

BAYSTATE MEDICAL CENTER  
BAYSTATE FRANKLIN MEDICAL CENTER  
BAYSTATE WING HOSPITAL CORPORATION  
BAYSTATE NOBLE HOSPITAL CORPORATION

NORMAS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA DE LOS  
HOSPITALES DE BH  
ÍNDICE

I.	COMPROMISO DEL PACIENTE	2
II.	RESUMEN DE LAS NORMAS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA	3
III.	CÓDIGO DE CONDUCTA	3
IV.	MEDIDAS DE COBRANZA EXTRAORDINARIAS	5
	A. General	5
	B. Notificación	7
	C. Solicitudes FAP incompletas	7
	D. Solicitudes FAP completas	8
V.	DESCUENTOS POR PAGOS RÁPIDOS	9
	A. General	9
	B. Departamento de emergencia	9
VI.	RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA Y RECURSOS ECONÓMICOS DEL PACIENTE	9
	A. Obligaciones del paciente	9
	B. Obligaciones del hospital	10
VII.	PROCESO DE COBRANZA	11
	A. General	11
	B. Avisos de cobranza	12
	1. Aviso inicial	12
	2. Avisos posteriores	13
	C. Documentación de esfuerzos de cobranza	14
	D. Poblaciones exentas de actividades de cobranza	14
	E. Depósitos y planes de pago	16
	F. Acuerdos voluntarios	17
	G. Agencias de cobranza externas	17
VIII.	NORMAS RELACIONADAS	17
IX.	PRUEBAS	18
	1. Carta y estados de cuenta de cobranzas	
	2. Aviso final	
	3. Planes de pago a plazos	
	4. Aviso final - Planes de pago	

## I. COMPROMISO CON LOS PACIENTES

Baystate Health, Inc. (“BH”) se compromete a asegurar que los pacientes en su comunidad tengan acceso a servicios de atención médica y que dichos pacientes sean tratados con justicia y respeto en todas las relaciones con los hospitales BH, según se define a continuación, y con otros proveedores de atención médica.

BH reconoce que el costo de los servicios de atención médica necesarios puede imponer una carga económica significativa en los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y BH ha elegido actuar en forma afirmativa para aliviar esa carga para los pacientes.

BH reconoce que el proceso de facturación y cobranza en sí mismo puede ser abrumador y difícil para los pacientes y BH tiene procedimientos instaurados para que los pacientes puedan entender el proceso; informar a los pacientes sobre opciones de descuentos y ayuda económica; y asegurar que los pacientes no se vean expuestos a medidas de cobranza agresivas.

De acuerdo con este compromiso con los pacientes, BH exige que cada Hospital BH, según se define a continuación, mantenga normas de facturación y cobranza que reflejen sus procedimientos de facturación y cobranza a los pacientes y cumplan con las leyes y reglamentos estatales y federales pertinentes.

Estas normas de facturación y cobranza (las “normas”) se aplican a Baystate Medical Center (BMC), Baystate Franklin Medical Center (BFMC), Baystate Wing Hospital (BWH) y a Baystate Noble Hospital (BNH) (“Hospitales BH” y cada uno de ellos un “hospital”). Los servicios proporcionados por afiliados de BH, que no sean Hospitales BH, no están cubiertos por estas normas. Se alienta a los pacientes a hablar con los otros afiliados de BH sobre sus prácticas específicas de facturación y cobranza, incluyendo opciones de descuentos y ayuda económica.

Las normas describen los procesos de facturación, pago y cobranza que se aplican a los servicios que los Hospitales BH les proporcionan a los pacientes. Las normas abordan solo a aquellos programas y procesos que se aplican a los pacientes o a los garantes de pacientes (persona encargada legalmente de pagar las facturas) y no a terceros pagadores.

Las normas junto con las Normas de ayuda económica de los Hospitales BH (según las enmiendas ocasionales, las “Normas de ayuda económica” o “FAP”) cumplen con los criterios pertinentes requeridos según (1) la Reglamentación de servicios elegibles de Health Safety Net, 101 C.M.R. 613.00, (2) los Requisitos de deudas incobrables de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (42 CFR§ 413.89), (3) el Manual de reembolso de proveedores de Medicare (Parte 1, Capítulo 3), y (4) la sección 501(r) del Código de rentas internas de 1986, y sus modificaciones (el “Código”), según se aplique al Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital, como se describe en la presente. *Los términos en mayúsculas no definidos en las normas se usan según su definición en las FAP.*

## **II. RESUMEN DE LAS NORMAS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA**

Estas normas reconocen que los recursos económicos de los Hospitales BH son limitados; y que los Hospitales BH tienen una responsabilidad fiduciaria de facturar y cobrar adecuadamente por los servicios de los pacientes.

Por lo general los Hospitales BH esperan que los pacientes o sus terceros pagadores paguen la totalidad de los servicios proporcionados. Los Hospitales BH les facturarán a los terceros pagadores de acuerdo con los requisitos de las leyes pertinentes, los contratos con los terceros pagadores (si los hubiere) o las pautas de facturación que se apliquen.

Los pacientes además son responsables de los cargos que no pague un tercero pagador dentro de un plazo razonable o cualquier saldo que exista después del pago del tercero pagador. A los pacientes que deseen obtener servicios (excepto servicios de emergencia) se les podría solicitar el pago anticipado de algunos o de todos los cargos por los servicios que no estén cubiertos por los terceros pagadores, inclusive copagos y deducibles relacionados con los servicios cubiertos. Regularmente se emiten y envían a los pacientes avisos de los montos adeudados. Si el paciente no paga o no hace arreglos financieros satisfactorios la cuenta quedará morosa. A menos que se determine lo contrario a su exclusiva discreción, los Hospitales BH tomarán las medidas necesarias para cobrar las cuentas morosas, inclusive el referido a agencias de cobranza externas o abogados, sujeto a las limitaciones que se establecen en estas normas.

Los pacientes de los Hospitales BH que tengan obligaciones de pago por sí mismos podrían tener la oportunidad de reducir el costo de sus servicios de atención médica a través de la participación en programas generales del estado (los Programas estatales y Health Safety Net), así como también ayuda económica disponible de los Hospitales BH según el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital, sobre la base de sus circunstancias económicas (cada una se describe en más detalle en las Normas de ayuda económica). Se puede encontrar una copia de las FAP en el sitio web de BH (<https://www.baystatehealth.org/patients/billing-and-financial-assistance>) y si lo solicita y sin cargo alguno puede obtener una copia por correo postal y en ubicaciones públicas en cada uno de los hospitales, inclusive en los departamentos de emergencia y las áreas de admisión.

Todo el personal de los Hospitales BH debe cumplir con estas normas. El Departamento de Contabilidad de Pacientes es el responsable de la implementación y de asegurar el cumplimiento constante, y las consultas sobre las normas deben dirigirse al departamento, al (413) 794-9999.

## **III. CÓDIGO DE CONDUCTA**

Los Hospitales BH deben cumplir un código de conducta específico con respecto a las actividades de facturación y cobranza a los pacientes. Estas pautas reafirman el compromiso de los Hospitales BH y sus proveedores de tratar a los pacientes con justicia y respeto. Se espera que cualquier agente, contratista o subcontratista, inclusive agencias de cobranza, contratado por los Hospitales BH o los proveedores que asistan con la cobranza cumplan con las mismas pautas, y los Hospitales BH aseguran que todos los agentes, contratistas y

subcontratistas conocen y aceptan regirse por estas pautas. Las pautas son las siguientes:

Los Hospitales BH y sus proveedores:

- Mantienen un alto estándar de justicia, honestidad y cortesía al realizar sus actividades comerciales y evitan cualquier actividad que pudiera causar recriminaciones a BH.
- Informan a los pacientes las opciones disponibles de pago o convenios de pago para cargos adeudados.
- Aplican las prácticas de facturación y cobranza con uniformidad a todos los pacientes.
- Demuestran comprensión y ofrecen consideración debida a los problemas económicos de los pacientes, y ayudan a los pacientes con las obligaciones económicas de acuerdo a los méritos de cada caso individual.
- Hacen todos los esfuerzos posibles para negociar acuerdos razonables con los pacientes que solicitan liquidar deudas pendientes a través de pagos parciales.
- Cumplen con todas las leyes estatales y federales que rigen la cobranza de deudas, incluyendo entre otras, la Ley de Prácticas de Cobranza Justas de los Estados Unidos y la Reglamentación de Cobranza de Deudas de Massachusetts.
- Aseguran que la confidencialidad de la información del paciente se mantenga protegida de forma adecuada y que los agentes y contratistas de los Hospitales BH cumplan con las obligaciones contractuales con respecto a la confidencialidad (inclusive cualquier contrato celebrado de acuerdo con la ley federal de privacidad conocida como HIPAA).

Los Hospitales BH y sus proveedores no deben tomar las siguientes medidas (ni amenazar con tomarlas) con respecto a ningún paciente:

- Discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, calidad de extranjero, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus normas, en la aplicación de sus normas, incluyendo la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o al tratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, determinaciones de estado de elegibilidad, estado de Paciente de Bajos Recursos (según lo determine la Oficina de Medicaid de Massachusetts) o en sus prácticas de facturación y cobranza.
- Buscar cobrar a pacientes exentos de medidas de cobranza según lo estipulado por ley.
- Agregar intereses a las cuentas del Hospital BH (inclusive para Pacientes de Bajos Recursos).
- Buscar embargar el salario de un paciente o garante de un paciente.
- Reportar cualquier deuda de un paciente a una agencia de informe de crédito para los pacientes de un Hospital BH.

Un Hospital BH podría determinar aplicar una o más de las siguientes medidas de cobranza con respecto a cualquier porción de una obligación impaga de un paciente al hospital que no califique para ayuda según las FAP:

- Tomar acciones legales (que no sea un embargo bancario) contra un paciente o garante de un paciente relacionado con una deuda impaga, *siempre que* el hospital haya recibido la aprobación del Vicepresidente Senior de Finanzas de BH o su designado.
- Embargar cualquier inmueble propiedad de un paciente (inclusive la residencia personal del paciente), *siempre y cuando* el hospital haya recibido la aprobación del Consejo de Administración, que debe considerar factores como el valor de mercado de los bienes inmuebles, los ingresos del paciente y los activos del paciente.
- Procurar una ejecución legal contra la residencia personal o el vehículo motorizado de un paciente o garante de un paciente, *siempre y cuando* el hospital haya recibido la aprobación del Consejo de Administración de BH (cuyas aprobaciones se realizarán basándose en cada caso en particular).
- Procurar la ejecución hipotecaria de cualquier propiedad de un paciente (o procurar una ejecución legal contra una propiedad inmueble de un paciente), *siempre y cuando* el hospital haya recibido la aprobación del Consejo de Administración de BH.

Cualquier proveedor que trabaje en nombre de BH debe notificar y recibir la aprobación de BH antes de tomar cualquiera de las medidas de cobranza anteriores (y además debe obtener las aprobaciones necesarias relevantes del Hospital BH recién descritas).

Para aclarar, un Hospital BH no tomará ninguna de las medidas de cobranza anteriores (ni amenazará con hacerlo) (i) con respecto a cualquier porción de una obligación impaga de un paciente al hospital que califique para recibir ayuda según las FAP o (ii) si el hospital no ha recibido todas las aprobaciones exigidas.

#### **IV. MEDIDAS DE COBRANZA EXTRAORDINARIAS**

##### **A. General:**

Si un Hospital BH determina tomar una de las medidas de cobranza descritas en la Sección III (Código de Conducta) anterior con respecto a una factura por atención cubierta bajo las FAP del hospital, dicha medida por lo general constituirá una medida de cobranza extraordinaria (“ECA”, por su sigla en inglés) para los fines de la sección 501(r) del Código. **Los procedimientos que se describen en esta Sección IV (Medidas de Cobranza Extraordinarias) se aplicarán *si (y solo si)* un Hospital BH determina procurar una ECA.**

Los Hospitales BH no participarán en ninguna ECA contra un paciente o garante sin hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente para el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital. Un Hospital BH hará esfuerzos razonables con las siguientes medidas para determinar la elegibilidad de un paciente para el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital:

- Notificar al paciente de la disponibilidad de ayuda económica bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital antes de iniciar cualquier ECA (consultar la Sección IV.B a continuación).
- Notificar a cualquier paciente que presente una solicitud incompleta para el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital durante el Período de solicitud, según se define a continuación, sobre cómo completar la solicitud y además darle al paciente una oportunidad razonable para hacerlo (consultar la Sección IV.C a continuación).
- Para cualquier paciente que presente una solicitud de FAP completa, según se define a continuación, durante el Período de solicitud, hacer una determinación sobre si el individuo es elegible para ayuda económica bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital (consultar la Sección IV.D a continuación).

Las ECA no se podrían iniciar hasta al menos 120 días después del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. Si un Hospital BH agrega facturas pendientes de un individuo para varios episodios de atención antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de esas facturas, se abstendrá de iniciar cualquier ECA hasta que hayan transcurrido 120 días de entregado el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta para el episodio de atención más reciente incluido en las facturas agregadas.

Previo a diferir, negar o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria a un individuo con una o más facturas pendientes por atención proporcionada previamente, los Hospitales BH dirigirán al individuo al asesor financiero de pacientes del hospital para evaluar la elegibilidad para el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital. Si un paciente requiere ayuda, los Hospitales BH ayudarán al paciente a solicitar las opciones de cobertura adecuadas que estén disponibles a través de los Programas estatales o Health Safety Net, o a través del Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital. Consulte las FAP para obtener detalles.

Cuando el paciente no ha hecho ningún intento por completar la solicitud requerida, un Hospital BH puede iniciar una ECA para obtener el pago por la atención una vez que se haya notificado al individuo sobre las FAP (incluido el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital) según se describe en la Sección IV.B, a continuación, y hayan transcurrido al menos 120 días desde el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta.

El Departamento de Contabilidad de Pacientes es el responsable en última instancia de determinar si un Hospital BH ha hecho los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital y por lo tanto si se puede implementar una ECA contra dicho individuo.

## **B. Notificación:**

Antes de iniciar cualquier ECA contra un paciente, un Hospital BH debe dar los siguientes pasos para notificar al paciente de la disponibilidad de ayuda económica bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital:

- Notificar por escrito al paciente que la ayuda económica está disponible para los individuos que califiquen de acuerdo con las FAP (incluido en el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital), identificar las ECA que el Hospital BH pretende iniciar para obtener el pago por la atención, y establecer una fecha límite después de la cual dichas ECA podrían iniciarse que no sea antes de transcurridos 30 días después de entregada la notificación por escrito.
- Proporcionar al paciente un resumen en lenguaje claro de las FAP.
- Hacer esfuerzos razonables para notificar oralmente al paciente sobre las FAP (incluido el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital) y cómo el individuo podría obtener ayuda con el proceso de solicitud.

Las notificaciones escritas por un Hospital BH sobre el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital y la elegibilidad de un paciente para solicitar ayuda económica incluirán una fecha límite después de la cual el Hospital BH ya no aceptará ni procesará una solicitud FAP para procurar ayuda bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital presentada por el individuo para el pago de la atención proporcionada previamente. La fecha límite no podrá ser anterior a los 30 días a partir de la fecha en la que se entregó la notificación escrita especificada anteriormente o 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación después del alta para la atención proporcionada anteriormente (el “Período de solicitud”).

## **C. Solicitudes FAP incompletas**

Para obtener ayuda bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital, un paciente debe primero solicitar ayuda bajo un Programa estatal o Health Safety Net, y la solicitud de un paciente para programas de este tipo cumplirá la función de solicitud del paciente para el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital (aquí a dicha solicitud se la denomina “solicitud de FAP”). Los Hospitales BH buscan evitar que un paciente elegible bajo un Programa estatal o Health Safety Net tenga que completar varias solicitudes de FAP. Como parte de este proceso, el estado de Massachusetts ha capacitado a Asesores de solicitudes certificados en los Hospitales BH para ayudar a los pacientes en el proceso de solicitud para Programas estatales y Health Safety Net. Si un paciente elige no completar su solicitud FAP con el estado de Massachusetts, esto dará como resultado una solicitud de FAP incompleta bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital.

Para cualquier paciente que presente una solicitud de FAP incompleta durante el Período de solicitud, un Hospital BH hará lo siguiente:

- Suspenderá cualquier ECA para obtener pago por la atención.
- Le entregará al individuo un aviso por escrito que describe la información o documentación adicional que se requiere bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital que se debe presentar para completar la solicitud de FAP y que incluye información de contacto, incluyendo un número de teléfono y ubicación física, de la oficina o departamento del Hospital BH que puede proporcionar información sobre las FAP (incluyendo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital) y que puede proporcionar ayuda con el proceso de solicitud.

Si un paciente completa posteriormente una solicitud de FAP durante el Período de solicitud (o, si es posterior, dentro de un período razonable del tiempo adjudicado para responder a las solicitudes de información adicional), el paciente será tratado como que ha presentado una solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud y se aplicarán los procedimientos especificados en la Sección IV.D a continuación, para tratar las solicitudes de FAP completas.

#### **D. Solicitud de FAP completa:**

Para cualquier paciente que presente una solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, un Hospital BH hará lo siguiente:

- Suspenderá cualquier ECA para obtener pago por la atención.
- Tomará una determinación sobre si el individuo es elegible para recibir ayuda económica según el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital y notificará al individuo por escrito de esta determinación de elegibilidad, inclusive la ayuda para la cual el individuo es elegible y las bases para esta determinación.
- Si el Hospital BH determina que un paciente es elegible para recibir ayuda económica bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital se hará lo siguiente:
- Si se determina que el paciente es elegible para ayuda que no sea atención gratuita, le proporcionará al paciente un estado de cuenta de facturación que indique el monto que adeuda el individuo por la atención como individuo elegible bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital y cómo se determinó ese monto, y establezca o describa cómo puede el paciente obtener información sobre los Montos facturados generalmente (*Amounts Generally Billed*, AGB) del Hospital BH por la atención proporcionada.



- Le reembolsará al paciente cualquier monto que el individuo haya pagado por la atención (ya sea al Hospital BH o a cualquier otra parte a la cual el Hospital BH haya referido la cuenta del paciente) que supere el monto que determinó que el paciente es responsable de pagar personalmente como individuo elegible para el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital, a menos que dicho monto sea menos de \$5 (u otro monto publicado en el Boletín de Rentas Internas).
- Tomará todas las medidas disponibles razonablemente para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente para obtener el pago por la atención.

## **V. DESCUENTOS POR PAGOS RÁPIDOS**

### **A. General:**

Todos los pacientes con saldos de cuentas (que no sean saldos resultantes de copagos o deducibles sobre servicios con seguro) son elegibles para recibir un descuento por pago rápido del 20 % del saldo por reclamos pagados en su totalidad en el momento del servicio o en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la factura inicial. Los pacientes deben solicitar el descuento. Este descuento no se puede combinar con el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital descrito en las FAP.

### **B. Departamento de Emergencias:**

Los Hospitales BH ofrecen un programa de descuento de copago para pacientes que reciben servicios en los departamentos de emergencia de los hospitales. Este programa de descuento está disponible para todos los pacientes del departamento de emergencia del hospital con obligaciones de copago bajo seguros de salud privados o del gobierno (a menos que esté prohibido por la ley o un contrato del Hospital BH con una aseguradora privada o autoridad gubernamental). Un paciente así podría reducir el copago del servicio del departamento de emergencia que se aplicaría de otro modo en un 10 % si el paciente decide pagar el copago al final de la consulta del paciente al departamento de emergencia.

## **VI. RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA Y RECURSOS ECONÓMICOS DEL PACIENTE**

### **A. Obligaciones del paciente:**

Antes de que se proporcione cualquier servicio de atención médica (excepto por los casos que requieran Servicios de emergencia o Servicio de atención urgente), se espera que el paciente proporcione información oportuna y precisa sobre su estado de cobertura de seguro, información demográfica, cambios en el ingreso de su familia o estado de asegurado e información sobre cualquier deducible o copago que se adeude sobre la base de sus obligaciones de pago del seguro existente o del programa económico. La información detallada incluirá lo siguiente:

1. Nombre completo, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro médico actual, ciudadanía, información de residencia y los recursos económicos aplicables al paciente que se podrían usar para pagar su factura.
2. Nombre completo del garante del paciente, su dirección, teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro médico actual y sus recursos económicos aplicables al paciente que se podrían usar para pagar su factura.
3. Otros recursos que se podrían usar para pagar su factura, incluidos otros programas de seguros, pólizas de seguro de propietario de vivienda o de vehículo motorizado si el tratamiento recibido se debió a un accidente, programas de compensación del trabajador y pólizas de seguro de estudiante, entre otras.

En última instancia es la obligación del paciente hacer un seguimiento y pagar a tiempo sus facturas del hospital impagas, incluyendo cualquier copago y deducibles existentes. Además, al paciente se le exige informar a su aseguradora médica actual (si está asegurado) o a la agencia de gobierno que determinó el estado de elegibilidad del paciente en un programa de gobierno (si participa) sobre cualquier cambio en el ingreso familiar o el estado de asegurado.

Los pacientes con bajos recursos (según se define en las reglamentaciones de Health Safety Net y está determinado por la Oficina de Medicaid de Massachusetts) tienen que informar al Programa estatal (p. ej., MassHealth o Health Safety Net) si el paciente ha estado involucrado en cualquier accidente o si sufrió cualquier pérdida que resultó o podría resultar en un reclamo o demanda de seguro. Un paciente además debe presentar cualquier reclamo de compensación. Se exige que los pacientes notifiquen a la oficina de Health Safety Net o de MassHealth por escrito en un plazo de 10 días de haber presentado cualquier reclamo, acción civil u otro proceso. Además, un paciente debe ceder el derecho a cualquier pago de un tercero que cubrirá los costos de los servicios pagados por MassHealth o Health Safety Net a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts. Un paciente debe proporcionar información sobre reclamos y procesos a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y cooperar con la agencia para obtener el pago de terceros o pagar dichos programas de cualquier pago de terceros recibido. Si un Paciente de bajos recursos se ve involucrado en un accidente u otro incidente después de pasar a ser elegible para Health Safety Net, el repago se limitará a los servicios de Health Safety Net proporcionados como resultado del accidente o incidente.

#### **B. Obligaciones del hospital:**

Los Hospitales BH harán todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar la información de seguro del paciente y de otro tipo para verificar la cobertura para los servicios de atención médica proporcionados por los Hospitales BH. Estos esfuerzos se pueden realizar cuando el paciente está programando sus servicios, durante el registro previo, mientras el paciente esté internado en el hospital, en el momento del alta, o durante el proceso de cobranza que podría tener lugar en un tiempo razonable después del alta de los Hospitales BH. Esta información se obtendrá antes de que se proporcionen Servicios

que no sean de emergencia ni de atención urgente (de elección). Los Hospitales BH retrasarán cualquier intento por obtener esta información durante la entrega de cualquier servicio de emergencia o de atención urgente, si el proceso para obtener esta información retrasaría o interferiría ya sea con el examen de evaluación médica o los servicios emprendidos para estabilizar una afección médica de emergencia. Si el paciente o garante/tutor no pueden proporcionar la información necesaria, y el paciente da su consentimiento, los Hospitales BH harán esfuerzos razonables para contactar a familiares, amigos, garante/tutor, y al tercero para obtener información adicional.

Se le facturará a cualquier seguro médico aplicable de acuerdo con las leyes y obligaciones contractuales que se apliquen. Los reclamos denegados serán apelados cuando corresponda, y la ley y la aseguradora aplicable así lo permitan.

Los Hospitales BH mantienen toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad que se apliquen.

## **VII. PROCESO DE COBRANZA**

### **A. General:**

Los Hospitales BH utilizan los mismos esfuerzos razonables y siguen los mismos procesos razonables para cobrar los montos adeudados por los servicios proporcionados a todos los pacientes, incluyendo a pacientes con seguro, con seguro insuficiente o sin seguro. (No obstante, no se procurará cobrar a aquellos pacientes que se encuentran dentro de las poblaciones exentas de medidas de cobranza de acuerdo con la ley).

Los Hospitales BH identificarán cualquier saldo adeudado de un paciente actual que se relacione con servicios proporcionados al paciente y no cubiertos por una aseguradora privada, un programa de gobierno u otro Programa de ayuda económica (inclusive el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital).

De acuerdo con los procedimientos descritos anteriormente en conexión con las ECA, los Hospitales BH emprenderán un proceso de cobranza continuo a partir de la fecha de servicio hasta que el saldo del paciente se pague en su totalidad, o hasta que se llegue a una determinación de incobrable, una determinación de elegibilidad para ayuda económica o una demostración de que el paciente está exento de medidas de cobranza (p. ej., el paciente proporciona comprobante de participación en determinados Programas estatales). Los procesos de cobranza podrían incluir el uso de depósitos, la implementación de planes de pago o acuerdos voluntarios. El proceso de cobranza puede incluir el uso de agencias de cobranza externas. El proceso de cobranza se documenta en los archivos del paciente del hospital y sus asociados comerciales.

Los Hospitales BH también harán esfuerzos razonables y diligentes para investigar si un recurso externo podría ser responsable de los servicios proporcionados por el hospital, inclusive entre otros: (1) una póliza de responsabilidad de vehículo motorizado o propietario de vivienda, (2) pólizas de protección por lesiones personales o accidente general, (3) programas de compensación del trabajador, o (4) pólizas de seguro de estudiante. De acuerdo con las reglamentaciones estatales aplicables o el contrato de seguro, cualquier reclamo en el que los esfuerzos razonables y diligentes de los Hospitales BH den como resultado una recuperación sobre el reclamo de atención médica facturado a una aseguradora privada o programa público, los Hospitales BH informarán la recuperación y la compensarán contra el reclamo pagado por la aseguradora privada o el programa público. Si los Hospitales tienen conocimiento previo y son legalmente aptos, intentarán asegurar la cesión del derecho de un paciente a una cobertura de tercero sobre servicios proporcionados debido a un accidente.

Los Hospitales BH seguirán cumpliendo con todos los requisitos de facturación pertinentes, inclusive las reglamentaciones del Departamento de Salud Pública (105 C.M.R. §130.332) y las reglamentaciones de Health Safety Net (101 C.M.R. §613.03(1)(d) y 101 C.M.R. §614.06), que podrían limitar el pago por servicios o readmisiones/seguimiento para diagnosticar y tratar afecciones que eran prevenibles por el Hospital BH o que provocaron un Evento grave reportable (*Serious Reportable Event*, “SRE”).

Los Hospitales BH tampoco procuran el pago de un Paciente de bajos recursos para servicios relacionados con SRE o afecciones prevenibles. Estos límites no se aplican a los SRE ni a otros eventos que no ocurren en un Hospital BH. Los Hospitales BH tampoco procuran pago de un Paciente de bajos recursos determinado elegible por el programa Health Safety Net cuyos reclamos fueron negados inicialmente por un programa de seguros debido a un error administrativo de facturación del hospital. Los Hospitales BH además mantienen toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad, seguridad y robo de identidad que se apliquen.

## **B. Avisos de cobranza:**

### **1. Aviso inicial (Prueba 1)**

- (a) Los pacientes sin cobertura de terceros normalmente recibirán una factura por los servicios en un plazo de un mes del alta como paciente hospitalizado o tratamiento como paciente ambulatorio (excluyendo las consultas recurrentes). La factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de un Programa de ayuda económica que podría cubrir los costos de la factura del hospital.

Si existe cobertura de un tercero, se informará a los pacientes el saldo deudor después del pago o la denegación del pago del tercero.

Se espera el pago de cualquier monto que se sepa que no está cubierto (por el seguro).

- (b) Las consultas recurrentes de pacientes sin cobertura de terceros normalmente recibirán una factura por los servicios indicados para el mes anterior en un plazo de un mes.

A los pacientes de consultas recurrentes con cobertura de un tercero se les informará el saldo adeudado después del pago o la denegación del pago del tercero.

Se espera el pago de cualquier monto que se sepa que no está cubierto (por el seguro).

## **2. Avisos posteriores (Prueba 2)**

- (a) Los saldos pequeños menores a \$5.00 se cancelarán como “Deuda incobrable de saldo pequeño”. Estos montos no son elegibles para presentar en Health Safety Net. Se envían dos estados de cuenta al paciente antes de cancelarlos.
- (b) Para saldos de \$5.00 a \$49.99, los pacientes recibirán un mínimo de 4 (cuatro) avisos y el proceso de cobranza se extenderá a un mínimo de 120 días (con excepción de retornos de correo que podrían ser menores a 120 días) a partir del alta.
- (c) Para saldos de \$50.00 o más la cuenta podrá referirse a agencias de cobranza externas después de un mínimo de 4 (cuatro) avisos y 120 días.
- (d) Este proceso podría complementarse con otros métodos de notificación que constituyen un esfuerzo genuino de contactar a la parte responsable por la obligación, inclusive, por ejemplo, llamadas telefónicas, cartas de cobranza, avisos de contacto personal y notificaciones de computadora.

Los Hospitales BH podrían contactar a los pacientes usando un sistema de teléfono automatizado no asistido para determinadas cuentas. Se agregó el consentimiento de la Ley de Protección al Usuario de Servicios Telefónicos (TCPA, por su sigla en inglés) al Formulario de acuerdo económico firmado por todos los nuevos pacientes de los hospitales. Al firmar el formulario de consentimiento el paciente da su autorización para que el hospital se comuniquen a través de sus teléfonos celulares con respecto a los saldos del paciente.

- (e) Enviar un aviso final por correo certificado para los pacientes sin seguro (aquellos que no están inscritos en un programa público como Health Safety Net o MassHealth) que incurren en un saldo incobrable de emergencia de \$1,000 y más solo en Servicios de emergencia, donde los avisos no han sido devueltos como “dirección incorrecta” o “no se pudo entregar”.
- (f) Para estados de cuenta que son devueltos como que no se pueden entregar, se harán esfuerzos razonables para determinar una dirección postal precisa usando herramientas y recursos internos y externos. Estos esfuerzos se documentarán en cada cuenta del paciente. Las normas detalladas están disponibles dentro de las Normas de contabilidad del paciente #PA-5, Procesamiento de correo devuelto.
- (g) Revisar el Sistema de verificación de elegibilidad (EVS, por su sigla en inglés) para asegurar que el paciente no es un Paciente de bajos recursos según lo determina la Oficina de Medicaid y no ha presentado una solicitud al Sistema de verificación de

elegibilidad de MassHealth para cobertura de los servicios por un Programa estatal, antes de presentar reclamos a Health Safety Net para cobertura de deuda incobrable de emergencia de un servicio de nivel de emergencia o atención urgente.

### **C. Documentación de esfuerzos de cobranza**

Los Hospitales BH mantendrán registros financieros de los pacientes según lo exigen las leyes pertinentes de acuerdo con las normas de los Hospitales BH. Estos registros incluirán reclamos para servicios elegibles para Pacientes de bajos recursos, servicios de deuda incobrable de emergencia y servicios por Dificultades médicas.

La documentación respaldará la facturación continua o las medidas de cobranza tomadas en forma regular y frecuente donde cualquier brecha en las medidas de cobranza no debe superar los 120 días. El archivo del paciente incluirá toda la documentación de los esfuerzos de cobranza del hospital inclusive las facturas, códigos y plantillas de cartas, informes de contacto telefónico y en persona, y cualquier otro esfuerzo realizado. Dicha documentación se mantiene hasta la revisión de auditoría realizada por una agencia federal o estatal del informe del costo anual fiscal en el cual la factura o cuenta se reporta o más si así lo exige la ley o las normas internas.

### **D. Poblaciones exentas de actividades de cobranza**

1. Los pacientes que están inscritos en un programa de seguro médico público incluyendo entre otros, MassHealth, el programa de Ayuda de emergencia para adultos mayores, personas discapacitadas y niños (*Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children*), Plan de seguridad médica para niños (*Children's Medical Security Plan*) (si el ingreso bruto ajustado modificado es igual o menor a 300 %), el programa de Inicio saludable (Healthy Start), y los Pacientes de bajos recursos (excepto por los pacientes de bajos recursos de HSN solo Dental) según determinación de Medicaid están exentos de facturación y medidas de cobranza de parte de los Hospitales BH de acuerdo con las reglamentaciones del estado y sujeto a las siguientes excepciones:
  - (a) Los Hospitales BH pueden (sujeto a los términos y condiciones de estas normas) procurar medidas de cobranza contra cualquier paciente inscrito en los programas antes mencionados para los copagos y deducibles requeridos que establece cada programa específico.
  - (b) Los Hospitales BH pueden (sujeto a los términos y condiciones de estas normas) iniciar la facturación o cobranza para un paciente que alegue que participa en un Programa estatal que cubre los costos de los servicios, pero no proporciona comprobante de dicha participación. Al recibir pruebas satisfactorias de que un paciente está participando en un Programa estatal (incluyendo recibo o verificación de la solicitud firmada), los Hospitales BH suspenderán sus actividades de facturación o cobranza.
  - (c) Los Hospitales BH pueden (sujetos a cualquier término y condición de estas normas) continuar con medidas de cobranza a cualquier Paciente de bajos

recursos para servicios proporcionados antes de la determinación de Paciente de bajos recursos, siempre que el actual estado de Paciente de bajos recursos se haya terminado o vencido y no esté identificado de otro modo en el Sistema de verificación de elegibilidad de MassHealth o el Sistema de verificación de elegibilidad. No obstante, una vez que el paciente sea determinado elegible y se inscriba en Health Safety Net, MassHealth o determinados programas ConnectorCare de MassHealth, los Hospitales BH suspenderán las actividades de cobranza por servicios proporcionados antes de comenzar su elegibilidad.

- (d) Los Hospitales BH podrían (sujetos a los términos y condiciones pertinentes de estas normas) procurar medidas de cobranza contra cualquiera de los pacientes que participan en los programas enumerados anteriormente para servicios no cubiertos por los que el paciente aceptó hacerse responsable, siempre que los Hospitales BH hayan obtenido el consentimiento previo por escrito del paciente de que se le facturara por el servicio. No obstante, los Hospitales BH no procurarán medidas de cobranza para servicios no cubiertos debido a un error administrativo o de facturación del Hospital BH o debido a un error médico.
  - (e) Los Hospitales BH no tomarán medidas de cobranza contra un individuo que haya sido aprobado para Dificultades médicas bajo el programa Health Safety Net con respecto al monto de la factura que supere la contribución de Dificultades médicas. El hospital además suspenderá cualquier esfuerzo de cobranza posterior contra un reclamo de deuda incobrable de emergencia que se aprueba para Dificultades médicas bajo el programa Health Safety Net.
  - (f) Los Hospitales BH no tomarán determinadas medidas de cobranza contra un paciente que está presentando una solicitud de Dificultades médicas y que haya completado la solicitud y reunido toda la documentación requerida si el Hospital BH que ayuda al paciente no presenta la solicitud completada a la Oficina de Health Safety Net en un plazo de cinco días hábiles. Específicamente, el Hospital BH no iniciará una medida de cobranza contra el paciente con respecto a cualquier factura que pudiera haber calificado para un pago de Dificultades médicas si la solicitud se hubiera presentado y aprobado.
  - (g) Los Hospitales BH, a solicitud del paciente, podrían facturar a un Paciente de bajos recursos para permitir que el paciente cumpla con el deducible único requerido de CommonHealth.
2. Los Hospitales BH mantendrán cualquiera y toda la documentación que demuestre que el paciente cumplió con el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital.
  3. Los Hospitales BH y sus agentes no continuarán la cobranza o la facturación a un paciente que sea miembro de un proceso de quiebra excepto para asegurar sus derechos como acreedor en el orden adecuado.

## **E. Depósitos y planes de pago**

1. Se espera que los pacientes o sus partes responsables paguen su responsabilidad total por los servicios proporcionados en un plazo de 30 (treinta) días de recibida su primera factura o de acuerdo con un plan de pagos a plazos acordado mutuamente. Consultar las pruebas 4 y 5 para los avisos.
2. Los Hospitales BH, hasta donde lo permita la ley, pedirán depósitos de “pre-admisión” o “pre-tratamiento” iguales al 50 % de los cargos estimados (100 % para cirugía estética) para los servicios a ser proporcionados si los servicios: (1) no están cubiertos por un seguro; (2) son servicios no emergentes ni urgentes (de elección) (es decir, servicios medicamente necesarios que no son servicios de emergencia ni de atención urgente); y (3) se le proporcionan a un paciente que no es un Paciente de bajos recursos. Los Hospitales BH pueden pedir depósitos de “pre-admisión” o “pre-tratamiento” para otros servicios hasta donde la ley lo permita.
3. Los Hospitales BH pueden pedir un depósito a personas que se determinen como Pacientes de bajos recursos. Dichos depósitos se limitarán a un 20 % del monto del deducible hasta un máximo de \$500. Se ofrecerán planes de pagos a plazos para los saldos restantes para los que se permitan medidas de cobranza.
4. Los Hospitales BH pueden solicitar un depósito de pacientes elegibles para Dificultades médicas.

Los depósitos se limitarán a un 20 % de la contribución de Dificultades médicas hasta un máximo de \$1000.

Se ofrecerán planes de pagos a plazos para los saldos restantes para los que se permitan medidas de cobranza.

5. Los Hospitales BH ofrecerán, como mínimo, los siguientes planes a plazos, pero según las circunstancias podrían permitir un repago a lo largo de un período mayor.
  - (a) A un paciente con un saldo de \$1000 o menos, después de un depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pagos sin intereses de hasta un año con un pago mensual recomendado de no menos de \$25.
  - (b) A un paciente con un saldo de más de \$1000, después de un depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pagos sin intereses de hasta 2 años.
  - (c) El Vicepresidente o el Director podrían aprobar determinadas excepciones debido a situaciones de privación. Los planes de pagos no superarán los 5 años.
6. Los Hospitales BH, para todos los centros, aplican los mismos requisitos de pago de deducibles parciales de Health Safety Net para servicios ambulatorios (es decir, el monto total de los servicios hasta el máximo del deducible).



## **F. Acuerdos voluntarios**

Sin perjuicio de nada que lo contravenga en estas normas, los Hospitales BH pueden elegir voluntariamente, a su entera discreción en cualquier momento durante el proceso de facturación, interrumpir las medidas de cobranza o facturación y liquidar la cuenta adeudada de un paciente que no pueda pagar una factura, pero que de otro modo estaría obligado a pagar a los Hospitales BH (es decir, debido a que dicha factura no califica para la reducción según las FAP).

## **G. Agencias de cobranza externas**

Los Hospitales BH contratan a una agencia de cobranza externa para ayudar en la cobranza de ciertas cuentas, incluyendo montos por los que el paciente es responsable no resueltos después de la emisión de las facturas del hospital o las notificaciones finales. Sin embargo, los Hospitales BH pueden calificar dicha deuda como deuda incobrable o cuidado de caridad (considerado de otra forma como incobrable) antes de transcurridos 120 días si los Hospitales BH pueden determinar que el paciente no pudo pagar bajo el Programa de ayuda económica suplementaria del Hospital.

Los Hospitales BH celebran contratos con agencias de cobranza externas y exigen que dichas agencias cumplan con las Normas de facturación y cobranza de los Hospitales BH para aquellas deudas que las agencias están procurando.

De acuerdo con las normas de los Hospitales BH, no se procurará ningún derecho de retención sobre la propiedad sin la previa aprobación de la Junta Directiva de BH (y sujeto a los demás términos y condiciones de estas normas). Todas las agencias de cobranza externas contratadas por los Hospitales BH proporcionarán al paciente una oportunidad de presentar una queja y le enviarán al hospital los resultados de dichas quejas del paciente. Los Hospitales BH requieren que cualquier agencia de cobranza externa que se utilice esté autorizada por el estado de Massachusetts y que la agencia de cobranza cumpla con las Reglamentaciones de cobranza de deudas del Fiscal general de Massachusetts en 940 C.M.R. 7.00.

## **VIII. NORMAS RELACIONADAS**

Las normas describen las Normas de facturación y cobranza. Para más información, consulte las siguientes normas de BH relacionadas:

- Normas de ayuda económica de BH
- Normas EMTALA de Baystate

Aprobada por la Junta Directiva de BH: 13 de septiembre de 2016 Original

Entrada en vigencia: 13 de septiembre de 2016  
Revisado sin cambios el 1 de octubre de 2019\*

## **IX. PRUEBAS**

1. Carta y estados de cuenta de cobranzas
2. Aviso final
3. Pagos a plazos
4. Aviso final - Plan de pago