

**BAYSTATE MEDICAL CENTER  
BAYSTATE FRANKLIN MEDICAL CENTER  
BAYSTATE WING HOSPITAL  
BAYSTATE NOBLE HOSPITAL**

**POLÍTICAS DE FACTURACIÓN Y COBROS DE LOS HOSPITALES DE BH**  
*(BH HOSPITALS BILLING AND COLLECTION POLICY – SPANISH)*

**ÍNDICE**

I.	COMPROMISO DEL PACIENTE.....	2
II.	RESUMEN DE POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO.....	3
III.	CÓDIGO DE CONDUCTA.....	3
IV.	MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE COBRO .....	5
	A. General .....	5
	B. Notificación .....	6
	C. Solicitudes FAP Incompletas.....	7
	D. Solicitudes FAP Completas.....	8
V.	DESCUENTOS POR PAGO INMEDIATO.....	9
	A. General .....	9
	B. Departamento de emergencias .....	9
VI.	OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL PACIENTE Y RECURSOS ECONÓMICOS.....	9
	A. Obligaciones del paciente:.....	9
	B. Obligaciones del hospital: .....	10
VII.	PROCESO DE COBRO .....	11
	A. General .....	11
	B. Avisos de cobro .....	12
	1. Aviso inicial (Anexo 1).....	12
	2. Avisos subsiguientes .....	13
	C. Documentación de esfuerzos de cobro .....	14
	D. Poblaciones exentas de medidas de cobro.....	14
	E. Depósitos y planes de pago.....	16
	F. Acuerdos discrecionales.....	17
	G. Agencias externas de cobro.....	17
VIII.	POLÍTICAS RELACIONADAS .....	18
IX.	ANEXOS.....	20

## I. COMPROMISO DEL PACIENTE

Baystate Health, Inc. (“BH”) se compromete a asegurar que los pacientes en su comunidad tengan acceso a servicios médicos y que dichos pacientes sean tratados con imparcialidad y respeto toda vez que traten con los Hospitales de BH, como se define a continuación, y con otros profesionales de la salud.

BH reconoce que el costo de los servicios médicos necesarios puede significar una carga económica importante sobre los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro deficiente y BH ha optado por actuar de manera afirmativa para reducir la carga de los pacientes.

BH reconoce que el proceso de facturación y cobros en sí mismo puede ser apabullante y engorroso para los pacientes y BH ha implementado procedimientos para que los pacientes entiendan el proceso; para informarle a los pacientes sobre descuentos y opciones de ayuda económica y para asegurarse de que los pacientes no estén sujetos a procedimientos agresivos de cobro.

De acuerdo con el compromiso del paciente, BH requiere que cada Hospital de BH, como se define más adelante, mantenga políticas de facturación y cobros que reflejen sus propios procedimientos de facturación y cobros y que cumplan con las leyes y reglamentos estatales y federales procedentes.

Esta política de ayuda económica (la “política”) procede para con Baystate Medical Center (o BMC), Baystate Franklin Medical Center (o BFMC), Baystate Wing Hospital (o BWH) y Baystate Noble Hospital (o BNH) (“Los Hospitales de BH” y cada uno un “hospital”). Los servicios proporcionados por las filiales de BH que no sean los Hospitales de BH, no están cubiertos por esta política. Instamos a los pacientes a hablar con otras filiales de BH sobre sus prácticas específicas de facturación y cobros, incluyendo descuentos y opciones de ayuda económica.

Las Políticas describen los procesos de facturación, pago y cobro procedentes para con los servicios proporcionados por los Hospitales BH a los pacientes. La política solamente trata aquellos programas y procesos procedentes para con los pacientes o los garantes de los pacientes (persona que paga legalmente la cuenta) y no terceros a cargo del pago.

La política junto con la Política de Ayuda Económica de los Hospitales de BH (como se modifica de vez en cuando, las “Políticas de Ayuda Económica” o “FAP”) cumplen con los criterios procedentes según (1) la Regla 101 del Código de Reglamentos de Massachussets (C.M.R.) sobre los Servicios Elegibles de Health Safety Net. 613.00, (2) los Requisitos para casos de Deudas Incobrables de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Sección 42 del Código de Reglamentos Federales, Artículo 413.89), (3) el Manual de Reembolso al Proveedor de Medicare (Parte 1, Capítulo 3) y (4) el artículo 501(r) del Código del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service) de 1986, como se ha modificado (el “Código”), como procede para con el Programa de Ayuda Económica Complementario del Hospital, tal como se describe más adelante en la presente. *Los términos en letra mayúscula que no están definidos en la política, se utilizan de acuerdo a su definición en FAP.*

## **II. RESUMEN DE POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO**

Esta política reconoce que los recursos económicos de los Hospitales de BH son limitados; y que los mismos tienen una responsabilidad fiduciaria de facturar y cobrar adecuadamente por los servicios de los pacientes.

Los Hospitales de BH por lo general esperan que los pacientes o sus terceros a cargo del pago paguen por completo los servicios proporcionados. Los Hospitales de BH le facturarán a terceros a cargo del pago según los requisitos de la ley procedente, los contratos con terceros a cargo del pago (si los hubiere) o las directrices procedentes de facturación. Los pacientes también son responsables por los cargos que un tercero a cargo del pago no pague dentro de un plazo razonable o por cualquier saldo existente luego del pago del tercero. A los pacientes que procuran servicios (que no sean servicios de emergencia) es posible que se les pida que paguen por anticipado parte o la totalidad de los cargos por servicios que no van a estar cubiertos por terceros a cargo del pago, incluyendo co-pagos y deducibles relacionados con servicios cubiertos. Se envían regularmente avisos de las cantidades que los pacientes deben. El incumplimiento de pago o el no hacer arreglos satisfactorios de pago por parte del paciente hará que la cuenta se considere morosa. A menos que se determine de otro modo, los Hospitales de BH, a su criterio solamente, tomarán las medidas necesarias para cobrar cuentas morosas, incluyendo derivación a agencias de cobros y/o abogados, sujeto a las limitaciones indicadas en estas políticas.

Los pacientes de los Hospitales BH con obligaciones que corren por su cuenta, pueden tener la oportunidad de reducir el costo de sus servicios médicos por medio de la participación en programas estatales generales (los Programas Estatales y Health Safety Net), como también la ayuda económica disponible de los Hospitales de BH según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital, a base de sus circunstancias económicas (cada uno como se describe además en la Política de Ayuda Económica) y los descuentos de BH disponibles a todos los pacientes a base de su pago inmediato (como se describe en más detalle en esta política). Puede encontrar una copia de FAP en el sitio web de BH: (<https://www.baystatehealth.org/patients/billing-and-financial-assistance>) y al ser solicitado y sin costo alguno puede recibir una copia por correo u obtenerla en lugares públicos de cada hospital, incluyendo los departamentos de emergencias y las áreas de ingreso.

Todo el personal de los Hospitales de BH debe cumplir con esta política. El Departamento de Contaduría del Paciente es responsable de la implementación y de asegurar el cumplimiento constante; las preguntas sobre la política deben hacérselas al departamento, llamando al (413) 794-9999.

## **III. CÓDIGO DE CONDUCTA**

Se requiere que los Hospitales de BH se adhieran a un código de conducta específico con respecto a actividades de facturación y cobro del paciente. Estas directrices confirman el compromiso de los Hospitales de BH y sus proveedores de tratar a los pacientes con imparcialidad y respeto. Se espera que todo agente, contratista o subcontratista, incluyendo agencias de cobro, contratadas con los Hospitales de BH o los proveedores para ayudar en el cobro, se adhieran a las mismas directrices, y los Hospitales de BH aseguran que todos los

agentes, contratistas y subcontratistas están enterados y aceptan regirse por estas directrices. Las directrices son las siguientes:

Hospitales de BH y sus proveedores:

- Mantener un estándar alto de imparcialidad, honestidad y cortesía al realizar actividades y evitar toda actividad que pueda acarrear deshonra para BH;
- Informarle a los pacientes de las opciones disponibles de pago o de la liquidación de cargos pendientes;
- Aplicar prácticas de facturación y cobro en forma uniforme a todos los pacientes;
- Mostrar comprensión y debida consideración por los problemas económicos de los pacientes y ayudar a los mismos con las obligaciones de pago según el mérito de cada caso en particular;
- Hacer todo esfuerzo posible por negociar arreglos razonables con pacientes que soliciten liquidar deudas pendientes por medio de pagos parciales;
- Cumplir con toda ley estatal y federal que rija el cobro de deudas incluyendo entre otras, la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro y los Reglamentos de Cobro de Deudas de Massachusetts; y
- Asegurar que la confidencialidad de la información del paciente esté protegida adecuadamente y que los agentes y contratistas de los Hospitales de BH se adhieran a las obligaciones contractuales acerca de la confidencialidad (incluyendo todo contrato celebrado según la ley federal sobre la privacidad conocida como HIPAA).

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

- Discriminar a base de raza, color, nación de origen, ciudadanía, ciudadanía extranjera, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad sexual, edad, o discapacidad en sus políticas, en la aplicación de sus políticas, incluyendo la adquisición y verificación de información económica, depósitos previo al ingreso o al tratamiento, planes de pago, ingresos diferidos o rechazados, determinaciones de situación de elegibilidad, situación de Paciente de Bajos Recursos (como lo determina la Oficina de Medicaid de Massachusetts) o en sus prácticas de facturación y cobro;
- Procurar obtener pago de pacientes exentos por ley de medidas de cobro;
- Agregar interés a cuentas de Hospitales de BH (incluyendo para Pacientes de Bajos Recursos);
- Procurar embargar los salarios de un paciente o el garante del paciente; o
- Reportar toda deuda de un paciente a una oficina de informes de crédito para los pacientes del Hospital de BH.

Un Hospital de BH puede determinar darle curso a una o más de las siguientes medidas de cobro con respecto a cualquier porción de una obligación impaga hacia el hospital por parte de un paciente que no reúne los requisitos para la ayuda según FAP:

- Iniciar acción legal (que no sea embargo de cuentas bancarias) en contra de un paciente o el garante de un paciente en relación a una deuda impaga, *siempre que el hospital haya recibido la aprobación del Vice Presidente Senior de Finanzas de BH o la persona que él/ella designe;*
- Embargar cualquier bien inmueble que tenga un paciente (incluyendo la residencia personal del paciente), *siempre que el hospital haya recibido la aprobación de su Junta Directiva, que debe considerar factores tales como el valor de mercado del bien inmueble, los ingresos del paciente, y los activos del paciente;*
- Procurar ejecución legal en contra de la residencia personal o vehículo de un paciente o el garante del paciente, siempre que el hospital haya recibido la aprobación de la Junta Directiva de BH (cuyas aprobaciones se realizarán de manera individual); y/o
- Rematar cualquier propiedad del paciente (o de otro modo procurar una ejecución legal en contra de un bien inmueble del paciente), *siempre que el hospital haya recibido la aprobación de la Junta Directiva de BH.*

Todo vendedor que trabaje a nombre de BH debe notificar y recibir aprobación de BH antes de tomar cualquiera de las medidas previas de cobro (además de que el Hospital pertinente de BH obtenga las aprobaciones necesarias descritas en el párrafo previo).

Para que esté claro, un Hospital de BH no tomará ninguna de las medidas de cobro previas (ni amenazará con tomarlas) (i) con respecto a toda porción de una obligación del paciente hacia el hospital elegible para ayuda según FAP o (ii) si el hospital no ha recibido todas las aprobaciones requeridas.

#### **IV. MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE COBRO**

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

Si un Hospital de BH determina que va a tomar una medida de cobro descrita en la Sección III (Código de Conducta) previa, con respecto a una cuenta por atención cubierta según FAP del hospital, dichas medidas por lo general constituyen una medida extraordinaria de cobro ("ECA") a los fines del Artículo 501(r) del Código. **Los procedimientos descritos en esta Sección IV (Medidas Extraordinarias de Cobro) procederán si (y solo si) un Hospital de BH decide darle curso a una ECA.**

Los Hospitales de BH no iniciarán ninguna ECA en contra de un paciente o garante sin hacer todo lo posible por determinar la elegibilidad del paciente según el Programa de Ayuda Económica Complementaria. Un Hospital de BH hará todo lo posible para determinar la elegibilidad de un paciente según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital siguiendo los pasos siguientes:

- Notificarle al paciente sobre la disponibilidad de ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital antes de iniciar cualquier ECA (vea la sección IV.B más adelante);
- A cualquier paciente que presente una solicitud incompleta para el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital durante el Periodo de Solicitud, como se define más adelante, notificarle a dicho paciente cómo llenar la solicitud y darle una oportunidad razonable para hacerlo (ver Sección IV.C más adelante); y
- Para todo paciente que presente una solicitud FAP completa, como se define más adelante, durante el Periodo de Solicitud, determinar si la persona reúne los requisitos para la ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital (Vea la Sección IV.D más adelante).

Las ECAs no pueden comenzar hasta por lo menos 120 días después del primer estado de cuenta posterior al alta. Si un Hospital de BH junta las cuentas pendientes de una persona correspondientes a varias instancias de atención médica antes de iniciar una ECA o más para obtener el pago de dichas cuentas, se abstendrá de iniciar cualquier ECA hasta 120 días después de haber proporcionado el primer estado de cuenta posterior al alta para la instancia más reciente de atención médica incluida en el total.

Antes de diferir, denegar o requerir un pago y antes de prestar la atención médica necesaria a una persona con una cuenta pendiente o más por atención médica que se proporcionó previamente, los Hospitales de BH enviarán a la persona a la asesoría económica para pacientes del hospital a fin de revisar la elegibilidad según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital. Si un paciente solicita ayuda, los Hospitales de BH le ayudarán al paciente a solicitar las opciones adecuadas de cobertura disponibles por medio de los Programas Estatales o Health Safety Net, o por medio del Programa de Ayuda Económica Complementaria. Remítase a FAP para obtener más detalles.

Cuando el paciente no ha intentado llenar la solicitud requerida, un Hospital de BH puede iniciar una ECA para obtener el pago por la atención médica una vez que le ha notificado a la persona sobre FAP (incluyendo el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital) como se describe en la Sección IV.B, más adelante, y que hayan pasado por lo menos 120 días del primer estado de cuenta posterior al alta.

El Departamento de Contaduría del Paciente es en última instancia el responsable de determinar si un Hospital de BH ha hecho todo lo posible necesarios para determinar si un paciente reúne los requisitos para la ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital y consecuentemente determinar si se puede iniciar una ECA en contra de dicha persona.

## **B. Notificación:**

Antes de iniciar una ECA en contra de un paciente, un Hospital de BH debe tomar los siguientes pasos para notificarle al paciente sobre la disponibilidad de ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital:

- Notificarle al Paciente por escrito sobre la existencia de ayuda económica para personas que reúnen los requisitos de acuerdo con FAP (incluyendo según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital), identificar las ECAs que el Hospital de BH intenta iniciar para obtener el pago por la atención médica, e indicar una fecha límite para la cual pueda iniciarse dicha ECA, es decir no antes de transcurridos 30 días luego de haber dado el aviso por escrito;
- Proporcionarle al paciente un resumen de FAP en lenguaje simple; y
- Hacer todo lo posible por notificarle verbalmente al paciente sobre FAP (incluyendo el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital) y la manera de obtener ayuda con el proceso de solicitud.

Las notificaciones por escrito de un Hospital de BH acerca del Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital y la elegibilidad del paciente para solicitar ayuda económica incluirán una fecha límite luego de la cual el Hospital de BH ya no aceptará ni procesará una solicitud FAP procurando ayuda según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital que presente la persona por la atención médica proporcionada previamente. La fecha límite no será antes de los 30 días posteriores a la fecha en que se proporcione el aviso por escrito especificado previamente, o antes de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta luego del alta y correspondiente a la atención médica dada previamente, lo que sea que ocurra más tarde (el "Periodo de Solicitud").

### **C. Solicitudes FAP Incompletas:**

Para procurar ayuda según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital, un paciente debe solicitar ayuda primero por medio del Programa Estatal o Health Safety Net, y la solicitud de dicho programa(s) por parte del paciente funcionará como la solicitud del Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital del paciente (mencionada en la presente como "solicitud FAP"). Los Hospitales de BH procuran evitar la necesidad de que el paciente que reúna los requisitos por medio de un Programa Estatal o Health Safety Net tenga que llenar múltiples solicitudes FAP. Como parte de este proceso, el Estado ha entrenado a Asesores Certificados de Solicitudes en los Hospitales de BH para ayudar a los pacientes con el proceso de solicitud para Programas Estatales y Health Safety Net. Si un paciente elige no llenar su solicitud FAP ante el Estado, esto causará una solicitud FAL incompleta según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital.

En caso de que el paciente presente una solicitud FAP incompleta durante el Periodo de Solicitud, un Hospital de BH hará lo siguiente:

- Suspenderá cualquier ECA para la obtención de pago por la atención médica; y
- Le proporcionará a la persona un aviso por escrito que describe la información adicional y/o documentación requerida según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital que debe presentarse para llenar la solicitud FAP y que incorpora la información de contacto, incluyendo un número de teléfono y ubicación física, de la oficina o el departamento del Hospital de BH que pueda proporcionar

información sobre FAP (incluyendo el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital) y que pueda brindar ayuda en el proceso de solicitud.

Si un paciente posteriormente llena la solicitud FAP durante el Periodo de Solicitud (o, si más adelante, dentro de un periodo razonable de tiempo dado para responder a las solicitudes de información adicional), se considerará que el paciente ha presentado una solicitud FAP completa durante el Periodo de Solicitud, y se aplicarán los procedimientos especificados en la Sección IV.D, más adelante, para tratar solicitudes FAP completas.

#### **D. Solicitudes FAP Completas:**

En caso de que el paciente presente una solicitud FAP completa durante el Periodo de Solicitud, un Hospital de BH hará lo siguiente:

- Suspenderá cualquier ECA para la obtención de pago por la atención médica;
- Determinará si la persona reúne los requisitos para la ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital y le notificará a la persona por escrito de la determinación de elegibilidad, incluyendo la ayuda para la cual la persona reúne los requisitos, y las bases para esta determinación; y
- Si el Hospital de BH determina que un paciente reúne los requisitos para la ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital, hará lo siguiente:
  - Si se determina que el paciente reúne los requisitos para obtener ayuda que no sea ayuda gratuita, proporcionarle un estado de cuenta al paciente que indique la cantidad que debe la persona por la atención médica como persona elegible según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital, y cómo se determinó la cantidad, e indicar o describir la manera en que el paciente puede obtener información acerca del AGB del Hospital de BH por la atención proporcionada;
  - Reembolsarle al paciente toda cantidad que la persona haya pagado por la atención médica (ya sea al Hospital de BH o a cualquier otra parte a quién el Hospital de BH haya referido la cuenta del paciente) que exceda la cantidad que se determine ser la responsabilidad personal del paciente como persona que reúne los requisitos según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital, a menos que dicha cantidad en exceso sea menos de \$5 (o cualquier otra cantidad publicada en el Boletín del Servicio de Rentas Internas); y
  - Tomar todas las medidas razonables y disponibles para revertir cualquier ECA tomada en contra del paciente para obtener el pago por la atención médica.

#### **V. DESCUENTOS POR PAGO INMEDIATO**

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



Todos los pacientes con saldos en la cuenta (que no sean saldos que resulten de copagos o deducibles sobre servicios cubiertos por el seguro) reúnen los requisitos para recibir un descuento por pago inmediato del 20% del saldo por reclamos pagados en su totalidad al momento del servicio o dentro de los 60 días de la fecha de la cuenta inicial. Los pacientes deben solicitar el descuento. El descuento no puede estar combinado con el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital descrito en FAP.

**B. Departamento de Emergencias:**

Los Hospitales de BH ofrecen un programa de descuento de co-pago para pacientes que reciban servicios en los departamentos de emergencias de los hospitales. Este programa de descuento se encuentra disponible para todos los pacientes del departamento de emergencias del hospital con obligaciones de co-pago por un seguro de salud privado o del gobierno (a menos que esté prohibido por ley o por un contrato de un Hospital de BH con una empresa aseguradora privada o autoridad gubernamental). Dicho paciente puede reducir en un 10% el co-pago procedente por servicios del departamento de emergencias si el paciente opta por pagar el co-pago al terminar la visita al departamento de emergencia.

**VI. OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL PACIENTE Y RECURSOS ECONÓMICOS**

**A. Obligaciones del Paciente:**

Antes de brindar cualquier servicio de atención médica (excepto en casos que requieren Servicios de Emergencia o de Atención de Urgencia ), se espera que el paciente proporcione información precisa de manera oportuna sobre la situación de su seguro, información demográfica, cambios en los ingresos familiares o situación del seguro familiar e información sobre cualquier deducible o co-pago que se deban a base de su seguro actual u obligaciones de pago del programa económico. La información detallada incluirá lo siguiente:

1. Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si estuviera disponible), opciones actuales de cobertura de seguro de salud, ciudadanía, información de residencia y las fuentes económicas procedentes del paciente que pueden utilizarse para pagar su cuenta;
2. Nombre completo del garante del paciente, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si estuviera disponible), opciones actuales de cobertura de seguro de salud y las fuentes económicas procedentes del paciente que pueden utilizarse para pagar su cuenta; y
3. Otros recursos que pueden utilizarse para pagar su cuenta, incluyendo otros programas de seguro, pólizas de seguro de automóvil o de la casa si el tratamiento se debió a un accidente, programas de compensación laboral y pólizas de seguro de estudiante, entre otros.

En última instancia es la obligación del paciente estar al tanto de sus cuentas pendientes del hospital y de pagarlas a tiempo, incluyendo cualquier co-pago y deducible que tenga. Se requiere además que el paciente informe a su seguro de salud actual (si tiene seguro) o a la agencia de gobierno que determinó el estado de elegibilidad del paciente para un programa gubernamental (si está participando) sobre cualquier cambio en los ingresos familiares o el estado del seguro familiar.

Los Pacientes de Bajos Recursos (como se define en los reglamentos de Health Safety Net y la Oficina de Medicaid de Massachusetts) deben informar al Programa Estatal (*por ej.*, MassHealth o Health Safety Net ) si el paciente ha estado en algún accidente o sufrido alguna pérdida que tiene un reclamo de seguro o litigio civil o que pudiera resultar en el mismo. Un paciente también debe presentar todo reclamo de compensación. Se requiere que los pacientes le notifiquen a la Oficina de Health Safety Net o MassHealth por escrito dentro de los 10 días de presentar todo reclamo, demanda civil u otra diligencia. Se requiere además que un paciente asigne el derecho a cualquier pago de tercero que vaya cubrir los costos de los servicios pagados por MassHealth o Health Safety Net a la Oficina Ejecutivas de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts. Un paciente debe proporcionar información sobre reclamos o diligencias a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y cooperar con la agencia para obtener el pago de terceros o para pagarle a dichos programas del pago recibido de terceros. Si un Paciente de Bajos Recursos sufre un accidente u otro incidente luego de reunir los requisitos para Health Safety Net, el pago estará limitado a los servicios proporcionados por Health Safety Net como resultado del accidente o incidente.

## **B. Obligaciones del Hospital:**

Los Hospitales de BH harán con diligencia todo lo razonablemente posible para obtener el seguro del paciente y otra información para verificar cobertura por los servicios médicos que los Hospitales de BH vayan a proporcionar. Esto ocurrirá cuando el paciente programe sus servicios, durante el pre-ingreso, mientras el paciente es ingresado al hospital, al darle de alta o durante el proceso de cobro que puede ocurrir por un tiempo razonable seguido del alta de los Hospitales de BH. Esta información se obtendrá con anterioridad a la prestación de todo Servicio que no sea de Emergencia, ni de Urgencia (Programados). Los Hospitales de BH retrasarán cualquier intento de obtención de información durante el Servicio de Emergencia o de Atención de Urgencia, si el proceso para obtener dicha información retrasaría o interferiría ya sea con el examen de detección médica o los servicios empleados para estabilizar una condición médica de emergencia. Si el paciente o garante/tutor no puede proporcionar la información que se necesita, y el paciente está de acuerdo, los Hospitales de BH harán todo lo posible por comunicarse con parientes, amigos, garante/tutor, y el tercero para obtener información adicional

A todo seguro médico procedente se le facturará de acuerdo con las leyes y obligaciones contractuales procedentes. Los reclamos denegados se apelaran cuando sea adecuado y permitido por la ley y por la empresa aseguradora procedente.

Los Hospitales de BH mantienen toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales procedentes sobre privacidad y seguridad.

## **VII. PROCESO DE COBRO**

### **A. General**

Los Hospitales de BH realizan los mismos esfuerzos y siguen el mismo proceso razonable para cobrar cantidades debidas por servicios proporcionados a todos los pacientes, incluyendo pacientes con seguro, sin seguro o con seguro deficiente. (Sin embargo, no se le dará curso al cobro en contra de pacientes que califican como poblaciones exentas por ley de demandas de cobro.

Los Hospitales de BH identificarán todo saldo impago actual de un paciente, relacionado a servicios proporcionados al paciente y no cubiertos por una empresa aseguradora privada, un programa de gobierno u otro Programa de Ayuda Económica (incluyendo el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital).

De acuerdo con los procedimientos descritos previamente en relación a ECAs, los Hospitales de BH se encargarán de un proceso continuo de cobro a partir de la fecha del servicio hasta que el saldo del paciente haya sido pagado, o hasta que se haya determinado ser una cuenta no cobrable, se haya determinado la elegibilidad para ayuda económica, o se haya hecho una demostración de que el paciente está exento de medidas de cobro (*por ej.*, el paciente proporciona comprobante de participación en ciertos Programas Estatales). El proceso de cobro puede incluir el uso de depósitos, la implementación de planes de pago o arreglos a discreción. El proceso de cobro puede incluir el uso de agencias externas de cobro. Se documenta el proceso de cobro en los archivos del hospital y sus asociados comerciales pertenecientes al paciente.

Los Hospitales de BH también harán con diligencia todo lo razonablemente posible para investigar si los recursos de un tercero pueden ser responsables de los servicios proporcionados por el hospital, incluyendo entre otros: (1) una póliza de responsabilidad civil de un automóvil o una casa, (2) pólizas de protección para accidentes generales o lesiones personales, (3) programas de indemnización laboral, o (4) pólizas de seguro de estudiantes. De acuerdo con los reglamentos estatales procedentes o el contrato de seguros, para todo reclamo donde los esfuerzos razonables y dirigidos de los Hospitales de BH resultaron en un cobro del reclamo de atención médica facturado a una empresa aseguradora privada o un programa público, los Hospitales de BH reportarán el cobro y lo compensarán contra el reclamo pagado por la empresa aseguradora privada o el programa público. Si los Hospitales de BH tienen conocimiento previo y legalmente pueden, tratarán de asegurar la cesión de los derechos de un paciente a una cobertura brindada por terceros por servicios proporcionados debidos a un accidente.

Los Hospitales de BH se mantienen en cumplimiento de los requisitos procedentes de facturación, incluyendo los reglamentos del Departamento de Salud Pública (105

del Código de Reglamentos de Massachusetts (C.M.R.) §130.332) y los reglamentos de Health Safety Net (101 C.M.R. §613.03(1)(d) y 101 C.M.R. §614.06), que puede limitar el pago por servicios o reingreso/seguimiento para diagnosticar y tratar afecciones que el Hospital de BH podría haber prevenido o que resultaron de un Evento Grave Notificable (“SRE” por sus siglas en inglés).

Los Hospitales de BH tampoco procuran el pago de un Paciente de Bajos Recursos por dichos servicios relacionados a tal afección SRE que podría haberse prevenido. Estos límites no se aplican a SREs ni a otros eventos que no ocurren en un Hospital de BH. Los Hospitales de BH tampoco procuran el pago de Pacientes de Bajos Recursos cuando se ha determinado que reúnen los requisitos para el programa de Health Safety Net, cuyos reclamos fueron denegados inicialmente por un programa de seguros debido a un error administrativo de facturación hecho por el hospital. Los Hospitales de BH mantienen toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales procedentes sobre seguridad y robo de identidad.

## **B. Avisos de Cobro**

### **1. Aviso Inicial (Anexo 1)**

- (a) Los pacientes sin cobertura de tercero normalmente recibirán una cuenta por los servicios dentro del mes de haber recibido el alta como paciente internado o tratamiento como paciente externo (excluyendo visitas recurrentes. La cuenta inicial incluirá información sobre la disponibilidad de un Programa de Ayuda Económica que podría cubrir el costo de la cuenta del hospital.

Si existe la cobertura de un tercero, se le informara al paciente del saldo debido luego del pago o negación de pago del tercero.

Se espera el pago por cualquier cantidad que se sabe no está cubierta (por el seguro).

- (b) Los pacientes de visitas recurrentes sin cobertura de un tercero por lo general recibirán dentro de un mes una cuenta por los servicios que figuran del mes anterior.

A los pacientes de visitas recurrentes con cobertura de un tercero se les informará del saldo debido luego del pago o negación de pago del tercero.

Se espera el pago por cualquier cantidad que se sabe no está cubierta (por el seguro).

### **2. Avisos Subsiguientes**

- (a) Los saldos pequeños por debajo de los \$5.00 se deducirán como "Deuda Incobrable de Saldo Pequeño." Estas cantidades no reúnen los requisitos para presentarlos a Health Safety Net. Se envían dos estados de cuenta al paciente antes de descontarlo.
- (b) Para saldos de entre \$5.00 - \$49.99, los pacientes recibirán un mínimo de cuatro (4) avisos y el proceso de cobro se extenderá por un mínimo de 120 días (con excepción de las devoluciones del correo que pueden ser de menos de 120 días) a partir del alta.
- (c) Para saldos de \$50.00 o más es posible que se derive la cuenta a una agencia externa de cobros luego de enviar por lo menos cuatro (4) avisos y transcurridos 120 días.
- (d) Este proceso puede estar complementado por otros métodos de notificación que constituyen un esfuerzo genuino por comunicarse con la parte responsable de la obligación, incluyendo por ejemplo, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos por medio de contacto personal y notificaciones por computadora.

Los Hospitales de BH pueden comunicarse con pacientes utilizando un sistema telefónico automático para ciertas cuentas. Se ha agregado el consentimiento de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA por sus siglas en inglés) al Formulario de Acuerdo Económico firmado por todos los pacientes nuevos de los hospitales. Al firmar el formulario de consentimiento el paciente da su autorización para que el hospital lo llame al teléfono celular acerca de saldos.

- (e) Se enviará un aviso final por correo certificado para los pacientes que no tienen seguro (aquellos que no están inscritos en un programa público como Health Safety Net o MassHealth) que incurren en un saldo de deuda incobrable por emergencia de \$1,000 o más, por Servicios de Emergencia solamente, donde los avisos no han sido devueltos como "dirección incorrecta" o "no puede entregarse".
- (f) Para estados de cuentas que han sido devueltos o que no pudieron entregarse, se hará todo lo posible para determinar una dirección de correo precisa utilizando herramientas y recursos internos y externos. Estos esfuerzos estarán documentados en la cuenta de cada paciente. La política detallada está disponible dentro de la Política Contable del Paciente #PA-5 Procesamiento de Correo Devuelto.
- (g) Revisar el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS por sus siglas en inglés) para asegurar que el paciente no es un Paciente de Bajos Recursos como lo determina la Oficina de Medicaid y que no haya presentado una solicitud al Sistema de Verificación de Elegibilidad del MassHealth para obtener cobertura por servicios según un Programa Estatal, antes de presentar reclamos al Health Safety Net para cobertura de deudas

incobrables en casos de emergencia, de un servicio de nivel de emergencia o de atención urgente.

**C. Documentación de Esfuerzos de Cobro**

Los registros económicos del paciente serán mantenidos por los Hospitales de BH como lo requiere la ley procedente y de acuerdo con la política de los Hospitales de BH. Estos registros incluirán los reclamos por servicios elegibles para Pacientes de Bajos Recursos, servicios de deudas incobrables de emergencias y servicios de Dificultades Médicas.

La documentación respaldará las medidas continuas de facturación o cobro llevadas a cabo de manera regular y frecuente, donde cualquier lapso sin acción de cobro no debe exceder los 120 días. El expediente del paciente incluirá toda la documentación del esfuerzo de cobro del hospital incluyendo las cuentas, códigos y las plantillas de cartas, informes de contactos telefónicos y personales y cualquier otro esfuerzo realizado. Dicha documentación se mantiene hasta una revisión por auditoría a nombre de una agencia federal y/o estatal del informe de costos del año fiscal en el cual la cuenta se reporta o por un periodo más extenso si la ley o la política interna lo requieren.

**D. Poblaciones exentas de Medidas de Cobro**

1. Los pacientes que están inscritos en un programa de seguro de salud público incluyendo entre otros, MassHealth, Ayuda de Emergencia para Ancianos, programa para Discapacitados y Niños, Plan de Seguridad Médica Infantil (si el ingreso MAGI del hogar es igual o menor al 300%), programa Healthy Start , y Pacientes de Bajos Recursos (que no sean pacientes de Bajos Recursos HSN Dental-solamente) como lo determinó la Oficina de Medicaid, esta exentos de medidas de facturación o cobro por parte de los Hospitales de BH según los reglamentos estatales sujetos a las siguientes exenciones:
  - (a) Los Hospitales de BH (sujeto a cualquiera de los términos y condiciones procedentes de esta política) pueden procurar medidas de cobro en contra de cualquier paciente inscrito en los programas mencionados previamente por sus co-pagos y deducibles requeridos que establece cada programa.
  - (b) Los Hospitales de BH (sujeto a cualquiera de los términos y condiciones procedentes de esta póliza) pueden iniciar una medida de facturación o cobro en contra de un paciente que alega estar participando en un Programa Estatal que cubre los costos de los servicios, pero no proporciona comprobante de dicha participación. Al recibir prueba satisfactoria de que un paciente está participando en un Programa Estatal, (incluyendo recibo o verificación de la solicitud

firmada), los Hospitales de BH suspenderán sus actividades de facturación o cobro.

- (c) Los Hospitales de BH (sujeto a cualquiera de los términos y condiciones de esta política) pueden continuar las medidas de cobro contra cualquier Paciente de Bajos Recursos por servicios prestados antes de determinarse ser de Paciente de Bajos Recursos, siempre que el estado actual de Paciente de Bajos Recursos se haya terminado vencido, o de otro modo, no se haya verificado en el Sistema de Verificación de Elegibilidad de MassHealth o el Sistema de Verificación de Elegibilidad. Sin embargo, una vez que se determine que el paciente está inscrito en Health Safety Net, MassHealth, o ciertos programas de MassHealth Connector Care, los Hospitales de BH suspenderán las actividades de cobro por servicios prestados antes del comienzo de su elegibilidad.
- (d) Los Hospitales de BH (sujeto a cualquiera de los términos y condiciones procedentes de esta política) puede procurar medidas de cobro en contra de cualquier paciente que participe en los programas enumerados previamente, por servicios no cubiertos de los cuales el paciente ha aceptado hacerse responsable, siempre que los Hospitales de BH hayan obtenido el consentimiento previo por escrito del paciente para que le facturaran por el servicio. Los Hospitales de BH, sin embargo, no procurarán medidas de cobro por servicios no cubiertos debido a un error administrativo o de facturación de los Hospitales de BH o debido a un error médico.
- (e) Los Hospitales de BH no tomarán medidas de cobro en contra de una persona que ha recibido aprobación por Dificultad Médica según el programa de Health Safety Net con respecto a la cantidad de la cuenta que excede la contribución por Dificultad Médica. El hospital además suspenderá cualquier esfuerzo de cobro en contra de un reclamo de deuda incobrable por emergencia que sea aprobado por Dificultad Médica según el programa de Health Safety Net.
- (f) Los Hospitales de BH no tomarán cierta medida de cobro en contra de un paciente que está solicitando Dificultad Médica y ha llenado la solicitud y ha reunido toda la documentación requerida si el Hospital de BH que ayudó al paciente no presenta la solicitud completa a la Oficina de Health Safety Net dentro de los cinco días hábiles. Específicamente, el Hospital de BH no iniciará una medida de cobro en contra de un paciente con respecto a cualquier cuenta que hubiera reunido los requisitos para pago por Dificultad Médica si la solicitud hubiera sido presentada oportunamente y hubiera sido aprobada.

- (g) Los Hospitales de BH , al ser solicitado por el paciente, pueden facturarle a un Paciente de Bajos Recursos a fin de permitirle reunir el deducible único de CommonHealth.
- 2. Los Hospitales de BH guardarán toda documentación que muestre que el paciente reunió los requisitos para el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital.
- 3. Los Hospitales de BH y sus agentes no continuarán un cobro o facturación sobre un paciente que es parte de una diligencia de quiebra, excepto para asegurar sus derechos como acreedor en la orden adecuada.

**E. Depósitos y Planes de Pago**

- 1. Se espera que los pacientes o sus partes responsables paguen su responsabilidad civil completa por servicios prestado dentro de los treinta (30) días de haber recibido su primer cuenta o de acuerdo a un plan de pagos acordado por ambas partes. Vea los Anexos 4 y 5 para ver los avisos.
- 2. Los Hospitales de BH, al grado permitido por ley, requerirán depósitos "previo al ingreso" o "previo al tratamiento" que equivalen al 50% de los cargos estimados (100% para cirugía plástica) para los servicios que van a brindarse si éstos: (1) no están cubiertos por seguro; (2) no son Servicios de Emergencia, o de Urgencia (Programados) (*por ej.*, Servicios Necesarios desde el punto de vista Médico que no sean Servicios de Emergencia o Servicios de Atención de Urgencia); y (3) se proporcionan a pacientes que no sean Pacientes de Bajos Recursos. Los Hospitales de BH pueden requerir depósitos "previo al ingreso" o "previo al tratamiento" por otros servicios al grado que lo permite la ley.
- 3. Los Hospitales de BH pueden solicitar un depósito de las personas que han recibido la determinación de Paciente de Bajos Recursos. Dichos depósitos estarán limitados al 20% del deducible hasta \$500. Se ofrecerán planes de pago para los saldos restantes por los que se permiten medidas de cobro.
- 4. Los Hospitales de BH pueden requerir un depósito de pacientes que reúnen los requisitos por Dificultad Médica.  
  
Los depósitos estarán limitados al 20% de la contribución por Dificultad Médica hasta \$1,000. Se ofrecerán planes de pago para los saldos restantes por los que se permiten medidas de cobro.
- 5. Los Hospitales de BH, como mínimo, ofrecerán los siguientes planes de pago pero, a base de las circunstancias, pueden permitir el pago dentro de un periodo más largo:



- (a) A un paciente con un saldo de \$1,000 o menos, luego del depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pago sin intereses de hasta un año con un pago recomendado mínimo de \$25.
  - (b) A un paciente con un saldo mayor a \$1,000, luego del depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pago sin intereses de hasta 2 años.
  - (c) El Vicepresidente o el Director pueden aprobar ciertas excepciones a causa de situaciones de penuria económica. Los planes de pago no excederán los 5 años.
6. Los Hospitales de BH, en todas sus localidades, aplicarán los mismos requisitos de pago de deducibles de Health Safety Net-Parcial por servicios ambulatorios (*es decir* la cantidad completa por servicios hasta el monto del deducible).

**F. Acuerdos Discrecionales**

No obstante todo lo que indique lo contrario en esta política, los Hospitales de BH, a su solo criterio y en cualquier momento durante el proceso de facturación, pueden optar voluntariamente por suspender medidas de cobro o facturación, y liquidar la cuenta pendiente de un paciente que no puede pagar, pero que de otro modo estaría obligado a hacer pagos a los Hospitales de BH (*es decir*, a causa de que dicha cuenta no reúne los requisitos para una reducción según FAP).

**G. Agencias Externas de Cobro**

Los Hospitales de BH contratan una agencia externa de cobro para ayudarles a cobrar ciertas cuentas, incluyendo cantidades de las que son responsables los pacientes, que no han sido resueltas luego de que el hospital emita las cuentas y avisos finales. Los Hospitales de BH sin embargo, pueden ceder dicha deuda como incobrable o de atención de beneficencia (de otro modo considerada como incobrable) antes de los 120 días si los Hospitales de BH pueden determinar que el paciente no pudo pagar según el Programa de Ayuda Económica Complementaria del Hospital.

Los Hospitales de BH contratan agencias externas de cobro y requieren que dichas agencias cumplan con la Política de Facturación y Cobro de los Hospitales de BH para aquellas deudas de las que se encarguen las agencias.

Según la política de los Hospitales de BH, no deberá procederse a obtener embargo alguno sobre propiedades sin aprobación previa de la Junta Directiva de BH (y sujeto a los otros términos y condiciones de esta política). Todas las agencias externas de cobro empleadas por los Hospitales de BH le proporcionarán al paciente la oportunidad de presentar una queja formal y le enviarán al hospital los resultados

de dichas quejas formales de los pacientes. Los Hospitales de BH requieren que toda agencia externa de cobro que usen tenga licencia del Estado de Massachusetts y que la agencia externa de cobro cumpla con los Reglamentos de Cobro de Deudas de la Procuraduría, 940 C.M.R. 7,00.

#### **VIII. POLÍTICAS RELACIONADAS**

La política describe la Norma de Facturación y Cobro. Para obtener mayor información, sírvase ver las siguientes políticas relacionadas a BH:

- Norma de Ayuda Económica de BH
- Política de EMTALA de Baystate

Aprobado por la Junta Directiva de BH: 13 de septiembre de 2016

En vigor: 13 de septiembre de 2016

## **IX. ANEXOS**

- 1.** Carta de Cobro y Estados de Cuenta
- 2.** Aviso Final
- 3.** Pago a plazos
- 4.** Aviso Final - Plan de Pago