

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes **1 de enero de 2020**

Propósito:

La Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes resume todas las circunstancias en las que se les conceden descuentos a los pacientes en las facturas por servicios prestados en establecimientos de Partners HealthCare. Esto incluye descuentos basados en la condición en el seguro del paciente, independientemente de su situación financiera, y descuentos basados en su situación financiera, que se suele determinar verificando los ingresos del paciente o su participación en un plan médico patrocinado por el gobierno.

Las entidades asociadas a Partners HealthCare System reconocen que algunos pacientes tienen medios limitados y pueden no tener acceso a una cobertura de seguro para todos los servicios. Esta política se ha desarrollado para ayudar a los pacientes no asegurados y a los pacientes con un seguro insuficiente y recursos financieros limitados.

Definiciones:

Paciente no asegurado: paciente que no tiene ningún seguro médico vigente para una fecha de servicio específica o cuya cobertura no tiene vigencia para un servicio específico debido a limitaciones de la red, agotamiento de los beneficios del seguro u otros servicios no cubiertos.

Servicios médicamente necesarios: servicios que se espera razonablemente que prevendrán, diagnosticarán, aliviarán, corregirán o curarán afecciones que ponen la vida en peligro, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad física o disfunción, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o derivan en una enfermedad o dolencia, o servicios que prevendrán el agravamiento de tales afecciones. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios de hospitalización y ambulatorios según lo autorizado conforme al Título XIX de la Ley del Seguro Social.

Servicios de emergencia: 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 legamente 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.
- 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 Partners (PHS) para la prestación de atención como pacientes hospitalizados que no está disponible de otro modo.

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes

1 de enero de 2020

Servicios de urgencia: 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 legamente 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.

Servicios electivos: servicios médicamente necesarios que no se ajustan a la definición de los servicios de emergencia o urgencia. 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 o cuando los requisitos que reúne el paciente para recibirlos no se ajustan a las definiciones generales del plan de seguro para cumplir con los criterios clave de necesidad médica para los servicios. También se incluyen aquellos servicios que muchos planes de seguro no consideran médicamente necesarios, incluidos, entre otros, los siguientes: cirugía estética, fecundación in vitro (FIV) u otro tratamiento de reproducción avanzado (TRA), servicios de derivación gástrica si el pagador no determina la necesidad médica, y elementos de conveniencia para el paciente, por ejemplo, cargos por servicios de estadía durante la noche que exceden los necesarios para la atención médica o servicios de estadía durante la noche (hospitalización u hospitalización parcial) para los que no haya una necesidad médica claramente probada.

Deuda incobrable de Medicare: gasto que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o Medicare permiten que los hospitales reclamen para la mayoría de los coseguros y los deducibles impagos de Medicare, siempre que el saldo se haya procesado completamente según el ciclo de facturación establecido para los montos a cargo del paciente o se determine que el paciente es indigente en lo que respecta al saldo. La determinación de indigencia debe basarse en el nivel de ingresos del paciente y en una revisión de sus bienes disponibles, de los cuales suelen excluirse los vehículos y la vivienda principal, y una cuenta bancaria o caja de ahorros mínima.

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 que se centran en la salud psicológica y mental del paciente y que se pueden prestar en varios ámbitos de atención.

Soluciones de Facturación para Pacientes (PBS): departamento de Partners HealthCare responsable de todos los procesos del ciclo de ingresos por montos a cargo del paciente, lo que incluye Servicio de Atención al Cliente, Cobranzas, procesamiento de deudas incobrables, créditos o reembolsos para pacientes y los procesos asociados.

Declaración de la política:

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

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes 1 de enero de 2020

pacientes que requieran servicios de urgencia o emergencia no se les denegarán tales servicios en función de su incapacidad de pago. Los hospitales de cuidados postagudos y de salud conductual de Partners trabajarán con los pacientes que soliciten atención y hayan demostrado una necesidad financiera para brindarles asistencia financiera. No obstante, para que las entidades asociadas a Partners HealthCare System 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 cuando el cobro esté permitido y no viole las reglamentaciones del Estado de MA ni las reglamentaciones federales, incluida la ley EMTALA.

Alcance: Esta política se aplica a las siguientes entidades de Partners HealthCare:

Hospitales de cuidados agudos

- Massachusetts General Hospital (MGH)
- Brigham and Women's Hospital (BWH)
- North Shore Medical Center (NSMC)
- Newton-Wellesley Hospital (NWH)
- Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH)
- Martha's Vineyard Hospital (MVH)
- Nantucket Cottage Hospital (NCH)
- Cooley Dickinson Hospital (CDH)
- Wentworth Douglass Hospital (WDH)
- Massachusetts Eye and Ear (MEE)

Hospitales de salud conductual

- McLean Hospital (MCL)

Hospitales de cuidados postagudos

- Spaulding Rehabilitation Hospital Boston (SRH)
- Spaulding Hospital for Continuing Medical Care Cambridge (SHC)
- Spaulding Rehabilitation Hospital Cape Cod (SCC)

Organizaciones de profesionales médicos

- Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
- Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
- North Shore Physicians Group (NSPG)
- Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
- Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)
- Nantucket Medical Group (NMG)
- Mass Eye and Ear Associates
- Wentworth Health Partners (WHP)
- Partners Community Physicians Organization (PCPO) - solo grupos de propiedad total
 - Pentucket Medical Associates (PMA)
 - Mystic Health Care

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes **1 de enero de 2020**

Atención en el hogar

Partners HealthCare at Home (PHH)

Se debe tener en cuenta que a los médicos que están asociados a estas entidades, pero que facturan de forma “privada”, se les recomienda seguir la presente política, pero no están obligados a hacerlo. La Lista de proveedores asociados de Partners HealthCare contiene información detallada.

Descripción general

Esta política establece una política de descuentos para los pacientes de los hospitales de Partners, sus grupos de médicos asociados y Partners HealthCare at Home. Las entidades de Partners pueden, en algunos casos, seguir aplicando descuentos existentes que van más allá de la presente política con la aprobación del director financiero (CFO) de la entidad local. La política incluye un programa de descuento general para todos los pacientes no asegurados que está disponible independientemente de la situación financiera del paciente si se cumplen los demás parámetros para el descuento. Los descuentos que se basan en la situación financiera del paciente están cubiertos en la sección Política de asistencia financiera (FAP).

Programa de descuentos para pacientes no asegurados

Todos los hospitales de cuidados agudos y organizaciones de profesionales médicos de Partners, y todas las entidades de Partners HealthCare at Home les ofrecen a los pacientes no asegurados un descuento de los cargos, para la mayoría de los servicios. Este programa incluye a los pacientes de todos los niveles de ingresos y no tiene requisitos financieros ni de solicitud, si bien los pacientes deben estar al día con todos los saldos pendientes para poder acceder a él.

Exclusiones del programa de descuentos para pacientes no asegurados

- Los servicios que se clasifican como “Otros servicios” quedan excluidos de este descuento.
- Los servicios prestados por médicos que facturan de forma “privada” y no por medio de alguno de los grupos de médicos quedan excluidos de este descuento.
- Todos los saldos tras el procesamiento del seguro quedan excluidos de este descuento, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles del seguro. Los saldos debidos a beneficios agotados que no se hayan descontado por el pagador son elegibles para este descuento. Los servicios clasificados como no cubiertos por el pagador pueden ser elegibles siempre que no estén específicamente excluidos del descuento por esta política.
- Los siguientes servicios están excluidos del descuento: cirugías estéticas, los servicios de infertilidad, las reclamaciones de seguro de vehículos motorizados, las reclamaciones de responsabilidad civil ante terceros, los servicios de tarifa fija, acupuntura, los servicios de telesalud, las consultas en línea (visitas virtuales), otros servicios que no sean médicamente necesarios o los servicios en los que ya se hayan aplicado otros descuentos y cualquier servicio que se facture con un programa de tarifas de autopago dedicado.

Programa de descuentos

Hospitales de cuidados agudos

Todos excepto WDH: 25 %

WDH: 40 %

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes 1 de enero de 2020

Organizaciones de profesionales médicos

Todos excepto WDH: 25 %

WHP: 15 %

Exclusiones del descuento: MGPO Dental Services

Spaulding Rehabilitation Network

Exclusiones del descuento

- Servicios en Spaulding Rehabilitation – Brighton
- Terapia ambulatoria que incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o salud conductual de SRH
- Evaluaciones de especialidad (ATEC, AAC, Lokomat)
- Tratamientos de especialidad (Lokomat, servicios de interpretación, tratamiento complejo, tratamiento de alimentación)
- Tarifa técnica por visita al consultorio del profesional médico
- Otros procedimientos o pruebas de diagnóstico en el consultorio

Partners Health Care at Home: 25 %

Partners Urgent Care: Excluido - Los servicios de autopago se facturan en un programa fijo.

Servicios de salud conductual – McLean Hospital

- Incluido - Admisiones psiquiátricas para pacientes hospitalizados y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios (sin incluir los programas con otros descuentos): 25 % de descuento
- Servicios excluidos
 - Tarifa nocturna asociada con una hospitalización parcial cuando no está cubierta por un seguro basado en una necesidad médica. El servicio se factura en una escala de tarifas variable en función de los siguientes niveles de ingresos de las pautas federales de pobreza:
 - En o por debajo del 100 % de las FPG - 90 %
 - Del 100.1 % al 200 % de las FPG - 75 %
 - Del 200.1 % al 300 % de las FPG - 50 %
 - Del 300.1 % al 400 % de las FPG - 25 %
 - Programas residenciales con todo incluido basados en dietas y programas parciales con todo incluido
 - Procedimientos designados prestados de forma ambulatoria que incluyen: Neuropsychotics, Tratamientos de estimulación magnética transcraneal (TMS), CATS Program (Pruebas psicológicas, Estado neuroconductual, Pruebas neuropsicológicas), Servicios con ketamina y Esketamina

Política de asistencia financiera

Las determinaciones de asistencia financiera se pueden realizar antes o después de la prestación del servicio en función de la situación financiera del paciente, el tipo y el lugar de los servicios prestados, la condición en el seguro del paciente y la clasificación general del servicio prestado. Los servicios de emergencia siempre se prestarán sin revisar la situación financiera del paciente hasta los límites exigidos por la ley EMTALA. Esta política aborda todos los servicios

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes 1 de enero de 2020

médicamente necesarios. Sin embargo, solo algunos tipos de servicios médicamente necesarios reúnen los requisitos para el descuento de asistencia financiera, los cuales incluyen:

- Los servicios de emergencia y los servicios de urgencia.
- Los servicios electivos en un hospital de cuidados agudos siempre que el paciente haya cumplido con todas sus responsabilidades.
- Los servicios electivos, en un hospital de cuidados postagudos y los servicios de salud conductual son elegibles para un descuento de asistencia financiera siempre que el paciente cumpla con todas sus responsabilidades. Por lo general, los pacientes son evaluados para obtener autorización financiera en los establecimientos de cuidados postagudos y salud conductual y pueden ser diferidos de la admisión después de una revisión clínica si hay un establecimiento más apropiado disponible.
- Servicios dentales en Wentworth Douglas Dental Center

Descuentos de asistencia financiera

Responsabilidades del paciente

El paciente debe cumplir con sus responsabilidades para ser elegible para la asistencia financiera. El incumplimiento de tales obligaciones hará que el paciente no pueda ser considerado.

Los pacientes tienen la obligación de:

1. Obtener y mantener una cobertura de seguro si tiene a su disposición una cobertura asequible, ya sea de un programa de seguro patrocinado por el gobierno (Medicaid o Medicare), un seguro comercial de su empleador o de ConnectorCare o programas similares ofrecidos conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible, o cualquier plan subsiguiente o sustituto que pueda haber. Es posible que al paciente se le soliciten pruebas de que ha solicitado la cobertura.
2. Divulgar en su totalidad cualquier cobertura de compensación por accidentes de trabajo, para vehículos motorizados o de responsabilidad civil ante terceros que tenga, y debe cooperar con las solicitudes para que las reclamaciones se procesen a través de dicha cobertura.
3. Enviar de manera oportuna toda la documentación solicitada sobre los ingresos, los bienes y la residencia que sea necesaria para la inscripción en una cobertura estatal o la verificación de los requisitos para la asistencia financiera de PHS.
4. Mantener al corriente a las entidades de Partners HealthCare System con información demográfica y sobre el seguro actualizada.
5. Pagar todos los saldos de conformidad con los plazos acordados.

Exclusiones de los descuentos de asistencia financiera

- Por lo general, no se considerará para los descuentos de asistencia financiera a los pacientes que hayan acudido a un establecimiento de Partners desde fuera de nuestra principal área de servicio para recibir atención que una persona razonable podría prever que sería necesaria. Esto incluye los casos en los que un paciente se presente con una supuesta emergencia cuando en verdad haya tenido conocimiento de la afección

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes **1 de enero de 2020**

subyacente antes de dirigirse al establecimiento de Partners para recibir atención. Algunos ejemplos de las exclusiones son la atención obstétrica y las especialidades en las que el paciente ya esté al tanto de una afección que lo haría razonablemente prever que necesitará atención, por ejemplo, atención oncológica, servicios cardíacos, servicios de rehabilitación especializados y servicios psiquiátricos. Esto no excluye los servicios de emergencia debido a un accidente o a complicaciones por una afección preexistente cuando una persona razonable no podría haber previsto que la atención de emergencia sería necesaria antes de dirigirse a nuestra área de servicio.

- Por lo general, los pacientes que tengan un seguro médico con una red de proveedores limitada en la que Partners no participe y que se presenten para recibir un servicio que podría haber sido prestado en otro establecimiento que participa en su plan médico o en el que había otra ayuda financiera disponible, no serán elegibles para obtener asistencia financiera. Esto incluye saldos debido a una denegación de no derivación, no autorización o servicios fuera de la red.
- Los servicios que se clasifican como “Otros servicios” quedan excluidos, por ejemplo, los siguientes:
 - Cirugía estética
 - Fecundación in vitro (FIV)
 - Tratamiento de reproducción avanzado (TRA)
 - Servicios de derivación gástrica si el pagador no determina la necesidad médica
 - Elementos de conveniencia para el paciente, incluidas las habitaciones superiores y las estadías durante la noche que se basan en la solicitud del paciente y que no suelen estar cubiertas por los planes de seguro médico
 - Otros servicios que no son médicamente necesarios que se facturan de acuerdo a una tabla predeterminada de tarifas a cargo del paciente
 - McLean Hospital: Todos los programas residenciales con todo incluido que no envían reclamos a las aseguradoras de salud.

Requisitos de los servicios para los descuentos de asistencia financiera

- Se considerarán para la asistencia financiera los servicios médicamente necesarios que se ajusten a la definición de servicios de emergencia o servicios de urgencia, siempre que el paciente no tenga cobertura de seguro disponible para los servicios, incluida una cobertura para vehículos motorizados y de compensación por accidentes de trabajo.
- Los servicios que reunirán los requisitos para obtener asistencia financiera en circunstancias limitadas son, entre otros, los siguientes:
 - Servicios electivos solo en las siguientes situaciones:
 - Cuando el paciente sea residente del área principal de servicio de Partners y haya solicitado todos los programas gubernamentales y no gubernamentales disponibles. Para los residentes de MA, por lo general, esto se comprueba mediante su inscripción en MassHealth Limited o Massachusetts Health Safety Net (HSN). Por lo general, esto se aplica a servicios prestados en organizaciones de cuidados agudos, de salud conductual, de atención en el hogar y de profesionales médicos que no reúnan los requisitos para la facturación a HSN.
 - Cuando los servicios prestados en un establecimiento de cuidados agudos sean directamente próximos a un servicio de emergencia o urgencia

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes 1 de enero de 2020

Para las familias con ingresos superiores al 600 %, el umbral son las facturas médicas que superen el 40 % de sus ingresos. Los gastos deben haberse producido en los 12 meses previos y se limitan a aquellos que podrían haber reunido los requisitos como gasto médico según el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de los EE. UU. Los pacientes que deseen que se los considere para recibir descuentos conforme a esta política deben suministrar de manera oportuna la documentación solicitada relativa a los ingresos, la residencia y los gastos médicos que reúnen los requisitos.

Uso de bienes en las determinaciones de asistencia financiera

El uso de la información sobre los bienes en las determinaciones de asistencia financiera se limita a las siguientes situaciones:

- Pacientes que residen fuera de los EE. UU. o Canadá.
- El paciente ha fallecido. Las determinaciones deben incluir una revisión de cualquier patrimonio.
- Se ha determinado que el paciente no es elegible y que puede calificar para una consideración individual debido a circunstancias únicas.
- El paciente tiene cobertura de Medicare (excluidos los planes de reemplazo) y los saldos son coseguros o deducibles. Las determinaciones de deuda incobrable de Medicare requieren lo siguiente:
 - Ingresos inferiores al 201 % de las FPG
 - Bienes por menos de \$10,000 para el primer integrante de la familia, más \$3,000 por cada integrante adicional sin incluir la vivienda principal ni el automóvil principal.
 - Declaración del paciente de que no puede utilizar sus bienes para pagar los saldos pendientes.

Metodología e índices de descuento

Conforme a la sección 501(r) del IRS, los hospitales deben limitar los cargos a los pacientes y los servicios que reúnen los requisitos en nuestra Política de asistencia financiera (FAP) a los montos generalmente facturados (AGB) a las compañías de seguros comerciales y a Medicare. Partners determina los AGB dividiendo primero el total de los pagos por el total de los cargos correspondientes a todos los planes comerciales y de Medicare en conjunto del año fiscal anterior para determinar el factor de pago a cuenta (PAF) correspondiente al año fiscal anterior. Por lo general, esto se hace en diciembre, cuando están disponibles los datos más precisos, y los índices de descuento se actualizan en enero. El descuento mínimo de la FAP para el año fiscal en curso es lo opuesto al PAF del año anterior. Esto reducirá los cargos facturados a los pacientes que reúnan los requisitos a un monto que no superará los AGB del año anterior.

Ejemplo:

Total de pagos de planes comerciales y de Medicare	\$200,000,000
Total de cargos de planes comerciales y de Medicare	\$500,000,000
PAF	40 %
Descuento mínimo neto de la FAP	60 %

Índices de descuento actuales de la asistencia financiera

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes
1 de enero de 2020

Ingresos familiares como % de las FPG	Hospitales de cuidados agudos y organizaciones de profesionales médicos	Hospitales de Spaulding Rehabilitation Network y Partners HealthCare at Home	McLean Hospital	Wentworth Douglas Hospital
Entre el 0 % y el 150 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Entre el 150.1 % y el 250 %	85 %	85 %	80 %	100 %
Entre el 251 % y el 300 %	70 %	64 %	60 %	0 %

Ingresos familiares como % de las FPG	Facturas médicas como porcentaje de los ingresos	Descuento para hospitales de cuidados agudos y organizaciones de profesionales médicos	Descuento para hospitales de Spaulding Rehabilitation Network y Partners HealthCare at Home	Descuento para McLean Hospital
Entre el 301 % y el 600 %	30 %	70 %	64 %	60 %
Más del 600 %	40 %	70 %	64 %	60 %

Wentworth Douglas Dental Center

Los pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 300 % de las FPG pueden calificar para obtener descuentos de asistencia financiera.

- Tarifa plana de \$35 por visita
- Algunos servicios, incluidas las dentaduras postizas y las coronas, tendrán una tarifa más alta de hasta el 50 % del costo de la visita inicial y el 50 % del costo del ajuste
- Se limita a los residentes de Barrington, NH; Dover, NH; Durham, NH; Lee, NH; Madbury, NH; Rollinsford, NH; Somersworth, NH; Berwick, ME; South Berwick, ME

Proceso de solicitud y descuento

A los pacientes se les recomendará que soliciten la asistencia financiera en todos los casos en los que reúnan los requisitos básicos detallados en la presente política. Se revisarán todas las solicitudes, incluidos los casos en los que no se hayan cumplido todos los requisitos. El proceso de solicitud puede iniciarse ya sea directamente en Servicio de Atención al Cliente de PBS o en Cobranzas de PBS, o poniéndose en contacto con un asesor financiero de cualquiera de los hospitales o centros de salud de Partners. La presente política y todos los formularios de solicitud también se encuentran disponibles en <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>. También se puede acceder a esta página web desde la página de inicio de Partners HealthCare en el menú desplegable de "For Patients" (Para los pacientes).

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes

1 de enero de 2020

Por lo general, solo se revisarán las solicitudes que se hayan completado en su totalidad, y todas las solicitudes se enviarán a PBS para la determinación final. Se evaluarán todas las solicitudes para determinar si el paciente ha cumplido con sus obligaciones, incluida la obligación de obtener alguna cobertura de seguro disponible. También se revisará la condición del paciente para determinar si podría ser elegible para programas estatales o federales. El personal designado de PBS revisará todas las solicitudes, se comunicará con el solicitante para obtener información de seguimiento y le comunicará los resultados al solicitante. Por lo general, las solicitudes tendrán vigencia por el plazo de un año a partir de la fecha en que se presentó la solicitud.

Los descuentos aprobados conforme a esta política se aplicarán cuando se considere que el paciente reúne todos los requisitos. A los pacientes se les ofrecerán planes de pago sin interés conforme a las pautas existentes en la Política de crédito y cobranza de los hospitales de PHS. Dichas pautas requieren un pago mínimo mensual de \$25 con un programa de pago de un año para los saldos de menos de \$1,000 y de dos años para los saldos más elevados. Todas las demás prácticas relacionadas con la cobranza, incluidas las medidas que podrían tomarse debido a la falta de pago de los saldos, se especifican en la Política de crédito y cobranza de los hospitales de PHS. Dicha política puede encontrarse en <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>.

Relación de la Política de asistencia financiera de Partners con Massachusetts Health Safety Net (HSN)

El Commonwealth de Massachusetts mantiene un programa de red de seguridad que brinda cierta cobertura en un hospital de cuidados agudos de MA para residentes de Massachusetts con ingresos familiares de hasta el 300 % de las pautas federales de pobreza (FPG) que no califican para MassHealth (Medicaid). La cobertura completa de HSN está disponible en un rango del 150 % de las FPG y HSN parcial está disponible entre el 150 % y el 300 % de las FPG. Esta cobertura puede ser secundaria a otro seguro (Medicare, Medicaid o comercial), y funciona como una red de seguridad para los pacientes designados como pacientes de bajos ingresos según las reglamentaciones de Massachusetts. Todos los servicios médicamente necesarios están disponibles para estos pacientes, ya sea sin cargo (HSN total) o después de que satisfagan el deducible anual (HSN parcial).

Todos los hospitales de cuidados agudos de Partners, incluidos los centros de salud con licencia de un hospital y los consultorios médicos designados que se encuentren dentro de un hospital participan en esta cobertura y cumplen con todos los aspectos de las regulaciones de HSN. Por lo general, la cobertura excluye los montos de copago determinados por una cobertura de seguro primario, excepto que se incluyen los copagos para Medicare o los planes de reemplazo de Medicare.

Todas las demás entidades de Partners, que están excluidas por estatuto de la participación en HSN, utilizarán el estado aprobado por HSN del paciente como calificación presunta para la Asistencia financiera de Partners. El descuento aplicable se basará en el programa de HSN para el cual el paciente haya calificado. Según esa designación, se aplicarán descuentos de asistencia financiera según corresponda con otras disposiciones de esta política.

Los descuentos de asistencia financiera para los servicios de cuidados postagudos y los servicios de salud conductual también pueden estar disponibles con la determinación que se tomará durante la evaluación financiera previa del paciente para estos servicios programados.

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes

1 de enero de 2020

HSN también incluye tres programas adicionales (Confidential Services to Adults, Confidential Services to Minors y Medical Hardship) que están disponibles para los pacientes. Por lo general, la participación en estos programas es facilitada por un asesor financiero en uno de los hospitales.

El programa Medical Hardship de HSN está disponible para los residentes de MA con niveles de ingresos más elevados. Se les debe recomendar a los pacientes que soliciten este programa cuando los costos a su cargo por atención médica representen una parte muy significativa de sus ingresos, por lo general, más del 30 % de los ingresos de la unidad familiar. Un asesor financiero de alguno de los hospitales de cuidados agudos debe iniciar las solicitudes. Cada solicitud puede incluir gastos médicos generados en los 12 meses anteriores, con un límite de 3 solicitudes por año. Todos los saldos siguen considerándose como saldos válidos a cargo del paciente hasta que HSN apruebe la solicitud. Esto no conlleva la cobertura general del programa HSN. Por lo general, a los pacientes se les informará sobre el programa cuando llamen a Servicio de Atención al Cliente de PBS o a un asesor financiero cuando tengan saldos elevados y les preocupe el pago de sus facturas. Los asesores financieros y los representantes de Cobranzas hacen ciertas campañas proactivas limitadas para los saldos elevados de pacientes y los saldos elevados de garantes, respectivamente. Los asesores financieros asesoran a todos los pacientes que se comunican con ellos o que les derivan respecto a la aplicabilidad del programa, y trabajan con los pacientes para completar la solicitud y enviarla a HSN.

Los pacientes cuya única cobertura es MassHealth Limited o HSN generalmente se consideran como pacientes no asegurados, ya que dichos programas no funcionan conforme a las normas estándar de cobertura de seguros. Los saldos adeudados a hospitales de cuidados agudos como parte de un deducible de HSN parcial son elegibles para el descuento para pacientes no asegurados.

Consideración individual

Se recomienda a los pacientes que planteen su situación financiera singular en Servicios Financieros para Pacientes en cualquier hospital de Partners, o en Soluciones de Facturación para Pacientes. Las entidades asociadas de Partners podrían, de conformidad con su Política de crédito y cobranza, otorgar descuentos más allá de las demás disposiciones de esta política en función de cada caso en particular para reconocer aquellos casos únicos de dificultades económicas.

Publicación y difusión de la Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes

La Política de asistencia financiera de Partners, los formularios de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo están disponibles en <http://www.partners.org/for-patients/Patient-Financial-Assistance.aspx>. También se puede acceder a esta página web desde la página de inicio de Partners HealthCare en el menú desplegable de "For Patients" (Para los pacientes). El sitio web incluye las diversas maneras en las que los pacientes pueden solicitar asistencia, incluida una lista de los hospitales y centros de salud que les brindan asistencia financiera a los pacientes, un número de teléfono central y una dirección de correo electrónico. En el sitio web también se les informa a los pacientes que los formularios de solicitud y la ayuda son gratuitos.

En todas las entidades pertinentes de Partners hay información disponible sobre la política y sobre cómo presentar una solicitud, y la comunicación pública se realiza de diversas maneras:

Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes 1 de enero de 2020

- Avisos de 11 x 17 colocados en las áreas de registro y otras áreas muy concurridas.
- Folletos en lenguaje sencillo donde se publicita la disponibilidad de opciones de asistencia financiera de Partners, exhibidos en consultorios y departamentos de emergencia.
- En todos los estados de cuenta se incluye información general sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
- Recursos de asesoramiento financiero para pacientes, disponibles para cualquier paciente que solicite asistencia, que tenga preguntas específicas o que desee una solicitud impresa. Los materiales, incluida la política, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo, están disponibles en inglés y en otros idiomas según lo exige la reglamentación.
- Los integrantes del personal de los programas comunitarios del hospital reciben educación sobre la FAP, y se les indica que informen y notifiquen a los miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia financiera en los establecimientos de Partners.