tratante u otro personal médico calificado del hospital según se documenta en el registro médico del hospital.

- b. Los servicios de atención urgente incluyen el tratamiento para lo siguiente:
 - i. Servicios médicamente necesarios prestados en un hospital agudo después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, tal *que una persona prudente creería que la ausencia de atención médica inmediata dentro de las 24 horas podría esperarse razonablemente que derivara en alguna de las siguientes situaciones: poner la salud de la persona en peligro grave; deterioro de las funciones corporales o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.* Los servicios de atención urgente se prestan para afecciones que no ponen en riesgo la vida y no plantean un riesgo alto de daños graves en la salud de una persona. Los servicios de atención urgente no incluyen atención primara u optativa.

B. Servicios que no son de emergencia y servicios no urgentes:

Para aquellos pacientes (1) para quienes el médico tratante determina que necesitan atención a un nivel que no es de emergencia ni de urgencia o (2) que solicitan atención y tratamiento tras la estabilización de una afección médica de emergencia, el hospital puede considerar que dicha atención constituye servicios primarios u optativos.

- a. Los servicios primarios u optativos incluyen atención médica a un nivel que no es de urgencia ni de emergencia y que son requeridos por las personas o familias para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Normalmente, estos servicios son procedimientos/visitas médicas o de salud conductual programados con anticipación o en el mismo día por el paciente o el proveedor de atención médica en una ubicación hospitalaria que incluye, por ejemplo, el campus principal, un lugar o ubicación remotos, así como también un consultorio médico, clínico, o centro de salud comunitario afiliados. La atención primaria consta de servicios de atención médica prestados habitualmente por médicos de cabecera, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y profesionales de enfermería o asistentes médicos de atención primaria en un servicio de atención primaria. La atención primaria no requiere de los recursos especializados de un departamento de emergencia de hospital agudo y excluye servicios auxiliares y servicios de atención de maternidad.
- b. Los servicios de atención médica que no sean de emergencia o de urgencia (es decir, atención primaria u optativa) pueden demorarse o diferirse según la consulta con el personal clínico del hospital, así como también la consulta con el proveedor de atención primaria o tratante del paciente si se encuentra disponible y según corresponda. El hospital puede rehusarse además de prestar servicios que no sean de emergencia o que no sean de urgencia a un paciente si el paciente está médicamente estable y si el hospital no puede obtener del paciente o de otras fuentes una fuente de pago o información de elegibilidad adecuadas para que un seguro de salud público o privado cubra el costo de la atención que no es de emergencia o de urgencia. La cobertura para los servicios de atención médica, que incluyen la salud médica y conductual, se determina y describe en los manuales de

necesidad y cobertura de un asegurador de salud público y privado. Si bien el hospital intentará determinar la cobertura según la cobertura de seguro conocida y disponible del paciente, puede facturar al paciente si los servicios no son un servicio reembolsable y el paciente ha aceptado que se le facture.

- c. La cobertura de un programa de asistencia financiera pública, privada u hospitalaria puede no aplicarse a determinados procedimientos primarios u optativos 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 en la página 1 de esta póliza la información de contacto y el horario de atención) para determinar de qué opciones de cobertura se dispone.

C. Otras ubicaciones del hospital que prestan servicios médicamente necesarios cubiertos por la Póliza de asistencia financiera:

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

- Mansfield Health Center – 200 Copeland Drive, Mansfield, MA 02048

Asimismo, la póliza de asistencia financiera del hospital cubre aquellos servicios de atención emergente, urgente y primaria prestados por el hospital y sus ubicaciones remotas antes indicadas. Algunos servicios profesionales pueden no estar cubiertos por esta póliza. Estos son servicios en los que un servicio profesional es prestado por un profesional no empleado ni contratado por el hospital. Una lista de los servicios no cubiertos por esta póliza pueden encontrarse en el sitio web del hospital (consulte la dirección web en la Parte III, Sección A).

II. Programas de asistencia pública y asistencia financiera del hospital

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

Los pacientes del hospital pueden ser elegibles para servicios de atención médica gratuitos o con un costo reducido a través de varios programas de asistencia pública del estado, así como también para los programas de asistencia financiera del hospital (que incluyen, por ejemplo, MassHealth, el programa especial de pago de asistencia operado por Health Conector, el programa Children's Medical Security Program, Health Safety Net, el programa de Dificultades Médicas y el programa de asistencia financiera del hospital). Dichos programas tienen como objetivo ayudar a los pacientes de bajos ingresos teniendo en cuenta la capacidad de cada persona para aportar el costo de su atención. Para aquellas personas sin seguro o con seguro insuficiente, cuando se solicite, el hospital los ayudará a solicitar cualquier cobertura a través de programas de asistencia pública o programas de asistencia financiera del hospital que puedan cubrir todas o algunas de sus facturas hospitalarias impagas.

B. Programas estatales de asistencia pública

El hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en los programas de cobertura de salud del estado. Estos programas incluyen a MassHealth, el programa especial de pago de asistencia operado por Health Conector del estado y el plan Children's Medical Security Plan. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un sitio web en línea (que se encuentra centralizada en el sitio web de Health Connector del estado), una solicitud impresa o por teléfono con un representante de atención al cliente ubicado en MassHealth o en Connector. Las personas también pueden solicitar asistencia a los asesores financieros del hospital (también denominados asesores de solicitud certificados) para presentar la solicitud, ya sea en el sitio web o a través de una solicitud impresa.

C. Asistencia financiera del hospital

El hospital también brinda asistencia financiera a los pacientes cuyos ingresos demuestran una incapacidad de pagar todos o una parte de los servicios prestados. Los pacientes que son residentes de Massachusetts o no residentes de Massachusetts, incluidos los visitantes extranjeros, pueden estar obligados a completar la solicitud de su estado o la solicitud fuera del estado del hospital para la cobertura de Medicaid o el seguro de salud subsidiario antes de obtener la cobertura a través de las opciones de asistencia financiera propias del hospital. Los pacientes que califican son elegibles para la Póliza de asistencia financiera del hospital según los criterios a continuación:

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

A través de su participación en 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 las calificaciones de ingresos. Health Safety Net se creó para distribuir más equitativamente el costo de proveer atención no remunerada a pacientes de bajos ingresos, sin seguro y con seguro insuficiente a través de atención gratuita o con descuento en hospitales agudos en Massachusetts. La agrupación de atención no remunerada de Health Safety Net se logra a través de una evaluación en cada hospital para cubrir el costo de la atención para pacientes sin seguro y con seguro insuficiente con ingresos menores al 300 % del nivel federal de pobreza. Es política del hospital que para todos los pacientes que reciben asistencia financiera conforme a la póliza de asistencia financiera del hospital se incluyen los servicios de Health Safety Net como parte de la atención no remunerada provista a los pacientes de bajos ingreso.

A través de su participación en Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el hospital pueden ser elegibles para asistencia financiera, incluida la atención gratuita o

parcialmente gratuita para los servicios elegibles de Health Safety Net definidos en 101 CMR 613:00 (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1).

(a) Health Safety Net - Primaria

Puede determinarse que los pacientes sin seguro que son residentes de Massachusetts con Ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) o Ingresos contables familiares por dificultades médicas de MassHealth, según se describe en 101 CMR 613.04(1) (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1), entre el 0 y 300 % del Nivel federal de pobreza (FPL) son elegibles para los servicios elegibles de Health Safety Net.

El período de elegibilidad y tipo de servicios para *Health Safety Net - Primaria* está limitado a los pacientes elegibles para la inscripción en el Programa especial de pago de asistencia operado por Health Conector, según se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b) (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de salud estudiantil de M.G.L. c. 15A, § 18 (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.3) no son elegibles para *Health Safety Net – Primaria*.

(b) Health Safety Net – Secundaria

Puede determinarse que los pacientes que son residentes de Massachusetts con seguro de salud primario e Ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) o Ingresos contables familiares por dificultades médicas de MassHealth, según se describe en 101 CMR 613.04(1) (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1), entre el 0 y 300 % del FPL son elegibles para los servicios elegibles de Health Safety Net. El período de elegibilidad y tipo de servicios para *Health Safety Net – Secundaria* está limitado a los pacientes elegibles para inscripción en el Programa especial de pago de asistencia operado por Health Conector según se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b) (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de salud estudiantil de M.G.L. c. 15A, § 18 (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.3) no son elegibles para *Health Safety Net – Primaria*.

(c) Health Safety Net – Deducibles parciales

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

Si algún miembro del PBFG tiene un FPL por debajo del 150 %, no hay ningún deducible para ningún miembro del PBFG. El deducible anual es equivalente al que resulte mayor de los siguientes montos:

1. el Programa especial de pago de asistencia de menor costo operado por la prima de Health Connector, ajustado por el tamaño del PBFG proporcionalmente a los niveles de ingreso del FPL de MassHealth, al comienzo del año calendario; o
2. el 40 % de la diferencia entre los Ingresos familiares o Ingresos contables familiares por dificultades médicas (MAGI) de MassHealth, según se describe en 101 CMR 613.04(1) (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1), en el Grupo familiar de facturación de la prima (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 Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han agotado sus ingresos contables de forma tal que no puede pagar los servicios de salud. Para calificar para *Dificultades médicas*, los gastos médicos permitidos del solicitante deben superar un porcentaje especificado de los Ingresos contables del solicitante definidos en 101 CMR 613 (consulte la dirección web de la Parte II, Sección F.1) de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Porcentaje de ingresos contables
0 - 205 % FPL	10 %
205.1 - 305 % FPL	15 %
305.1 - 405 %	20 %
405,1 - 605 % FPL	30 %
>605.1 % FPL	40 %

El aporte obligatorio del solicitante se calcula como el porcentaje especificado de los Ingresos contables en 101 CMR 613.05(1) (b) (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1) el FPL familiar por *Dificultades médicas* multiplicado por los Ingresos contables reales menos las facturas no elegibles para el pago de Health Safety Net, por el cual el solicitante continuará siendo responsable. Los requisitos adicionales para *Dificultades médicas* se especifican en 101 CMR 613.05 (consulte la dirección web en la Parte II, Sección F.1).

C.2. Asistencia financiera adicional del hospital

Además de Health Safety Net, el hospital brinda asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplen sus criterios según lo descrito a continuación. Esta asistencia financiera está destinada a complementar y no a reemplazar otra cobertura de servicios a fin de garantizar que se brinde asistencia financiera cuando se necesite. El hospital no denegará la asistencia financiera conforme a su póliza de asistencia financiera si el solicitante no proporciona información o documentación, a menos que la información o documentación se describa y sea necesaria para la determinación de la asistencia financiera a través del formulario de solicitud.

Los residentes de Massachusetts que califican para la asistencia pública del estado (a través del formulario del estado) y tienen saldos impagos desde las fechas de servicios de más de 10 días antes de calificar para dicha asistencia, podrían deducir dichos saldos del programa de asistencia financiera del hospital. Puede encontrar el formulario del estado y las indicaciones que lo acompañan en el sitio web del hospital (consulte la dirección web en la Parte III, Sección A).

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

Los pacientes que no califiquen a través de sus solicitudes de asistencia del estado o no presenten la documentación necesaria para calificar para la asistencia de un paciente se considerarán un Autopago y no se encuadrarán en esta póliza, a menos que se presente la información en una fecha posterior que hará que dichos pacientes califiquen para la asistencia del hospital.

D. Limitaciones en los cargos

El hospital no le cobrará a ninguna persona que sea elegible para la asistencia conforme a su póliza de asistencia financiera por atención de emergencia y médicamente necesaria más del "monto generalmente facturado" a las personas que tienen seguro para dicha atención. Con este fin el "monto generalmente facturado" se determina con el siguiente método:

- El "monto generalmente facturado" (o AGB) se calcula en forma anual con el promedio de los montos permitidos del Cargo por servicio de Medicare y las tarifas contratadas para todos los aseguradores privados. Los pacientes elegibles para la asistencia conforme a esta póliza pagarán el AGB o el monto facturado para los pacientes con saldos después de la asistencia, lo que fuese menor. La tasa del AGB puede encontrarse en el sitio web del hospital (consulte la dirección web en la Parte III, Sección A).

E. Avisos, solicitud de asistencia financiera del hospital y programas de asistencia pública

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

Para aquellas personas sin seguro o con seguro insuficiente, el hospital trabajará con los pacientes para ayudarlos a solicitar asistencia pública o programas de asistencia financiera del hospital que puedan cubrir todas o algunas de sus facturas hospitalarias impagas. Con el fin de ayudar a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar opciones disponibles y adecuadas, el hospital brindará a todas las personas un aviso general de la disponibilidad de programas de asistencia pública y asistencia financiera durante la inscripción inicial en persona del paciente para un servicio, en todas las facturas que se le envíen a un paciente o garante, y cuando se notifica al proveedor o a través de su propia diligencia debida tome conocimiento de un cambio en la condición de elegibilidad del paciente para cobertura de seguro público o privado.

Asimismo, el hospital también publica avisos generales en áreas de prestación del servicio donde existe un área de inscripción o facturación (incluidos, por ejemplo, los departamentos de pacientes hospitalizados y ambulatorios y de emergencia), en las oficinas de asesores de solicitud certificados ("CAC", por sus siglas en inglés) y en áreas de oficinas comerciales generales que habitualmente utilizan los pacientes (p. ej., áreas de admisiones e inscripción, u oficinas de servicios financieros de los pacientes que están activamente abiertas al público). El aviso general informará al paciente sobre la disponibilidad de la asistencia pública y la asistencia financiera del hospital (incluidos MassHealth, el programa especial de pago de asistencia operado por Health Connector, el programa Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Dificultades Médicas), así como los lugares dentro del hospital o los números de teléfono para llamar y programar una cita con un CAC. El objetivo de estos avisos es ayudar a las personas a solicitar cobertura en uno o más de estos programas.

El hospital promocionará en la comunidad la disponibilidad de sus asesores de solicitud certificados, su sitio web y cómo estos recursos pueden ayudar a los pacientes a solicitar y posiblemente calificar para la asistencia financiera del estado o del hospital.

E.2. Solicitud de asistencia financiera del hospital y programas de asistencia pública

El hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa de asistencia pública del estado. Estos programas incluyen a MassHealth, el programa especial de pago de asistencia operado por Health Conector del estado y el plan Children's Medical Security Plan. De acuerdo con la información provista por el paciente, el hospital también identificará las opciones de

cobertura disponibles a través de su programa de asistencia financiera, incluidos los programas Health Safety Net y Dificultades Médicas.

Para los programas que no sean de Dificultades médicas, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un sitio web en línea (que se encuentra centralizada en el sitio web de Health Connector del estado), una solicitud impresa; o bien, por teléfono, con un representante de atención al cliente ubicado en MassHealth o en Connector. Las personas también pueden solicitar asistencia al asesor de solicitud certificado del hospital cuando presenten la solicitud, ya sea en el sitio web o a través de una solicitud impresa.

En el caso del programa de Dificultades Médicas, el hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como Dificultades Médicas sería adecuado y presentará una solicitud de Dificultades Médicas a Health Safety Net. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria según lo solicite el hospital en un plazo adecuado para asegurar que el hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente puede proporcionar toda la información de manera oportuna, el hospital procurará presentar la solicitud total y completa en un plazo de cinco (5) días hábiles de recibida toda la información necesaria y solicitada. Si la solicitud total y completa no se presenta en un plazo de cinco días hábiles de recibida toda la información necesaria, no pueden tomarse 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 Health Safety Net con un proceso de determinación presunta, que proporciona un período de elegibilidad limitado. Este proceso es llevado a cabo por personal del hospital que, de acuerdo con la auto-certificación de la información del paciente, considerará que un paciente cumple con la definición de paciente de bajos ingresos y estará cubierto solo para los servicios de Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha en la que el proveedor efectúe la determinación hasta el final del mes siguiente en el que se realiza la determinación presunta. Sin embargo, la cobertura puede extinguirse antes si el paciente presenta una solicitud completa según lo antes descrito.

Para la asistencia financiera provista a través del hospital, los residentes de Massachusetts pueden calificar para la asistencia del hospital con la misma solicitud y criterios del estado que aquellos descritos en la Sección C.2. Los residentes fuera del estado y los visitantes extranjeros calificarán de la misma manera descrita en la Sección C.2.

El hospital no denegará la asistencia financiera conforme a su póliza de asistencia financiera por información o documentación, a menos que la información o documentación se describa en su póliza de asistencia financiera o formulario de solicitud.

E.3 Función del asesor financiero del hospital

El hospital ayudará a las personas sin seguro y con seguro insuficiente a solicitar la cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública (incluidos, por ejemplo, MassHealth, el programa especial de pago de asistencia operado por Health Conector y el programa Children's Medical Security Program), y trabaja con las personas para que se inscriban según corresponda. El hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del hospital, lo que incluye la cobertura a través de Health Safety Net y Dificultades Médicas.

El hospital deberá:

- a) proporcionar información sobre la gama completa de programas, entre los que se incluyen MassHealth, el programa especial de pago de asistencia operado por Health Connector, el programa Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Dificultades Médicas;

- b) ayudar a las personas a completar una nueva solicitud de cobertura o presentar una renovación para la cobertura existente;
- c) trabajar con la persona para obtener toda la documentación necesaria;
- d) presentar solicitudes o renovaciones (junto con toda la documentación necesaria);
- e) interactuar, cuando corresponda y según se permita conforme a las limitaciones actuales del sistema, con los Programas sobre el estado de dichas solicitudes y renovaciones;
- f) ayudar a facilitar la inscripción de los solicitantes o beneficiarios en Programas de seguros, y
- g) ofrecer y brindar asistencia de registro de votantes.

El hospital informará al paciente sobre su obligación de proporcionar al hospital y a la agencia estatal correspondiente información precisa y oportuna con respecto a su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social (si se encuentra disponible), opciones de cobertura de seguro actuales (incluidos la vivienda, el vehículo automotor y otro seguro de responsabilidad) que pueden cubrir el costo de la atención recibida y otros recursos financieros aplicables e información de ciudadanía y residencia. Esta información se presentará 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) realizar esfuerzos razonables para obtener información adicional de otras fuentes para ayudar al paciente a solicitar asistencia pública o del hospital. Dichos esfuerzos también incluyen trabajar con las personas, cuando lo solicite la persona, para determinar si debe enviarse a la persona una factura de servicios para ayudar a satisfacer el deducible por única vez. Esto se producirá cuando la persona programe sus servicios, durante la preinscripción, mientras se admite a la persona en el hospital, en el momento del alta o durante un plazo razonable después del alta del hospital. La información que el CAC obtenga 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 sobre su responsabilidad de informar tanto al hospital como a la agencia del estado que proporcione cobertura de servicios de atención médica sobre cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar los reclamos, incluida una póliza de seguro de vivienda, automóvil u otra responsabilidad. Si el paciente ha presentado un reclamo de un tercero o iniciado una demanda contra un tercero, el CACA notificará al paciente sobre el requisito de notificar al proveedor y al programa del estado en un plazo de 10 días de dichas acciones. También se informará al paciente que debe rembolsar a la agencia del estado correspondiente el monto de la atención médica cubierta por el programa estatal si hay una recuperación del 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 una persona califica para un programa de asistencia pública o a través del programa de asistencia financiera del hospital. Una persona que esté inscrita en un programa de asistencia pública puede calificar para determinados beneficios. Las personas también pueden calificar para asistencia adicional según el programa financiero del hospital de acuerdo con los ingresos documentados y gastos médicos permitidos de la persona.

III. Enlaces web a referencias en la Póliza

A. Enlace web al sitio web del hospital

A.1 Referencias en toda la póliza

<http://www.sturdymemorial.org/financialassistance.html>

B. Enlaces web a las referencias de la Parte I, Sección C.1

A.1 101 CMR 613.XXX

<http://www.mass.gov/courts/docs/lawlib/101-103cmr/101cmr613.pdf>

A.2 130 CMR 501.XXX

<http://www.mass.gov/eohhs/docs/masshealth/regulations/member-eligibility/130-cmr-501-000.pdf>

A.3 M.G.L. c. 15A, § 18

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