



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

1. ALCANCE	3
2. PROBLEMAS RELATIVOS A LA DIRECCIÓN	3
3. DECLARACIÓN DE PRINCIPIO	3
4. CLASIFICACIÓN Y ACCESO A LA ATENCIÓN	4
A. PRINCIPIO GENERAL	4
B. SERVICIOS DE EMERGENCIA Y URGENCIA	4
C. SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA O URGENCIA	5
D. DÓNDE PUEDEN PRESENTARSE LOS PACIENTES PARA RECIBIR SERVICIOS	5
5. OBTENCIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE	6
A. SERVICIOS DE EMERGENCIA Y URGENCIA	6
B. SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA O URGENCIA	6
6. AUTORIZACIÓN FINANCIERA	6
A. PRINCIPIOS GENERALES	6
B. PREPARACIÓN DE COSTOS APROXIMADOS	7
C. PACIENTES ASEGURADOS	7
D. PACIENTES NO ASEGURADOS (PACIENTES PARTICULARES)	8
E. PACIENTES DE BAJOS INGRESOS (RESIDENTES DE MASSACHUSETTS)	8
F. SITUACIONES ESPECIALES: REGISTRO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE	11
7. SERVICIOS DE ASESORAMIENTO FINANCIERO	12
A. TÉRMINOS GENERALES	12
B. COMUNICACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASESORAMIENTO FINANCIERO	13
C. REQUISITOS DE RESIDENCIA PARA LOS PROGRAMAS ESTATALES	13
D. SOLICITUD DE PROGRAMAS ESTATALES	14
E. APROBACIÓN DE LA COBERTURA	14
F. APELACIÓN DEL RESULTADO	15
8. DESCUENTOS, AJUSTES Y ATENCIÓN DE CARIDAD	15
A. TÉRMINOS GENERALES	15
B. OTROS DESCUENTOS, AJUSTES Y ATENCIÓN DE CARIDAD	16
9. FACTURACIÓN Y COBRANZAS A PACIENTES	16
A. DESCRIPCIÓN GENERAL	16
B. ESTADOS DE CUENTA, CARTAS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS	16
C. AVISO DE RECARGO	19
D. ACUERDOS DE PAGO	19
E. SITUACIONES ESPECIALES: FACTURACIÓN	20
10. ASIGNACIÓN DE DEUDA INCOBRABLE	21



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

A.	INFORMES CREDITICIOS	22
B.	LITIGIOS.....	22
C.	EMBARGOS A LA PROPIEDAD.....	22
D.	AGENCIAS DE COBRO.....	22
11.	SALDOS A FAVOR Y REEMBOLSOS	22
12.	ACONTECIMIENTOS GRAVES QUE SE DEBEN NOTIFICAR (SRE)	23
13.	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.....	23
A.	RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.....	23
B.	POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN.....	24
14.	INFORMES, AUDITORÍA Y CUMPLIMIENTO DE REGLAMENTACIONES	24
	OTRAS POLÍTICAS APLICABLES DE PARTNERS HEALTHCARE:	24
	REFERENCIAS:.....	24



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

1. ALCANCE

Esta Política de crédito y cobranza está destinada a abarcar a todas las entidades hospitalarias dentro de Partners HealthCare System, Inc. ("Partners" o "PHS"), así como a cualquier entidad que forme parte de la licencia del hospital mencionado, incluidas las siguientes: Massachusetts General Hospital (MGH), Brigham and Women's Hospital (BWH), Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH), Cooley Dickinson Hospital (CDH), Newton-Wellesley Hospital (NWH), Martha's Vineyard Hospital (MVH), McLean Hospital (MH), Nantucket Cottage Hospital (NCH), North Shore Medical Center (NSMC), Wentworth Douglas Hospital (WDH), Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH), Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC) y Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC), Massachusetts Eye and Ear (MEE), en la presente también conocidos como "Hospital". Incluidos aquí se encuentran todos los médicos que están empleados directamente por la entidad hospitalaria. Por lo general, todas las demás entidades de Partners cumplen con esta política. Las listas completas de los proveedores asociados estarán disponibles para su revisión antes del 1 de octubre de 2017 de conformidad con 101 CMR 613.08(d).

2. PROBLEMAS RELATIVOS A LA DIRECCIÓN

Esta Política ha sido desarrollada con el asesoramiento de representantes de cada entidad, y está diseñada para satisfacer las necesidades de todas las entidades. No obstante, hay ámbitos en los que las condiciones locales podrían respaldar la necesidad de que hubiera disposiciones exclusivas y específicas para determinada entidad. Las disposiciones específicas de cada entidad deben recibir la aprobación previa (1) del vicepresidente ejecutivo de Finanzas de PHS, o bien (2) del vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos de PHS. Las presentaciones de la Política de crédito y cobranza del Hospital a Health Safety Net (HSN) serán coordinadas por Soluciones de Facturación para Pacientes de PHS con la documentación o los anexos de respaldo que sean necesarios.

3. DECLARACIÓN DE PRINCIPIO

Las entidades de Partners son entidades exentas de impuestos, cuya misión subyacente es prestar servicios a toda persona que necesite atención médica.

A los pacientes que requieran servicios de urgencia o emergencia (según se los define en la Sección 4 B) en un Hospital no se les denegarán tales servicios en función de su capacidad de pago. No obstante, para que los hospitales de Partners (incluidos los hospitales de cuidados postagudos y de salud conductual) sigan prestando servicios de alta calidad y sustentando las necesidades de la comunidad, cada entidad tiene la responsabilidad de solicitar el pronto pago de los servicios prestados.

Estas políticas tienen por objeto ayudar a garantizar el cumplimiento de las reglamentaciones estatales aplicables en New Hampshire y Massachusetts que incluyen los criterios para las políticas de crédito y cobranza conforme a MGL c.58 y las reglamentaciones relacionadas específicamente promulgadas por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) de MA, 101 CMR 614 y 101 CMR 613, (Health Safety Net), en lo sucesivo denominadas "Reglamentaciones estatales". Además, esta política aborda los requisitos para el Manual de Reembolso de los Proveedores de Medicare (Parte 1, Capítulo 3), los requisitos de deuda incobrable de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (42 CFR 413.89) y la

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas según lo exige la Sección 9007 (a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Ley Pública nro. 111-148).

4. CLASIFICACIÓN Y ACCESO A LA ATENCIÓN

A. PRINCIPIO GENERAL

Todos los pacientes que se presenten para solicitar tratamiento no programado serán evaluados de acuerdo con las clasificaciones incluidas en esta sección. No se denegarán ni demorarán los servicios hospitalarios de urgencia o emergencia en función de la capacidad del Hospital para determinar la identidad de un paciente, su cobertura de seguro o su capacidad de pago. Sin embargo, los servicios de atención médica que no sean de urgencia o emergencia pueden demorarse o diferirse tras consultar al personal clínico del Hospital en aquellos casos en los que el Hospital no pueda determinar una fuente de pago para sus servicios.

La urgencia del tratamiento asociada a los síntomas clínicos que presente cada paciente será determinada por un profesional médico según lo determinan los estándares de práctica locales, los estándares de atención clínicos estatales y nacionales, y las políticas y los procedimientos del personal médico del Hospital. Además, todos los hospitales cumplen con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA) al llevar a cabo un examen de evaluación médica para determinar si existe una afección médica o condición que constituya una emergencia. Es importante señalar que la clasificación de la afección médica de los pacientes se realiza únicamente para la gestión clínica, y tales clasificaciones tienen por objeto determinar el orden en el que los médicos deben atender a los pacientes en función de los síntomas clínicos que presentan. Estas clasificaciones no reflejan la evaluación médica de la afección del paciente que se refleja en el diagnóstico final.

La determinación de la urgencia médica se realiza según las siguientes definiciones:

B. SERVICIOS DE EMERGENCIA Y URGENCIA

El Hospital prestará servicios de emergencia y urgencia independientemente de la identificación, la cobertura de seguro o la capacidad de pago del paciente.

Los servicios de emergencia incluyen lo siguiente:

Servicios médicamente necesarios prestados tras la aparición de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por medio de síntomas lo suficientemente graves (entre los cuales se incluye el dolor intenso) como para que una persona lega prudente que posea conocimientos promedios sobre salud y medicina pueda razonablemente suponer que la ausencia de una pronta atención médica pondría la salud de la persona o de otra persona en grave riesgo, o derivaría en la insuficiencia grave de una función corporal o en una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, según se define en mayor detalle en la sección 1867(e) (1) (B) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Los exámenes de evaluación médica y el tratamiento de afecciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio de este tipo prestado en la medida de lo exigido conforme a la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA) (42 USC 1395dd) califican como atención de emergencia.

Los servicios de emergencia también incluyen lo siguiente:

- *Servicios determinados como de emergencia por un profesional médico con licencia.*

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

- *Atención médica de un paciente hospitalizado que está asociada a la atención de emergencia ambulatoria prestada al paciente.*
- *Traslados de pacientes hospitalizados desde otro hospital de cuidados agudos a un Hospital de PHS para la prestación de atención como pacientes hospitalizados que no está disponible de otro modo.*

Los servicios de urgencia incluyen lo siguiente:

Servicios médicamente necesarios prestados tras la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por medio de síntomas agudos (entre los cuales se incluye el dolor intenso) lo suficientemente graves como para que una persona lego prudente crea que la ausencia de atención médica en el plazo de 24 horas podría razonablemente derivar en lo siguiente: poner en riesgo la salud del paciente, ocasionar insuficiencia en una función corporal u ocasionar una disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se prestan para afecciones que no ponen la vida en peligro y que no representan un alto riesgo de daño grave en la salud de la persona.

C. SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA O URGENCIA

Por lo general, los servicios que no son de emergencia o urgencia pueden subclasificarse de la siguiente manera:

“Servicios electivos”: servicios médicamente necesarios que no se ajustan a la definición de los servicios de emergencia o urgencia incluida arriba. El paciente suele programar estos servicios con anticipación, aunque no exclusivamente.

“Otros servicios”: servicios en los que no se ha demostrado la necesidad médica al médico revisor.

“Cuidados postagudos”: servicios médicamente necesarios prestados en un Hospital que se clasifican como cuidados postagudos, incluidos los servicios de rehabilitación.

“Servicios de salud conductual”: servicios médicamente necesarios prestados en una serie de ámbitos centrados en la salud psicológica y mental del paciente.

El Hospital puede negarse a prestar servicios que no sean de emergencia o urgencia a un paciente en aquellos casos en los que el Hospital no logre determinar que obtendrá el pago por sus servicios. Los servicios que se determine que no son médicamente necesarios pueden posponerse de manera indefinida hasta que puedan hacerse acuerdos de pago apropiados. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes: cirugía estética; servicios sociales, educativos y vocacionales; servicios de telesalud y consultas en línea; tratamiento relacionado con una cirugía de reasignación de sexo y terapia hormonal previa a la cirugía; servicios prestados en todos los centros residenciales especializados en McLean Hospital que no envían reclamaciones a las aseguradoras.

D. DÓNDE PUEDEN PRESENTARSE LOS PACIENTES PARA RECIBIR SERVICIOS

Todos los pacientes pueden solicitar servicios de emergencia y servicios de urgencia cuando acuden al departamento de emergencias o a las áreas de atención de urgencia designadas del Hospital. No obstante, los pacientes con afecciones que constituyan una emergencia o una

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

urgencia también pueden presentarse en diversos sectores, entre otros, el área de trabajo de parto y parto, los departamentos auxiliares, las clínicas del Hospital y otras áreas. El Hospital también brinda otros servicios electivos en el establecimiento principal, en los centros de salud comunitarios asociados, en las clínicas y en otros centros ambulatorios.

5. OBTENCIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El Hospital hará esfuerzos diligentes para identificar positivamente a todos los pacientes y para obtener, registrar y verificar la información demográfica y financiera completa de cada paciente que solicite atención. La información que se obtendrá incluirá información demográfica (como el nombre, la dirección, el número de teléfono, el número del seguro social [si corresponde], el género, la fecha de nacimiento y la identificación pertinente del paciente) e información sobre el seguro médico (incluido el nombre y la dirección, información sobre el suscriptor e información sobre los beneficios, como los montos correspondientes a los copagos, el deducible y el coseguro) suficiente para obtener el pago de los servicios. El requisito del Hospital de obtener información completa siempre será moderado por el estado del paciente, ya que sus necesidades de atención médica inmediatas tienen prioridad.

El paciente tiene la obligación de suministrar de manera oportuna información demográfica y sobre el seguro completa, y de saber qué servicios están cubiertos por su póliza de seguros.

A. SERVICIOS DE EMERGENCIA Y URGENCIA

El registro y el ingreso de los pacientes que requieran atención de emergencia y urgencia se realizarán de conformidad con los requisitos de la ley EMTALA. Por lo general, la información demográfica y sobre el seguro del paciente debe reunirse lo antes posible; sin embargo, la recopilación de la información debe posponerse cuando ello pueda demorar la evaluación médica o afectar de manera negativa el estado clínico del paciente. Cuando un paciente no pueda suministrar información demográfica y sobre el seguro en el momento del servicio y dé su consentimiento, se debe hacer todo lo posible por entrevistar a los amigos o familiares que acompañen al paciente o que este identifique de algún otro modo. Cuando sea factible, la información sobre el seguro provista por el paciente se debe confirmar con el pagador a través del sitio web del pagador o de un intercambio electrónico de datos (EDI).

B. SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA O URGENCIA

El registro y el ingreso de los pacientes que soliciten atención que no sea de emergencia o urgencia se realizarán antes de la prestación de los servicios. En el caso de los pacientes establecidos o que regresen, también se revisará y actualizará la información demográfica, financiera y sobre el seguro según sea necesario, lo que incluye, cuando corresponda, una verificación de su condición ante el seguro mediante un EDI u otros métodos disponibles.

6. AUTORIZACIÓN FINANCIERA

A. PRINCIPIOS GENERALES

El Hospital hará esfuerzos diligentes para determinar la responsabilidad financiera del paciente tan pronto como sea razonablemente posible en el transcurso de la atención del paciente. Cuando sea factible, el Hospital cobrará los copagos, los deducibles, los montos por coseguro o los depósitos

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

requeridos antes de prestar cualquier servicio. Los pacientes que sean miembros de planes médicos de atención administrada o de planes de seguro con requisitos de acceso específicos son responsables de comprender y cumplir con todos los requisitos de su plan de seguro, lo que incluye las derivaciones, las autorizaciones u otras restricciones de la "red". El Hospital solicitará la aprobación previa, la autorización o las garantías de pago de la aseguradora que sean necesarias siempre que sea posible. En algunas circunstancias, incluidos los casos de prestación de servicios de emergencia y urgencia, estas derivaciones y autorizaciones pueden tener lugar después de la prestación del servicio. A todos los pacientes que adeuden un saldo por servicios se les informará la disponibilidad de servicios de asesoramiento financiero para ayudarlos a cumplir con su obligación financiera ante el Hospital. El Hospital hará todo lo posible por informar a todos los pacientes cualquier obligación financiera significativa antes de la prestación de los servicios en la medida en que esta información esté disponible para el Hospital. La evaluación conforme a la ley EMTALA se llevará a cabo antes de las actividades destinadas a determinar la obligación financiera del paciente.

B. PREPARACIÓN DE COSTOS APROXIMADOS

El Hospital suministrará a los pacientes, si los solicitan, los costos aproximados dentro de los 2 días hábiles posteriores a la fecha de la presentación de la solicitud. El costo aproximado se generará utilizando la información más actualizada disponible, por lo general, utilizando el módulo en el sistema de facturación. El departamento responsable de suministrar los costos aproximados variará según el lugar, pero, generalmente, será alguno de los siguientes, o todos ellos: Acceso para Pacientes, Asesoramiento Financiero, Facturación de Pacientes y Soluciones de Facturación para Pacientes.

Junto con el costo aproximado definitivo, se informarán las opciones de pago.

C. PACIENTES ASEGURADOS

El Hospital hará esfuerzos diligentes para verificar la condición ante el seguro del paciente y ayudar al paciente a cumplir con los requisitos de su plan de seguro médico. Esta verificación se realizará de acuerdo con los principios previamente resumidos en la Sección 5. Siempre que sea posible, esta verificación incluirá una determinación de la obligación financiera prevista del paciente, incluido el coseguro, los deducibles y los copagos que correspondan. Cuando sea factible y clínicamente adecuado, se solicitará al paciente el pago de los montos predeterminados (copagos, deducibles fijos) antes o en el momento de la prestación del servicio. En algunos casos, es posible que el plan de seguro y el tipo de cobertura del paciente no permitan una determinación exacta de la obligación financiera del paciente por los servicios en el momento del registro. En estos casos, el Hospital puede solicitar un depósito equivalente al cálculo más aproximado de la obligación financiera prevista del paciente. Es posible que a los pacientes que no puedan realizar el pago se los remita a Asesoramiento Financiero.

- 1) Planes de seguro contratados. El Hospital celebra contratos con una serie de planes de seguro. En estos casos, el Hospital solicitará el pago al plan de seguro por todos los servicios cubiertos. Se solicitará al paciente el pago de todos los copagos, deducibles y montos por coseguro antes de la prestación del servicio. Si la aseguradora determina que un servicio en particular no está cubierto o si deniega el pago por algún otro motivo, se solicitará el

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

pago de dicho servicio directamente al paciente de conformidad con el contrato de seguros relevante. Siempre que sea posible, el Hospital ayudará al paciente a apelar denegaciones u otros dictámenes adversos del plan de seguro, ya que se reconoce que el plan de seguro a menudo exige que tales apelaciones sean efectuadas por el paciente.

- 2) Planes de seguro no contratados. El Hospital tendrá la gentileza de facturar los servicios a la compañía de seguros de un paciente cuando no haya celebrado un contrato con ella. Si bien el Hospital facturará los servicios al plan de seguro del paciente, en última instancia la obligación financiera será del paciente o su garante, y la ausencia de una respuesta oportuna a la factura del Hospital por parte de la aseguradora puede derivar en la facturación directa de los servicios al paciente, excepto en aquellos casos en los que el paciente esté protegido contra las acciones de cobro (Sección 9 B [3]). Los saldos restantes que haya tras el pago del seguro se facturarán al paciente. Siempre que sea posible, el Hospital ayudará al paciente a apelar denegaciones u otros dictámenes adversos del plan de seguro, ya que se reconoce que el plan de seguro exige que la apelación sea efectuada por el paciente.

D. PACIENTES NO ASEGURADOS (PACIENTES PARTICULARES)

A los pacientes que no tengan seguro médico, y sobre quienes no se haya determinado anteriormente que tienen la aprobación para recibir asistencia financiera o que son pacientes de bajos ingresos como se describe en mayor detalle en la Sección 6 E abajo, se les pedirá que entreguen un depósito antes de recibir servicios que la ley EMTALA no exija prestar. El depósito equivaldrá al 100 % de los cargos aproximados por el servicio que se prestará, menos cualquier descuento que corresponda (consulte la Sección 8).

En dichos casos, cuando no sea posible realizar un cálculo aproximado preciso de los cargos, el Hospital puede cobrar un monto de depósito predeterminado u obtener garantías de pago de algún otro modo. Si el paciente no proporciona el depósito o indica que no puede pagarlo, se lo podría remitir a Asesoramiento Financiero. A todos los pacientes se les suministrará información sobre los programas de descuento del Hospital que estén disponibles para ellos. A los residentes de no asegurados se les ofrecerá asesoramiento financiero para determinar su elegibilidad para alguno de los Programas estatales disponibles u otros programas patrocinados por el gobierno, y además se les brindará ayuda para solicitarlos. Los Programas estatales incluyen, entre otros, los siguientes: MassHealth, ConnectorCare, Children's Medical Security Plan, Health Safety Net y cualquier otro programa que pueda ofrecerse por medio de Health Connector en el futuro. Por lo general, los asesores financieros también ayudan a los pacientes a solicitar programas de seguro no subvencionados ofrecidos por medio de Health Connector (planes médicos calificados). Si no existe la necesidad inmediata de prestar los servicios, la admisión o el servicio ambulatorio se postergarán o cancelarán hasta el momento en el que el paciente pueda pagar, hacer acuerdos financieros apropiados, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.

E. PACIENTES DE BAJOS INGRESOS (RESIDENTES DE MASSACHUSETTS)

- 1) Definición y elegibilidad: los pacientes de bajos ingresos son aquellos que cumplen con los criterios de MA 101 CMR 613.04(1). Por lo general, esto incluye a los pacientes residentes de Massachusetts que han solicitado cobertura en la EOHHS y han verificado ingresos brutos ajustados modificados para asistencia médica (MA MAGI) iguales o inferiores al

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

300 % de las pautas federales de pobreza (FPG). La elegibilidad de un paciente para obtener cobertura conforme a cualquiera de los programas (MassHealth, Health Safety Net y CMSP por debajo del 300 %) se verificará en el momento del registro utilizando el sistema MMIS de la oficina de Medicaid de MA, TriZetto u otros sistemas de registro del Hospital, según corresponda, y todos los cambios en la condición del paciente se incluirán en el registro. Las limitaciones descritas en esta sección para pacientes de bajos ingresos son necesarias para los servicios en hospitales de cuidados agudos en Massachusetts y, por lo general, excluyen los servicios en consultorios afiliados, hospitales en New Hampshire, McLean Hospital y Spaulding Rehabilitation Network. Los descuentos por servicios en esas entidades se incluyen en la política de descuento y asistencia financiera para pacientes no asegurados.

- 2) Limitaciones en los servicios: a los pacientes que se definan como pacientes de bajos ingresos se les prestarán, en la medida de lo posible, servicios conforme a las pautas de cobertura de HSN o MassHealth, incluidas las limitaciones a los servicios elegibles de acuerdo con las reglamentaciones estatales y el formulario de medicamentos aplicable. Si un paciente solicita recibir un servicio no elegible, se le informará por escrito el costo máximo del servicio, y deberá firmar una notificación en la que acepta la obligación financiera antes de la prestación del servicio. La lista de los programas que califican a los pacientes como “pacientes de bajos ingresos” se encuentra en la Sección 9 B (3): Pacientes protegidos contra las acciones de cobro.
- 3) HSN Medical Hardship: los residentes de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos puede reunir los requisitos para el programa HSN Medical Hardship si sus gastos médicos admisibles excedieron los ingresos familiares más allá de su capacidad de pago de los servicios elegibles. Este programa retroactivo cumple con las reglamentaciones, es de alcance limitado, es una determinación única y no es una categoría de cobertura (101 CMR 613.05). Este programa solo se puede solicitar después de la prestación de los servicios, cuando el paciente ya ha contraído una obligación financiera.
 - (a) Requisitos que deben reunir los gastos: el tipo y el monto de los gastos médicos admisibles se especifican en 101 CMR 613.05. Se pueden enviar facturas pagas y no pagas con fechas de servicio de hasta 12 meses antes de la fecha de la solicitud, con un límite de 2 solicitudes por cada período de 12 meses.
 - (b) Proceso de solicitud: el Hospital ayudará al paciente a reunir toda la información pertinente y enviará las solicitudes del programa Medical Hardship a HSN para su revisión y aprobación. Los pacientes tienen la responsabilidad de reunir y enviar la documentación de todos los gastos médicos que reúnan los requisitos. El Hospital debe enviar las solicitudes a HSN en el plazo de 5 días desde la recepción de toda la documentación y las verificaciones del paciente.
 - (c) Determinación: HSN determinará si el paciente reúne los requisitos para el programa y le notificará al Hospital qué facturas deberá pagar el paciente y cuáles pueden enviarse a HSN. La determinación del programa Medical Hardship se limita a aquellas facturas que se incluyeron en la solicitud. No hay un período de elegibilidad, y las facturas solo se pueden utilizar una vez para respaldar una solicitud.
 - (d) Protección contra acciones de cobro: se interrumpirán todas las acciones de cobro para todos los saldos que HSN determine que son elegibles para la cobertura del programa

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

Medical Hardship. Esto incluye los saldos que se hayan asignado a un agente o agencia de cobro externos que trabajen en nombre del Hospital. Si el Hospital no envía la solicitud en el plazo de 5 días después de recibir todas las verificaciones del paciente, todos los saldos que podrían haber reunido los requisitos para el programa Medical Hardship estarán protegidos contra las acciones de cobro.

- 4) Responsabilidad financiera de los pacientes de bajos ingresos
 - (a) La responsabilidad financiera de los pacientes de bajos ingresos se limita a los copagos (de cualquier pagador excepto Medicare), los deducibles determinados por HSN o el monto máximo a cargo del paciente de CommonHealth (en este último caso, siempre que el paciente haya aceptado que le facturen dicho monto).
 - (b) Copagos de farmacia: los pacientes de bajos ingresos mayores de 18 años son responsables de los copagos de los servicios de farmacia. Conforme a las políticas generales, los copagos se solicitarán en el momento de recibir los servicios. Los copagos que no se paguen se tratarán como una deuda del paciente y se procesarán de acuerdo con el proceso de cobranza que se utiliza habitualmente para los pacientes particulares. Hay un monto máximo anual de \$250 para los copagos de farmacia.
 - (c) Depósitos de pacientes de bajos ingresos designados como HSN parcial o Medical Hardship: siempre que se trate de su cobertura primaria, a estos pacientes se les solicitarán depósitos por los saldos pendientes correspondientes a todos los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia o urgencia. Se revisará el estado actual del deducible familiar anual del paciente, y podría cobrarse al paciente un depósito de hasta el 20 % de su deducible anual, o contribución de Medical Hardship, hasta un máximo de \$500.
 - (d) Planes de pago: a los pacientes de bajos ingresos se les notificará la disponibilidad de planes de pago para cumplir con todos los saldos pendientes según los términos especificados en la Sección 9 D (4).
 - (e) Servicios no elegibles: los pacientes de bajos ingresos deberán pagar de forma anticipada todos los servicios no elegibles, incluidos, entre otros, los servicios de infertilidad, telesalud, eSalud, los servicios estéticos o los servicios de podología que no sean médicamente necesarios, siempre que a los pacientes se les informe el costo máximo de estos servicios con anticipación y firmen una notificación en la que se indica que los servicios no están cubiertos por HSN ni por ningún otro programa de asistencia de Massachusetts. Los servicios se diferirán hasta que se realice el pago según las pautas de la Sección 4 A.
- 5) La responsabilidad financiera del paciente de bajos ingresos, los hospitales de salud conductual y rehabilitación, la responsabilidad financiera de estos servicios están cubiertos en la política de descuento y asistencia financiera para pacientes no asegurados.
- 6) Determinaciones pendientes de condición: a los pacientes para los cuales el Hospital haya enviado una solicitud para un Programa estatal u otro programa patrocinado por el gobierno, por lo general, se les retendrán sus facturas por hasta 30 días a la espera de la determinación. Después de estos 30 días, se procesarán como pacientes particulares hasta que se realice la determinación. Si la solicitud de un paciente está completa y se prevé que se aprobará según un asesor financiero, podrían no exigirse los requisitos de depósito a la espera de la determinación.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

F. SITUACIONES ESPECIALES: REGISTRO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

En algunas circunstancias, es posible que se necesite información o procedimientos adicionales para respaldar el procesamiento de las reclamaciones del paciente.

- 1) **Compensación por accidentes de trabajo:** los servicios relacionados con accidentes industriales se deben señalar de manera adecuada en el expediente de registro del garante. La información adicional requerida incluye la fecha y la hora del accidente, el nombre y el número de teléfono del empleador, y el nombre y el número de teléfono de la aseguradora de compensación por accidentes de trabajo del empleador. (Consulte la Sección 10 F [4] sobre el envío de reclamaciones a las aseguradoras de compensación por accidentes de trabajo antes del envío a HSN).
- 2) **Responsabilidad civil ante terceros o accidentes en vehículos motorizados (MVA):** los servicios relacionados con un accidente en un vehículo motorizado u otro tipo de responsabilidad civil ante terceros se deben señalar de manera adecuada en el expediente de registro. Se harán esfuerzos diligentes para reunir la información adicional que sea necesaria para el envío de las reclamaciones relacionadas con un MVA, lo que incluye la fecha y la hora del accidente, la ubicación de los casos de responsabilidad civil ante terceros y el nombre de la aseguradora del vehículo (si se lo conoce), excepto en New Hampshire, donde es posible que el Hospital no envíe reclamaciones a la compañía de seguros para MVA. En el sistema de registro también se debe incluir el nombre de cualquier abogado asociado a la reclamación, si se lo conoce. (Consulte la Sección 10 F [3] sobre el envío de reclamaciones a las compañías de seguros de responsabilidad civil por MVA en MA antes del envío a HSN). En NH, la reclamación se presentará con el seguro médico del paciente o se facturará directamente al paciente según la dirección del paciente. Los servicios facturados al paciente por un MVA no están sujetos a descuentos.
- 3) **Víctimas de delitos violentos (MA):** los servicios relacionados con víctimas de delitos violentos se deben señalar de manera adecuada en el expediente de registro, con la hora y el lugar del incidente. En algunos casos, hay fondos limitados de la Oficina del Procurador General disponibles para compensar los gastos médicos que no cubra el seguro médico o Health Safety Net. Cuando corresponda, a los pacientes se los debe remitir a Asesoramiento Financiero para que completen la documentación adecuada a fin de obtener la compensación del Fondo para víctimas de delitos violentos.
- 4) **La ley HITECH (Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica de 2010)** les concede a los pacientes el derecho de solicitar, en el momento del servicio, que su PHI (información de salud protegida) sobre un elemento o servicio específico no se envíe al seguro médico con fines de pago. Se espera que el paciente pague cualquier saldo pendiente en su totalidad en el momento del servicio o al recibir los estados de cuenta. La ley HITECH solo permite que el paciente solicite que no se emita una factura al seguro. No anula la obligación financiera del paciente respecto al pago de las cuentas. Cada procedimiento se debe registrar por separado en las cuentas para prevenir divulgaciones indebidas.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

- 5) Solicitudes confidenciales de HSN: se pueden enviar solicitudes confidenciales en dos circunstancias.
 - (a) Menores de edad: se pueden enviar solicitudes confidenciales en el caso de los menores de edad que se presenten para recibir servicios de planificación familiar y servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual. Estas solicitudes pueden procesarse según los ingresos del menor sin considerar en modo alguno los ingresos familiares. A estos pacientes se los debe remitir a Asistencia Financiera.
 - (b) Personas maltratadas o abusadas: estas personas también pueden solicitar la cobertura de HSN en función de sus ingresos individuales. Es posible que para ellas se apruebe la gama completa de servicios cubiertos por HSN. A estos pacientes se los debe remitir a Asistencia Financiera.
- 6) Personas indocumentadas. Es posible que a los pacientes les preocupen las consecuencias para la inmigración si solicitan la condición de paciente de bajos ingresos. A los pacientes con medios limitados se les debe recomendar que soliciten un programa estatal u otro programa patrocinado por el gobierno. Si los pacientes siguen manifestando preocupación, se los puede remitir a agencias externas para que reciban asesoramiento. A los pacientes que se nieguen a solicitar asistencia se los seguirá tratando como pacientes particulares. Los servicios de emergencia y urgencia deben continuar prestándose (incluidos los medicamentos que sean necesarios para responder a las amenazas inmediatas a la salud del paciente por hasta dos semanas). Los servicios que no sean de emergencia o urgencia se pueden postergar o cancelar hasta el momento en el que el paciente pueda pagar, hacer acuerdos financieros apropiados, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.
- 7) Estudios de investigación: los servicios relacionados con estudios de investigación se deben indicar y señalar en el momento del registro de cada servicio a fin de garantizar que los cargos correspondientes se envíen al fondo de investigación designado.
- 8) Donantes de órganos: el Hospital identificará a los donantes de órganos en el momento de los servicios y se asegurará de que las reclamaciones por los servicios se apliquen al seguro correspondiente o a otra fuente de financiación.
- 9) Pacientes extranjeros: además de seguir los procedimientos indicados para los pacientes asegurados y no asegurados, el Hospital hará todo lo que sea razonablemente posible para recabar información sobre la dirección local y la dirección permanente de los residentes de países extranjeros, y tomará todas las medidas adicionales adecuadas que sean necesarias para garantizar el pago por adelantado de todos los servicios no asegurados.

7. SERVICIOS DE ASESORAMIENTO FINANCIERO

A. TÉRMINOS GENERALES

El Hospital procurará identificar a los pacientes que posiblemente no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente a fin de ofrecerles asesoramiento y asistencia. El Hospital brindará asesoramiento

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

financiero a estos pacientes y sus familias, lo que incluye la evaluación de la elegibilidad para otras fuentes de cobertura, como los Programas estatales y otros programas del gobierno (incluidos, en la medida de lo posible, los programas de Medicaid en estados distintos de Massachusetts o New Hampshire), y el suministro de información sobre todos los métodos aceptables de pago de la factura del Hospital. A los pacientes que sean potencialmente elegibles para obtener la cobertura de Programas estatales u otros programas del gobierno, el Hospital les recomendará que soliciten dicha cobertura y los ayudarán a solicitar los beneficios. Los residentes de MA también podrían solicitar y obtener aprobación para la cobertura de HSN para el coseguro o los deducibles no cubiertos por su plan de seguro primario.

B. COMUNICACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASESORAMIENTO FINANCIERO

El Hospital publicará un aviso (carteles) sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera y describirá dónde deben dirigirse los pacientes para recibir asistencia en los siguientes lugares:

1. Áreas de admisión o registro de los sectores de hospitalización, las clínicas, los departamentos de emergencia y los centros de salud comunitarios.
2. Áreas de espera de Asesoramiento Financiero.
3. Áreas centrales de admisión o registro que estén abiertas a los pacientes.
4. Áreas de espera de las oficinas comerciales que estén abiertas a los pacientes.

Los carteles se traducirán a otro idioma en la medida en que el idioma sea la lengua materna de más del 10 % de los residentes del área de servicio del Hospital. Por lo general, los carteles se publicarán en inglés y español. Los carteles serán claramente visibles y legibles para los pacientes que visiten estas áreas. Además, también incluirán instrucciones sobre cómo acceder a servicios de traducción para los pacientes que tengan necesidades relativas a otro idioma.

Se entregarán avisos estándar a todos los pacientes en el momento de su registro inicial en Partners HealthCare. Estos avisos también se pondrán a disposición de la comunidad en todos los hospitales y centros de salud, y se los ofrecerá de forma rutinaria a los pacientes existentes cada vez que se prevea que tendrán una obligación financiera a su cargo. Los pacientes también tendrán a su disposición copias completas de esta política y de la política de descuentos y asistencia financiera para pacientes no asegurados de PHS, según sea necesario. Además, ambas políticas estarán publicadas en Internet en www.partners.org/patientbilling con vínculos a las páginas de inicio de todas las entidades hospitalarias en lugares de fácil identificación.

C. REQUISITOS DE RESIDENCIA PARA LOS PROGRAMAS ESTATALES

La elegibilidad para la mayoría de los Programas estatales generalmente se limita a los pacientes que puedan demostrar su residencia en el Estado pertinente. En general, los pacientes que se han trasladado de forma temporal con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumplen con los requisitos de residencia. El Hospital trabajará con los pacientes de ingresos limitados que no reúnan los requisitos para los programas del Estado, a fin de identificar otras alternativas e informarles sus obligaciones.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

D. SOLICITUD DE PROGRAMAS ESTATALES

El Hospital ayudará al paciente a completar la solicitud de un Programa estatal y a conseguir y enviar la documentación necesaria requerida por el Programa estatal pertinente. La cobertura se solicita por medio de una única solicitud uniforme que se envía a través del sistema de inscripción del estado (hCentive). A través de este proceso, la persona puede enviar una solicitud por medio de un sitio web en línea (con ubicación central en el sitio web de Health Connector del estado) o una solicitud impresa, o puede hacerlo comunicándose por teléfono con un representante del servicio al cliente ubicado en MassHealth o en Health Connector. La documentación necesaria puede incluir pruebas de lo siguiente, entre otras: (1) ingresos familiares anuales (recibos de nómina, registro de pagos del seguro social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados de cuenta bancarios); (2) ciudadanía e identidad; (3) condición de inmigrante para quienes no sean ciudadanos (si corresponde); y (4) bienes de las personas que tengan 65 años de edad o más. El estado notificará al paciente si debe enviar alguna documentación para la verificación final. Es posible que el paciente reciba cobertura provisional si se cumplen las pautas pertinentes del programa.

- 1) Envío de una solicitud para un Programa estatal. Todas las solicitudes para un Programa estatal, incluidas las solicitudes impresas y en línea, deben estar firmadas por el paciente o su representante legal. Las verificaciones se deben enviar solo después de que la solicitud ha sido procesada y el estado ha solicitado la documentación. Durante el proceso de solicitud, al paciente se le avisará que HSN puede informar detalles de su utilización de HSN a su empleador. Esta divulgación forma parte de la solicitud de los Programas estatales.
- 2) Determinación de elegibilidad. Todas las solicitudes de Programas estatales son revisadas y procesadas por la Oficina de Medicaid, que utiliza las pautas federales de pobreza y toda la documentación necesaria indicada arriba como base para determinar la elegibilidad para todos los Programas estatales.
- 3) Presentación de una solicitud de Medical Hardship. El Hospital completará la Solicitud por circunstancias especiales designada y se la enviará a HSN por medio del sistema INET para su determinación.
- 4) Notificación de las obligaciones del paciente. Los asesores financieros harán todo lo posible por notificarles a los pacientes de HSN sus obligaciones según se describen en la Sección 13 A, incluido el requisito de informar si han obtenido dinero de una póliza o de reembolsar a HSN si han obtenido recuperaciones de terceros.

E. APROBACIÓN DE LA COBERTURA

El Hospital no cumple ninguna función en la determinación de la elegibilidad para el programa que realiza la Oficina de Medicaid de MA o el Programa Medicaid de NH; sin embargo, si el paciente lo solicita, el Hospital puede desempeñar una función directa en la apelación o la búsqueda de información relacionada con las decisiones sobre la cobertura. La Oficina del Estado pertinente emitirá todos los avisos de elegibilidad. Es responsabilidad del paciente informar al Hospital todas las decisiones relativas a la cobertura que tome el Estado para garantizar la adjudicación precisa y oportuna de todas las facturas del Hospital.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

F. APELACIÓN DEL RESULTADO

El paciente puede solicitar una revisión de la determinación del programa del Estado pertinente con respecto a su condición. La solicitud se debe enviar a la Oficina de Medicaid con la documentación de respaldo. Las solicitudes de información adicional que se hagan al Hospital se completarán en el plazo de 30 días.

8. DESCUENTOS, AJUSTES Y ATENCIÓN DE CARIDAD

A. TÉRMINOS GENERALES

El Hospital puede otorgar descuentos u otros ajustes a los pacientes si reúnen los requisitos conforme a la política de descuentos y asistencia financiera para pacientes no asegurados de PHS o en función de cada caso en particular, siempre que el director financiero (CFO) del Hospital, el vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos de PHS, el director de Soluciones de Facturación para Pacientes de PHS o las personas que designen respectivamente autoricen tales descuentos. Los descuentos deben estar claramente definidos y documentados, deben ser coherentes con una correcta práctica comercial y con los estatutos estatales y federales existentes, y deben realizarse conforme a la orientación que podrían emitir, de vez en cuando, las autoridades estatales y federales.

Los descuentos no se basarán de ninguna manera en la relación que el paciente o su familia puedan tener con empleados o integrantes del órgano directivo del Hospital.

Los descuentos no se otorgarán en función de consideraciones de "cortesía profesional" para un médico o su familia.

No se ofrecerán descuentos para persuadir a los pacientes a recibir servicios o a vincularse de algún otro modo con la generación de una transacción pagadera por un programa de atención médica federal, así como tampoco serán canjeables por dinero en efectivo para obtener artículos o servicios provistos por el Hospital o cualquier otra entidad de Partners (esto incluye descuentos para la tienda de obsequios, la cafetería, etc.).

En general, los copagos, el coseguro y los deducibles no se condonarán ni descontarán.

Motivos para condonar o descontar los copagos, el coseguro o los deducibles:

- Dificultades económicas probadas generalmente basadas en la información pertinente sobre los bienes y los ingresos del paciente.
- Acontecimiento grave que se debe notificar (SRE) u otro problema clínico que haga que toda la visita o estadía se deba condonar. También se reembolsarían los copagos o deducibles cobrados antes del acontecimiento (p. ej., en el ingreso). (Para conocer más detalles, consulte la Política de no pago de Partners por acontecimientos relacionados con la calidad y la seguridad).
- En casos poco frecuentes, el director financiero del Hospital, el vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos de PHS o las personas que designen respectivamente pueden autorizar excepciones.

Los siguientes son algunos motivos para otorgar otros tipos de descuentos:

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

- Para incentivar el pronto pago.
- Para reconocer casos únicos de dificultades económicas.
- Para minimizar los costos administrativos de la cobranza.
- Si se negociaron acuerdos de tarifas especiales para el caso antes de la prestación del servicio.
- Según sea necesario para el mantenimiento de relaciones positivas con los pacientes, lo que incluye compensar, entre otras situaciones, demoras imprevistas en el servicio u otros acontecimientos que hagan que la atención no haya sido óptima.

B. OTROS DESCUENTOS, AJUSTES Y ATENCIÓN DE CARIDAD

El Hospital mantendrá programas de descuento para los pacientes no asegurados y una Política de asistencia financiera para descuentos adicionales. Por lo general, el Hospital reconocerá los descuentos de asistencia financiera como atención de caridad. El vicepresidente ejecutivo de Finanzas de Partners aprobará estos programas, que se presentarán según lo estipulado en la Sección 2. El Hospital también puede reconocer como atención de caridad a aquellos saldos que no puedan cobrarse a un paciente debido a su protección contra acciones de cobro según se describe en 101 CMR 13.08 (3) y en la Sección 9 B (3) de la presente política. Los saldos de pacientes que reúnan los requisitos conforme a las políticas de atención de caridad del Hospital pueden informarse como deuda incobrable de Medicare.

9. FACTURACIÓN Y COBRANZAS A PACIENTES

A. DESCRIPCIÓN GENERAL

El Hospital hará esfuerzos diligentes para cobrar todos los cargos adeudados por aseguradoras de acuerdo con los estándares establecidos de la industria, y procurará aplicar los pagos y los ajustes contractuales de manera oportuna en la cuenta del paciente. Estos esfuerzos incluyen facturar a todos los planes de seguro disponibles conforme a los requisitos de los pagadores y hacer el seguimiento oportuno de las reclamaciones denegadas. Los pacientes u otros garantes serán responsables de todos los saldos de cuenta que queden pendientes tras la aplicación de todos los pagos del seguro, los ajustes contractuales y los descuentos o ajustes acordados de conformidad con los avisos de pago recibidos del pagador, excepto cuando los saldos se puedan enviar a HSN o considerarse exentos de acciones de cobro según la reglamentación estatal. Las acciones de cobro pueden incluir el envío de estados de cuenta y cartas al paciente, contactos telefónicos y el último aviso de cobro certificado.

B. ESTADOS DE CUENTA, CARTAS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS

El Hospital, ya sea directamente o por medio de sus agentes designados, preparará o enviará estados de cuenta por correo a los pacientes con regularidad para informarles los saldos adeudados al Hospital. En la medida de lo posible, el paciente recibirá un resumen de todos los cargos, pagos y ajustes incluidos con la facturación inicial para cada fecha de servicio. En general, los pacientes deben recibir tres (3) o más estados de cuenta o cartas en el transcurso de cada ciclo de facturación que se prevé que dura 120 días, siempre que no tengan lugar otras acciones que indiquen que no es aconsejable la emisión de facturas adicionales. Por lo general, en los comentarios de las cuentas o en los registros de las transacciones del sistema de facturación se refleja un registro de todas las acciones y comunicaciones, incluidas las facturas. El personal debe documentar todos los contactos con el paciente (o su garante) en el sistema de facturación o sistema de cobranza de pacientes particulares correspondiente.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

- 1) Suspensión de la facturación. En ciertas situaciones, es posible que sea inadecuado continuar con las actividades de facturación y cobranza, y estas podrían ser suspendidas o interrumpidas. Tales situaciones incluyen, entre otras, las siguientes: dirección incorrecta (Sección 7 abajo), casos de bancarrota (Sección F [1]), paciente fallecido, queja del paciente o problema de servicio al cliente, saldos no significativos (Sección 10 B [8]) o determinaciones pendientes de MassHealth o de bajos ingresos.
- 2) Notificación de disponibilidad de asistencia financiera. Los estados de cuenta del paciente incluirán los avisos que exigen las reglamentaciones destinados a informar a los pacientes la disponibilidad de asistencia financiera y los medios para acceder a ella. El idioma y el contenido de estos avisos se ajustarán a las reglamentaciones vigentes de la EOHHS y 501(r) del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los avisos sobre la disponibilidad de asistencia financiera también se incluirán en todas las demás comunicaciones escritas y verbales con el paciente en la medida en que sea factible.
- 3) Pacientes protegidos contra las acciones de cobro. El Hospital tomará medidas razonables para garantizar que no se inicien acciones de cobro, lo que incluye llamadas telefónicas y el envío de estados de cuenta o cartas, para los saldos de pacientes que puedan estar exentos de acciones de cobro por reglamentación, lo que incluye a los pacientes que la Oficina de Medicaid haya determinado que son pacientes de bajos ingresos (a excepción de los pacientes de bajos ingresos solo para atención dental) o que estén inscritos en MassHealth; Children's Medical Security Plan (CMSP) con ingresos familiares MAGI iguales o inferiores al 300 % de las FPG; el Programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Incapacitados y Niños (EAEDC), y Health Safety Net (total o parcial), a excepción de los deducibles y los coseguros que estos programas hayan determinado que son responsabilidad del paciente, y los copagos de cualquier tercero pagador excepto Medicare. Si se determina que un paciente estaba inscrito en alguna de dichas categorías, se suspenderán todas las acciones de cobro (a excepción de los copagos aplicables y los deducibles de HSN) dirigidas al paciente por los servicios que se hayan prestado en el período de elegibilidad del paciente. Las acciones de cobro también cesarán por el tiempo que se determine que el paciente es un paciente de bajos ingresos si el saldo corresponde a un período en el que el paciente no estaba inscrito en un programa que reúne los requisitos. El Hospital puede seguir enviando cartas solicitando información o una acción por parte del paciente para resolver problemas relativos a la cobertura o la elegibilidad con un pagador primario o un programa de compensación por accidentes de trabajo, o para obtener información sobre una compañía de seguros para MVA o de responsabilidad civil ante terceros.
- 4) Último aviso de cobro. El Hospital hará esfuerzos razonables para enviarle a cada paciente un último aviso de cobro antes de que la cuenta se contabilice como deuda incobrable. En la mayoría de los casos, el último aviso de cobro se incluirá en el estado de cuenta del garante.
- 5) Deuda incobrable emergente. Para aquellos casos en los que el Hospital esté considerando la solicitud de una cuenta como deuda incobrable emergente a HSN, el Hospital se asegurará de que se cumplan las siguientes condiciones:
 - (a) La cuenta se sometió a continuas acciones de cobro por un mínimo de 120 días.
 - (b) Se realizó una consulta de elegibilidad en MMIS para evaluar la cobertura.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

- (c) Los servicios prestados califican como servicios de emergencia o urgencia de acuerdo con las definiciones en la presente política.
 - (d) Se envió un último aviso de cobro por correo certificado para los saldos de \$1,000 o más. Las cuentas que se documenten de forma adecuada como cuentas con dirección incorrecta pueden enviarse a HSN sin haber enviado el último aviso de cobro por correo certificado siempre que hayan transcurrido 120 días desde la facturación inicial y que, tras un esfuerzo razonable, el Hospital no haya podido obtener una dirección actualizada. Se harán intentos razonables para notificar a los residentes de Massachusetts que Health Safety Net puede suministrar detalles de las reclamaciones recibidas al empleador del paciente.
- 6) Llamadas y cartas de cobro. El Hospital hará esfuerzos razonables para cobrar todos los saldos pendientes adeudados al Hospital. El esfuerzo dedicado variará en función de una serie de factores, incluidos, entre otros, el saldo de las cuentas y los antecedentes de pago de los pacientes. Los esfuerzos de cobro adicionales pueden incluir llamadas y cartas al paciente para complementar el proceso de envío de estados de cuenta de rutina según se describe en la Sección 10 B. En la medida de lo posible, estas llamadas y cartas incluirán recordatorios sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
- 7) Devoluciones por dirección incorrecta. El Hospital hará esfuerzos razonables para hacer un seguimiento y responder a todos los estados de cuenta de pacientes devueltos por USPS que no puedan entregarse. Cuando sea posible, las cuentas se identificarán como cuentas con dirección incorrecta en el sistema de facturación, y se verificará y corregirá la información de la dirección utilizando programas de localización de deudores que podrían estar disponibles de terceros. Por lo general, una vez que una cuenta ha sido marcada como con dirección incorrecta, no se deben procesar más estados de cuenta o cartas, a menos que se haya identificado una nueva dirección. El envío por correo continuo de estados de cuenta a direcciones incorrectas es inadecuado desde el punto de vista fiscal y podría derivar en una violación a la privacidad conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Las cuentas con dirección incorrecta se marcarán como tales en el sistema de registro para alertar al personal que se desempeña en el proceso de registro sobre la necesidad de obtener la nueva dirección de los pacientes. Las cuentas cuya información demográfica más reciente contenga una dirección incorrecta se pueden remitir a agencias externas como deuda incobrable para un seguimiento adicional, a excepción de las posibles cuentas con deuda incobrable emergente, en las que se hará un seguimiento de 120 días antes de la remisión.
- 8) Ajuste de saldos no significativos. Al reconocer el costo de las actividades de procesamiento de los estados de cuenta y cobranza, el Hospital podría suprimir los estados de cuenta en las cuentas que se encuentren por debajo del umbral de facturación de saldos no significativos. De manera similar, después de facturar, el Hospital puede limitar las actividades de investigación y cobranza en los saldos no significativos y ajustar las cuentas que se encuentren por debajo del umbral de cancelación de saldos no significativos. En ningún caso se facturarán a HSN los ajustes de saldos no significativos tratados en esta sección. El umbral habitual de los saldos no significativos se aplica a los saldos de cuenta de garantes de menos de \$10.00.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

C. AVISO DE RECARGO

El Hospital mantendrá un proceso para identificar todos los saldos de pacientes que estén sujetos al recargo del Fondo fiduciario de Health Safety Net según se especifica en 101 CMR 614. Los montos de recargo se facturarán al paciente y los fondos cobrados se remitirán a HSN según el cronograma solicitado.

D. ACUERDOS DE PAGO

- 1) Términos generales. Los pagos pueden efectuarse en diversos sectores en todos los hospitales de Partners. Por lo general, los acuerdos de pago diferido, los planes de pago o el pago parcial de depósitos solo se realizan en Servicios de Admisión del Hospital o en Soluciones de Facturación para Pacientes de PHS. Todos los acuerdos de pago se ajustarán a criterios predeterminados y se registrarán de manera adecuada en los sistemas de facturación y registro del Hospital.
- 2) Formas de pago
 - (a) Los pagos anticipados pueden hacerse mediante cheque certificado o bancario, transferencia electrónica, o tarjeta de débito o crédito. En la mayoría de los hospitales no se acepta efectivo. Suelen aceptarse cheques personales de bancos estadounidenses para saldos menores a \$5,000, a menos que haya antecedentes de cheques rechazados por fondos insuficientes. Cuando se trate de un servicio programado, es posible que los cheques personales se soliciten con cierta anticipación para tener tiempo de verificarlos. A los pacientes que tengan antecedentes de deuda incobrable se los podría evaluar individualmente para determinar el modo de pago adecuado.
 - (b) Caja de seguridad bancaria. Los pagos con cheque personal pueden depositarse en la caja de seguridad bancaria del Hospital. No se aceptan pagos con tarjeta de crédito por correo.
 - (c) Pago y facturación electrónicos de Partners. En muchos centros se ofrece acceso electrónico a las facturas y el pago de dichas facturas de forma electrónica mediante tarjetas de crédito o débito, o con transferencia ACH (por medio de la Cámara de Compensación Automatizada).
 - (d) Los pagos se aceptan llamando al servicio telefónico de atención al cliente de Soluciones de Facturación para Pacientes de PHS u otros centros de atención al cliente designados.
 - (e) El Hospital mantendrá un proceso para hacer un seguimiento de los cheques sin fondos y anulará los pagos que se hayan aplicado a la cuenta del paciente. La entrega de un cheque sin fondos puede ser motivo de designación de la cuenta como deuda incobrable.
- 3) Moneda. A menos que se haga otro acuerdo, el pago se realizará en la moneda de los EE. UU. Los pagos efectuados en una moneda que no sea la estadounidense se aplicarán según el tipo de cambio especificado por el banco del Hospital, menos los cargos correspondientes.
- 4) Planes de pago. Los planes de pago están disponibles para todos los pacientes que los soliciten siempre que sus cuentas estén al día. La aceptación definitiva de un plan de pago está sujeta a la revisión completa del estado y los antecedentes de pago del paciente. Soluciones de Facturación para Pacientes de PHS procesará y supervisará todos los

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

planes de pago de los pacientes. Por lo general, los planes abarcarán los saldos pendientes de todos los hospitales de Partners que estén inscritos en Partners eCare. Siempre que sea posible, los planes de pago se coordinarán entre todas las entidades.

- (a) Planes de pago para los deducibles de HSN parcial y Medical Hardship:
 - (i) Podría exigirse un pago inicial del importe que sea menor entre \$500 y el 20 % del saldo de los deducibles, incluidos todos los depósitos aceptados antes de la prestación de los servicios en los casos que no sean de emergencia o urgencia.
 - (ii) Se ofrecerán planes de pago de un año para los saldos de \$1,000 o menos, y de hasta dos años para todos los demás saldos. Para estos planes, a los pacientes se les ofrecerá un monto de pago mensual de \$25.
- (b) Planes de pago para todos los demás pacientes:
 - (i) Máximo de un año para saldos de \$1,000 o menos.
 - (ii) Máximo de dos años para saldos superiores a \$1,000.
 - (iii) Es posible que se ofrezcan planes de pago más prolongados en circunstancias excepcionales con la aprobación de la alta gerencia.
 - (iv) No se ofrecerán planes con un pago mensual inferior a \$25.
- (c) No se cobrarán intereses sobre los saldos cuando un paciente haya acordado un plan de pago y esté al día con los pagos.
- (d) Los planes se deben revisar con regularidad para garantizar que todos los pagos estén al día. Si un paciente omite dos pagos consecutivos, el Hospital puede designar la cuenta como deuda incobrable. Si un paciente notifica un cambio en las circunstancias financieras, el Hospital puede reevaluar su obligación de pago pendiente.

E. SITUACIONES ESPECIALES: FACTURACIÓN

- 1) Bancarrotas del paciente: el Hospital hará esfuerzos razonables para hacer un seguimiento de todas las notificaciones de bancarrota, y las mantendrá archivadas para garantizar el cumplimiento de todos los procedimientos judiciales aprobados, incluida la presentación de reclamaciones ante el tribunal según corresponda o la condonación de la deuda.
- 2) Pacientes fallecidos: cuando corresponda y sea rentable, el Hospital realizará inspecciones patrimoniales, emitirá facturas a la sucesión y solicitará embargos de la sucesión.
- 3) Responsabilidad civil ante terceros y accidentes en vehículos motorizados (MVA) (MA): se harán esfuerzos razonables para facturar a la compañía de seguros para MVA o de responsabilidad civil ante terceros para cobrar los montos disponibles de la cobertura de protección contra lesiones personales (PIP). Las reclamaciones del seguro se procesarán una vez agotada la PIP. El Hospital también puede solicitar un embargo de los futuros pagos por lesiones corporales realizados al paciente por la compañía de seguros para MVA si podemos establecer el nombre del abogado del paciente que gestionó la reclamación. Las reclamaciones no se enviarán a HSN sin antes haber agotado los esfuerzos diligentes para cobrar los saldos de terceros. En la medida de lo posible, se les recordará a los

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

pacientes que tienen el deber de informar a la Oficina de Medicaid o a HSN cualquier posible reclamación de un seguro de responsabilidad civil ante terceros en el plazo de 10 días desde la presentación de la reclamación. Las recuperaciones recibidas tras el envío de una reclamación a HSN se deducirán de la reclamación original y se informarán a HSN, incluidas las anulaciones o devoluciones.

- 4) Responsabilidad civil ante terceros y accidentes en vehículos motorizados (MVA) (NH): los pacientes con cobertura de seguro de salud pueden elegir que el hospital le facture a su seguro de salud. Los saldos facturados al paciente no estarán sujetos a ningún descuento o ajuste de rutina.
- 5) Compensación por accidentes de trabajo: las reclamaciones conforme a la Ley de Compensación por Accidentes de Trabajo (WCA) son generalmente liquidadas en su totalidad por la compañía de seguros correspondiente si la cobertura es válida. El Hospital hará intentos razonables para reclamar la cobertura conforme a la WCA, lo que incluye la presentación de demandas legales. Si no hay una cobertura de este tipo, la reclamación se manejará de la manera habitual.
- 6) Cobertura secundaria de HSN: el Hospital hará esfuerzos diligentes para limitar el envío de reclamaciones a HSN como aseguradora secundaria a aquellos saldos que se consideren cubiertos por HSN, lo que incluye los deducibles, el coseguro y los servicios no cubiertos, incluidos aquellos casos en los que un paciente haya agotado el beneficio o cuya inscripción en el programa del pagador no haya estado activa en el momento de la prestación de los servicios. No se enviarán a HSN las reclamaciones por servicios denegadas debido a un error técnico en la reclamación u otra denegación técnica según lo descrito en 101 CMR 613.03(1)(c). Si el Hospital recibe un pago adicional o corregido correspondiente a una reclamación previamente enviada a HSN, se enviará una reclamación corregida a HSN.
- 7) Deducible de HSN parcial: el Hospital les facturará a los pacientes el 100 % del deducible anual de HSN parcial hasta alcanzar los cargos equivalentes al deducible anual, incluidos los saldos presentes en los planes de pago. No se enviarán reclamaciones a HSN hasta haber alcanzado el deducible del paciente. Esto incluye a todos los establecimientos satélite y los centros de salud hospitalarios que operen como parte de la licencia del Hospital.
- 8) Víctimas de delitos violentos: El Hospital ayudará al paciente a presentar reclamaciones ante el programa para víctimas de delitos violentos del Procurador General de MA. En la mayoría de los casos, se suspenderá la facturación al paciente mientras haya una reclamación de este tipo pendiente. Por lo general, estos pagos se consideran pagos totales sin montos residuales facturados al paciente.

10. ASIGNACIÓN DE DEUDA INCOBRABLE

Una vez que se han agotado los esfuerzos internos de cobro, las cuentas se pueden contabilizar como deuda incobrable. Esto suele suceder después de que se ha completado el ciclo de facturación

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

de 120 días de la cuenta, con algunas excepciones por dirección incorrecta u otras circunstancias atenuantes. En las cuentas con deuda incobrable generalmente se hacen otros intentos de cobro por medio de una serie de fuentes, lo que incluye personal interno, agencias de cobro externas o abogados. El Hospital se asegurará de que todo el seguimiento que se realice de una deuda incobrable, ya sea por personal interno o por una agencia externa, cumpla con lo siguiente:

A. INFORMES CREDITICIOS

Por lo general, si bien el Hospital no suele informar la deuda incobrable de un paciente a ninguna oficina de informes crediticios, la presente política no está destinada a restringir esta medida en casos específicos por parte del Hospital ni a limitar las posibilidades de que el Hospital tome esta medida en el futuro. El Hospital y sus agentes pueden, sin embargo, utilizar los servicios de una oficina de informes crediticios para averiguar la calificación crediticia de un paciente con vistas a determinar su capacidad para satisfacer sus obligaciones financieras.

B. LITIGIOS

El Hospital y sus agentes pueden entablar un litigio contra un paciente para obtener una sentencia judicial por montos adeudados al Hospital. En ningún caso se utilizará una orden de arresto (u orden de detención) como parte de las acciones de cobro.

C. EMBARGOS A LA PROPIEDAD

El Hospital solo puede perseguir la incautación, la ejecución y la venta de la propiedad de un paciente tras la revisión y la aprobación del CFO del Hospital. Además, en todos los casos que involucren a un paciente designado como paciente de bajos ingresos por la Oficina de Medicaid o que reúna los requisitos para un programa de asistencia, el Hospital no intentará la ejecución legal de la vivienda personal del paciente o del garante sin la aprobación específica del Consejo Directivo del Hospital.

D. AGENCIAS DE COBRO

Toda agencia que intente cobrar saldos de pacientes en nombre del Hospital deberá ajustarse a la presente Política de crédito y cobranza. Las quejas sustanciales de los pacientes se informarán al Hospital para su revisión y seguimiento. Todos los agentes cumplirán plenamente con las reglamentaciones federales sobre prácticas justas de cobro de deudas, así como con las reglamentaciones al respecto que pueda determinar el Procurador General de Massachusetts. Todas las agencias informarán los cobros u otras acciones de las cuentas, incluida la decisión de suspender las acciones de cobro, de manera oportuna. En general, las agencias suspenderán las acciones de cobro en las cuentas que no hayan tenido movimientos, pagos o ninguna posibilidad actual de pago después de transcurrido un año desde su asignación.

11. SALDOS A FAVOR Y REEMBOLSOS

Por lo general, el Hospital reembolsará a los pacientes cualquier saldo a favor existente, que podría derivarse del cobro excesivo de fondos. En los casos en los que los esfuerzos para reembolsar un saldo a favor a un paciente o garante sean infructuosos, el Hospital remitirá los saldos a favor al tesorero del Estado de Massachusetts de acuerdo con las reglamentaciones estatales sobre propiedad abandonada.

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

12. ACONTECIMIENTOS GRAVES QUE SE DEBEN NOTIFICAR (SRE)

El Hospital cumple con los requisitos de facturación pertinentes, incluidas las reglamentaciones (105 CMR 130.332) del Departamento de Salud Pública para el no pago de servicios específicos o readmisiones que el Hospital determine que son consecuencia de un acontecimiento grave que se debe notificar (SRE). Los SRE que no tengan lugar en el Hospital quedan excluidos de esta determinación de no pago. El Hospital tampoco solicitará el pago a un paciente de bajos ingresos que se haya determinado elegible para el programa Health Safety Net y cuyas reclamaciones hayan sido inicialmente denegadas por un programa de seguro debido a un error administrativo de facturación por parte del Hospital. Además, el Hospital mantiene toda la información de conformidad con las leyes federales y estatales pertinentes sobre privacidad, seguridad y robo de identidad.

13. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

A. RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

El paciente tiene las siguientes obligaciones:

- Suministrar de manera oportuna información demográfica y sobre el seguro completa, e informar al Hospital y, si participa de un Programa estatal, al estado, cualquier cambio en su condición, incluidos, entre otros, los cambios en los ingresos o la condición ante el seguro.
- Para los residentes de Massachusetts, solicitar y mantener la cobertura de alguno de los programas patrocinados por el gobierno para los que puedan reunir los requisitos, lo que incluye enviar toda la documentación solicitada dentro de los plazos requeridos. Todos los pacientes deben obtener y mantener una cobertura de seguro si hay una cobertura asequible disponible para ellos. Notificar al Hospital toda posible cobertura por accidentes en vehículos motorizados, cobertura de responsabilidad civil ante terceros o cobertura de compensación por accidentes de trabajo. Para los pacientes cubiertos por un Programa estatal, presentar una reclamación para obtener una compensación (de estar disponible) por cualquier accidente, lesión o pérdida, y notificarlo al Programa estatal (p. ej., a la Oficina de Medicaid y a Health Safety Net) en el plazo de diez días desde la obtención de la información relacionada con cualquier demanda judicial o reclamación de seguro que cubra el costo de los servicios prestados por el Hospital. Además, los pacientes deben asignar el derecho a un pago de terceros que cubra los costos de los servicios pagados por la Oficina de Medicaid de Massachusetts o Health Safety Net.
- Hacer esfuerzos razonables para comprender los límites de su cobertura de seguro, incluidas las limitaciones de la red, las limitaciones de la cobertura de los servicios y las obligaciones financieras debido a la cobertura limitada, los copagos, el coseguro y los deducibles.
- Ajustarse a las políticas de derivación, autorizaciones previas y otras políticas de administración médica del seguro.
- Ajustarse a otros requisitos del seguro, lo que incluye completar los formularios de coordinación de beneficios, actualizar la información sobre la membresía, actualizar la información sobre los médicos y otros requisitos del pagador.
- Pagar los copagos, los deducibles y los montos por coseguro de manera oportuna.



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Política de crédito y cobranza de Partners HealthCare Hospital 1 de enero de 2020

- Actualizar de manera oportuna los datos demográficos, sobre el seguro y sobre la elegibilidad y el deducible anual de HSN.

B. POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

El Hospital no discriminará a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad en sus políticas ni en la aplicación de sus políticas respecto a la adquisición y verificación de información financiera, a los depósitos previos a la admisión o el tratamiento, a los planes de pago, a las admisiones diferidas o denegadas, o a la elegibilidad para Health Safety Net.

14. INFORMES, AUDITORÍA Y CUMPLIMIENTO DE REGLAMENTACIONES

El Hospital cumplirá con todos los requisitos de presentación de informes según se define en MGL c. 118G, en las reglamentaciones 101 CMR 613 y 614 relacionadas y en los boletines administrativos asociados.

El Hospital conservará registros auditables de las actividades realizadas de conformidad con los criterios y los requisitos de 101 CMR 613 y 101 CMR 614.

El Hospital presentará por vía electrónica la presente Política de crédito y cobranza ante Health Safety Net de la Oficina de Medicaid según sea necesario cuando la política se modifique, o cuando haya cambios reglamentarios promulgados por Health Safety Net de la Oficina de Medicaid que exijan una nueva presentación de la política.

OTRAS POLÍTICAS APLICABLES DE PARTNERS HEALTHCARE:

Política de descuentos y asistencia financiera para pacientes no asegurados de Partners

REFERENCIAS:

Reglamentaciones de MA 101 CMR 613, 614 y MGL c. 118G.
501 (r) c del IRS