

Índice

I. Objetivo	2
A. Descripción general	2
B. Ámbito de aplicación	3
II. Definiciones	3
III. Clasificación y acceso a la asistencia	6
A. Descripción general	6
B. Tipos de servicios	6
1. Servicios de urgencia y emergencia	6
2. Servicios no urgentes y que no son emergencias	6
C. Obtención y verificación de información de pacientes	7
D. Responsabilidad del paciente	7
E. Política de no discriminación	8
IV. Facturación y cobros a pacientes	8
A. Descripción general	8
B. Facturación a pacientes	9
C. Declaraciones, cartas y llamadas a pacientes	9
1. Llamadas y cartas de cobro	9
2. Notificación de disponibilidad de asistencia financiera	9
3. Pacientes protegidos contra acciones de cobro	10
4. Aviso final de cobro	10
5. Suspensión de la facturación	10
6. Deuda incobrable emergente	10
7. Devoluciones por dirección incorrecta	11
8. Ajuste de saldos pequeños	11
9. Aviso de cargo	11
10. Sin facturación de saldos	11
D. Situaciones especiales: facturación	12
1. Quiebra del paciente	12
2. Pacientes fallecidos	12
3. Accidentes de tráfico (MVA) y responsabilidad civil de terceros (MA)	12
4. Accidentes de tráfico (MVA) y responsabilidad civil de terceros (NH)	12
5. Indemnización al trabajador	12
6. Cobertura secundaria de la HSN	13
7. Deducible parcial de la HSN	13
8. Víctimas de delitos violentos	13
V. Autorización financiera	13
A. Descripción general	13
B. Elaboración de presupuestos	14
1. Presupuestos de buena fe	14
C. Pacientes asegurados	15
1. Planes de seguro contratados	15
2. Planes de seguro no contratados	16
3. Notificación y consentimiento	16
D. Pacientes no asegurados (pago por cuenta propia)	17
E. Pacientes de bajos ingresos (residentes de Massachusetts)	17

1. Definición y elegibilidad	17
2. Limitaciones del servicio	18
3. Dificultades médicas de la HSN	18
4. Responsabilidad financiera de los pacientes de bajos ingresos	19
5. Determinaciones de estatus pendientes	19
F. Situaciones especiales para la autorización financiera; registro y responsabilidad financiera del paciente	20
1. Indemnización al trabajador	20
2. Accidentes de tráfico (MVA) y responsabilidad civil de terceros	20
3. Víctimas de delitos violentos y violencia contra las mujeres (MA)	20
4. Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica de 2010 (HITECH, por sus siglas en inglés)	20
5. Solicitudes confidenciales de la HSN	21
6. Personas indocumentadas	21
7. Estudios de investigación	21
8. Donantes de órganos	21
9. Pacientes internacionales	21
G. Eventos graves notificables (SRE, por sus siglas en inglés)	22
H. Asignación de deudas incobrables	22
1. Informes de crédito	22
2. Litigios	22
3. Gravámenes sobre la propiedad	22
4. Agencias de cobro	22
VI. Arreglos de pago	23
A. Descripción general	23
1. Formas de pago	23
2. Moneda	24
B. Planes de pago	24
1. Planes de pago para deducibles parciales y dificultades médicas de la HSN	24
VII. Saldos a favor y reembolsos	24
Anexo A: Entidades afiliadas a Mass General Brigham	25
Anexo B: Solicitud de asistencia financiera	26
Anexo C: Informes, auditoría y cumplimiento de las regulaciones	27

I. Objetivo

A. Descripción general

Las entidades de Mass General Brigham (MGB) son entidades exentas de impuestos, cuya misión subyacente es prestarles servicios a todos los que necesiten atención médica. MGB se esfuerza por garantizar que a los pacientes que requieran servicios urgentes, de emergencia y médicamente necesarios no se les nieguen dichos servicios por no poder pagarlos, y que la capacidad financiera no impida que estas personas busquen o reciban atención. Sin embargo, para que las entidades de Mass General Brigham puedan seguir prestando servicios de alta calidad y apoyar las necesidades de la comunidad, cada entidad tiene la responsabilidad de procurar el pago oportuno por los servicios cuando el cobro esté permitido y no entre en conflicto con las regulaciones de la Mancomunidad

de Massachusetts (MA) y de Nuevo Hampshire (NH) o las regulaciones federales, incluyendo la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés).

Este documento describe el proceso de cobro de los costos médicos de las cuentas individuales de los pacientes por parte de MGB, y de posibles agencias de cobro externas contratadas por MGB, y establece prácticas coherentes para el cobro ([sección IV](#)), la ayuda a las personas que no pueden pagar (a través de planes de pago o asistencia financiera) ([sección VI](#) y [sección IV\(C\)\(2\)](#)) o posibles acciones legales ([sección V\(H\)](#)).

B. **Ámbito de aplicación**

Esta política se aplica a las entidades de Mass General Brigham descritas en el [Anexo A](#).

Nota: A los médicos asociados a estas entidades, pero que facturan de forma “privada”, se les anima, pero no se les obliga, a seguir esta política. Encontrará más información en la lista de proveedores afiliados a Mass General Brigham.

II. **Definiciones**

Servicios de salud conductual: servicios médicamente necesarios que se centran en la salud psicológica y mental del paciente y que pueden prestarse en varios entornos de prestación de atención.

Servicios electivos: servicios médicamente necesarios que no se ajustan a la definición de servicios de emergencia o urgencia. Por lo general, aunque no siempre, el paciente programa estos servicios con antelación.

Servicios de emergencia: servicios médicamente necesarios prestados tras la aparición de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifieste con síntomas de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, para que una persona lega prudente, que posea conocimientos promedio de salud y medicina, pueda esperar de forma razonable que la falta de atención médica oportuna pondría en grave peligro la salud de la persona o de otra persona, o que provocaría un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, tal y como se define en la sección 1867(e) (1) (B) de la Ley de Seguridad Social, título 42 del Código de Estados Unidos (U. S. C., por sus siglas en inglés), sección 1295dd(e)(1)(B). Se considera atención de emergencia el examen médico de evaluación y el tratamiento de afecciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio de este tipo prestado en la medida exigida por la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (**EMTALA**) (título 42 del USC, sección 1395(dd)).

Los servicios de emergencia también incluyen:

- Servicios considerados de emergencia por un profesional médico autorizado;
- Atención médica hospitalaria asociada a la atención ambulatoria de emergencia; y
- Traslados de pacientes hospitalizados desde otro hospital de cuidados agudos a un hospital de Mass General Brigham para la prestación de atención hospitalaria que no está disponible de otro modo.

Deuda incobrable de emergencia: clasificación de las cuentas de pacientes presentadas a la Red de Seguridad Sanitaria (HSN, por sus siglas en inglés) de Massachusetts de acuerdo con los criterios descritos en el título 101 del Código de Regulaciones de Massachusetts (CMR, por sus siglas en inglés) 613.06(2) cuando la atención no compensada se contabiliza a través de la HSN.

Guía del nivel federal de pobreza (NFP): medida de ingresos publicada cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés). Estas directrices se utilizan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios (como Medicaid).

Asistencia financiera: prestación de servicios de atención médica gratuitos o con descuento a pacientes elegibles, con necesidad económica documentada y verificada, que cumplan los criterios establecidos en esta política.

Descuentos por asistencia financiera: ajustes a los saldos de los pacientes que se realizan con base en su situación financiera de acuerdo con la Política de asistencia financiera. Todos los descuentos por asistencia financiera deben ajustarse a las regulaciones estatales y federales, incluida la sección 501(r) del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés).

Asesor financiero: representantes responsables de evaluar la responsabilidad del paciente, identificar, ayudar o remitir a opciones de financiación pública (Medicare, Medicaid, etc.), determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera y establecer planes de pago.

Asesoramiento financiero: servicios prestados a pacientes que no tienen suficiente cobertura de seguro, que no pueden pagar su responsabilidad estimada/real antes del tratamiento o que tienen grandes saldos vencidos.

Paciente de bajos ingresos: una persona que es residente de la Mancomunidad de Massachusetts y que demuestra con documentos que el ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) de su grupo familiar de MassHealth es igual o inferior al 300 % del NFP. La guía de pobreza del estado de Nuevo Hampshire es 250 % del NFP.

Deuda incobrable de Medicare: el gasto que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)/Medicare les permiten a los hospitales reclamar por la mayoría de los coaseguros y deducibles de Medicare no pagados, siempre y cuando el saldo se haya procesado por completo según el ciclo de facturación establecido para pacientes que pagan por cuenta propia o se haya determinado que el paciente es indigente a efectos del saldo. La determinación de indigencia debe basarse en el nivel de ingresos del paciente y en una revisión de sus activos disponibles, que por lo general excluye sus vehículos y residencia principal y una cuenta bancaria/corriente mínima.

Servicios médicamente necesarios: servicios que se espera de forma razonable que prevengan, diagnostiquen, eviten el empeoramiento, alivien, corrijan o curen afecciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, provoquen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad o den lugar a una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios autorizados en virtud del título XIX de la Ley de Seguridad Social.

Otros servicios: servicios cuya necesidad médica no le ha sido demostrada al profesional clínico revisor o en los que las calificaciones del paciente para los mismos pueden no ajustarse a las definiciones generales del plan de seguro para satisfacer los criterios clave de necesidad médica para dichos servicios. Otros servicios también incluyen servicios que muchos planes de seguros ~~podrían~~ no considerar médicamente necesarios, incluidos, entre otros: cirugía estética, fecundación in vitro (FIV) u otras terapias de reproducción avanzada (ART, por sus siglas en inglés), servicios de baipás gástrico sin que el pagador haya determinado la necesidad médica, y artículos de conveniencia para el paciente, como cargos relacionados con servicios de estadía que superen los necesarios para la atención médica

o servicios de estadía para el paciente (hospitalización total o parcial) cuando no exista una necesidad médica claramente demostrada.

Soluciones de facturación para pacientes (PBS, por sus siglas en inglés): el departamento de Mass General Brigham responsable de todos los procesos del ciclo de ingresos de pago por cuenta propia, incluidos Servicio de Atención al Cliente, Cobros, determinaciones y procesamiento de Asistencia Financiera (que no sea Wentworth-Douglass Hospital [WDH], cuyas determinaciones se toman en esa entidad), procesamiento de Deudas Incobrables, créditos/reembolsos a pacientes y procesos asociados.

Responsabilidad del paciente: responsabilidad financiera contraída con el centro/proveedor como resultado de recibir servicios de atención médica; el monto se determina de acuerdo con los beneficios del seguro del paciente para el servicio específico programado; incluye deducibles, copagos, coaseguro y servicios no cubiertos.

Atención posaguda: servicios médicamente necesarios, incluidos los servicios de rehabilitación, prestados en un hospital clasificado como de atención posaguda.

Pago por cuenta propia: paciente al que se le ha identificado sin cobertura de seguro o que ha optado por no acogerse a la cobertura de su seguro para determinados servicios/eventos.

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

Paciente con seguro insuficiente: paciente con algún seguro u otra fuente de pago de terceros, cuyos gastos de bolsillo superan su capacidad de pago.

Servicios de urgencia: servicios médicamente necesarios prestados tras la aparición súbita de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifieste por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para que una persona legamente prudente pudiera creer de forma razonable que la falta de atención médica en un plazo de 24 horas podría dar como resultado: poner en peligro la salud del paciente, deterioro de las funciones corporales o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se prestan para afecciones que no ponen en peligro la vida y que no suponen un riesgo alto de daños graves para la salud de una persona.

Hospitalización: la atención a nivel hospitalario se da cuando un paciente ingresa en un hospital o en cualquier otro centro de atención para recibir un tratamiento que requiera por lo menos una noche de estadía. Los pacientes hospitalizados suelen necesitar atención o seguimiento más extensos, que pueden incluir cirugía o tratamiento de enfermedades más graves.

Atención ambulatoria: la atención a nivel ambulatorio se da cuando un paciente recibe tratamiento o atención sin ser ingresado en un hospital para pasar la noche o cuando el tratamiento se administra en el consultorio del médico o en alguna otra clínica médica en un solo día y regresa a casa ese mismo día.

Observación: el nivel de atención de observación es un servicio ambulatorio del hospital que permite a un médico determinar si un paciente necesita atención hospitalaria o puede ser dado de alta. El estatus de observación se basa en el nivel de atención que necesita un paciente, no en la duración de su estadía en el hospital. El estatus de un paciente puede cambiar si su estado mejora o empeora, o si necesita más o menos atención.

Unidad de recuperación: unidad del hospital para pacientes que se han sometido a un procedimiento quirúrgico y requieren un tiempo de recuperación prolongado o una estada corta como pacientes hospitalizados.

* El estatus de clasificación del paciente no depende de la ubicación del paciente (planta/unidad), sino que es representativo del nivel de atención.

III. Clasificación y acceso a la asistencia

A. Descripción general

Todos los pacientes que se presenten para tratamientos no programados serán evaluados de acuerdo con las clasificaciones incluidas en esta sección. No se denegarán ni retrasarán los servicios hospitalarios urgentes o de emergencia en función de la capacidad de MGB para identificar a un paciente, su cobertura de seguro o su capacidad de pago. Sin embargo, los servicios de atención médica no urgentes o que no sean de emergencia pueden retrasarse o aplazarse en función de la consulta con el personal clínico de MGB en aquellos casos en los que MGB no pueda determinar una fuente de pago para sus servicios. La urgencia de tratamiento asociada a los síntomas clínicos que presente cada paciente será determinada por un profesional médico según lo establecido por los estándares locales de la práctica, los estándares de atención clínica nacionales y estatales y las políticas y procedimientos del personal médico de MGB. Además, todos los hospitales cumplen los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA) realizando evaluaciones médicas para determinar si existe alguna afección médica de emergencia.

B. Tipos de servicios

1. Servicios de urgencia y emergencia

MGB prestará servicios de urgencia y de emergencia sin tomar en cuenta la identificación del paciente, su cobertura de seguro o su capacidad de pago. El registro y la admisión de pacientes de emergencia y urgencia se realizarán de acuerdo con los requisitos de la EMTALA. La información demográfica y del seguro del paciente debe recopilarse lo antes posible. Sin embargo, la recopilación de información debe aplazarse cuando esta pueda retrasar la evaluación médica o repercutir negativamente en el estado clínico del paciente. Cuando un paciente no pueda proporcionar información demográfica o del seguro al momento de recibir el servicio, y siempre que el paciente dé su consentimiento, se debe hacer todo lo posible por entrevistar a amigos o familiares que puedan estar acompañando al paciente o que, de otro modo, puedan ser identificados por este. Cuando resulte práctico, la información sobre el seguro proporcionada por el paciente debe confirmarse con el pagador a través de un sitio web del pagador o de un proceso de intercambio electrónico de datos (EDI, por sus siglas en inglés) o de elegibilidad en tiempo real (RTE, por sus siglas en inglés).

2. Servicios no urgentes y que no son emergencias

El registro y la admisión de pacientes que no tienen urgencias/emergencias deben realizarse antes de que se presten los servicios. También se revisará y actualizará la información demográfica, financiera y de seguros de los pacientes recurrentes o ya establecidos, según sea necesario, incluida, en su caso, la verificación del estatus de su seguro a través de EDI/RTE

u otros métodos disponibles. Por lo general, los servicios no urgentes y que no son de emergencia pueden subclasificarse como:

- servicios electivos
- otros servicios
- atención posaguda
- servicios de salud conductual

MGB puede negarse a prestarle a un paciente servicios que no sean de emergencia o no urgentes en aquellos casos en los que no consiga determinar que se efectuará el pago por dichos servicios. De acuerdo con la [sección III\(F\)\(2\)](#), los pacientes con Red de Seguridad Sanitaria completa y Red de Seguridad Sanitaria parcial serán presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera; los pacientes podrán procurar atención para los servicios elegibles (de acuerdo con la [sección III\(C\)](#)) sin presentar una solicitud de asistencia financiera. Es posible que los servicios que se determine que no son médicamente necesarios se aplacen indefinidamente hasta que se puedan establecer acuerdos de pago adecuados. Estos incluyen, entre otros:

- cirugía estética
- servicios sociales, educativos y profesionales

C. Obtención y verificación de información de pacientes

- MGB realizará esfuerzos diligentes para identificar de forma positiva a todos los pacientes y obtener, registrar y verificar la información demográfica y financiera completa de cada paciente en busca de atención.
- La información que se debe obtener incluirá suficientes datos demográficos (como nombre del paciente, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social si procede, sexo, fecha de nacimiento e identificación aplicable del paciente) e información sobre el seguro médico (incluidos nombre y dirección, información del suscriptor e información sobre beneficios, como montos de copago, deducible y coaseguro) para garantizar el pago por los servicios.
- La obligación de MGB de obtener información completa siempre estará condicionada por el estado del paciente, teniendo prioridad las necesidades inmediatas de atención médica del paciente.
- Es obligación del paciente proporcionar información demográfica y de seguro completa y oportuna y saber qué servicios cubre su póliza de seguro.

D. Responsabilidad del paciente

Es obligación del paciente:

- Proporcionar información demográfica y de seguros completa y oportuna e informarle a MGB (y al Estado, si el paciente está en un programa estatal) sobre cualquier cambio en su información demográfica o de seguros, incluidos, entre otros, cambios en los ingresos o en el estatus del seguro.
- Solicitar y mantener la cobertura a través de cualquier programa patrocinado por el gobierno para el que puedan calificar, incluida la presentación de toda la documentación requerida dentro de los plazos requeridos. Todos los pacientes deben obtener y mantener una cobertura de seguro, en el caso de que exista cobertura asequible para ellos.

- Notificar a MGB sobre cualquier posible cobertura de accidentes automovilísticos, cobertura de responsabilidad civil de terceros o cobertura de indemnización al trabajador ([sección IV\(D\)](#) y [sección V\(F\)](#)).
 - En el caso de pacientes cubiertos por un programa estatal, se deberá presentar una reclamación de indemnización, si está disponible, con respecto a cualquier accidente, lesión o pérdida, y notificar al programa estatal (p. ej., la Oficina de Medicaid y la Red de Seguridad Sanitaria) dentro de un plazo de diez días sobre la información relacionada con cualquier demanda o reclamación de seguro que cubra el costo de los servicios prestados por MGB.
 - Además, al paciente se le exige ceder el derecho a un pago de terceros que cubra los costos de los servicios pagados por la Oficina de Medicaid de Massachusetts o por la Red de Seguridad Sanitaria.
 - El estado de Nuevo Hampshire no puede facturar a la cobertura de vehículos de motor. El paciente tiene la opción de facturar a su seguro médico o hacerse responsable.
- Hacer esfuerzos razonables para comprender los límites de la cobertura de su seguro, incluidas las limitaciones de la red, las limitaciones de cobertura de servicios y las responsabilidades financieras debido a la cobertura limitada, los copagos, el coaseguro y los deducibles.
- Seguir las políticas de remisión, autorización previa y otras políticas de gestión médica del seguro, cuando proceda.
- Cumplir con cualquier otro requisito del seguro, incluidos, entre otros, completar los formularios de coordinación de beneficios, actualizar la información de membresía, actualizar la información del médico.
- Pagar puntualmente los montos de los copagos, deducibles y coaseguros.
- Proporcionar actualizaciones oportunas de los datos demográficos, de elegibilidad para el seguro y la HSN y del deducible anual.

E. Política de no discriminación

MGB no discriminará por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, en sus políticas, o en la aplicación de estas, con respecto a la adquisición y verificación de la información financiera, depósitos de admisión o tratamiento previos, planes de pagos, admisiones rechazadas o aplazadas, o la elegibilidad para la Red de Seguridad Sanitaria.

IV. Facturación y cobros a pacientes

A. Descripción general

Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB realizarán esfuerzos diligentes para cobrarles a las compañías de seguros todos los cargos adeudados de acuerdo con los estándares establecidos de la industria y procurará aplicar los pagos y ajustes contractuales de manera oportuna a la cuenta del paciente. Estos esfuerzos incluyen facturar a todos los planes de seguros disponibles de acuerdo con los requisitos de los pagadores y el seguimiento oportuno de las reclamaciones denegadas. Los pacientes u otros garantes serán responsables de los saldos de las cuentas restantes después de la aplicación de todos los pagos de seguros, ajustes contractuales y descuentos/ajustes acordados de conformidad con cualquier aviso de remesa recibido del pagador,

excepto cuando el saldo pueda presentarse a la HSN o se considere exento de acciones de cobro conforme a la regulación estatal. Las acciones de cobro pueden incluir declaraciones de los pacientes, cartas a los pacientes, contactos telefónicos y avisos de cobro final certificados.

B. Facturación a pacientes

MGB cuenta con un proceso consistente para la presentación y cobro de pagos por servicios en hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB (consulte la lista completa en el [Anexo A](#)). MGB seguirá el siguiente procedimiento de cobro/facturación:

- Se envía una factura inicial al paciente o a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente (p. ej., un pagador externo).
- MGB enviará facturas subsecuentes, hará llamadas telefónicas, enviará cartas de cobro, notificaciones por correo electrónico o por cualquier otro método de comunicación que este emplee (consulte la [sección IV\(C\)](#)) que constituya un verdadero esfuerzo por contactar a la parte responsable de la factura no pagada.
- Intentaremos cobrar el saldo pendiente dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de la factura inicial.
- Transcurridos los 90 días, se enviará un aviso final de cobro. Las cuentas del Departamento de Emergencia que superen los \$1,000 se enviarán por correo certificado.
- Conservaremos la documentación de estos esfuerzos de acuerdo con las políticas internas de conservación de documentos.

C. Declaraciones, cartas y llamadas a pacientes

Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB, ya sea directamente o a través de sus agentes designados, prepararán o enviarán estados de cuenta de forma periódica a los pacientes para informarles de los saldos adeudados. En la medida de lo posible, el paciente recibirá un resumen de todos los cargos, pagos y ajustes incluidos en la facturación inicial para cada fecha de servicio. En general, los pacientes deben recibir cuatro (4) o más estados de cuenta o cartas electrónicas/en papel en el transcurso de un ciclo de facturación que se espera que dure al menos 120 días, siempre que no se den otras acciones que sugieran que la facturación adicional no es aconsejable.

1. Llamadas y cartas de cobro

Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB realizarán esfuerzos razonables para cobrar cualquier saldo pendiente adeudado a MGB. La gestión de cobro que se realice variará en función de una serie de factores, entre los que se incluyen el saldo de las cuentas y el historial de cobro previo del paciente. Los esfuerzos adicionales de cobro pueden incluir llamadas a los pacientes, correos electrónicos y cartas para complementar el proceso rutinario relativo a los estados de cuenta de los pacientes, tal y como se describe en la [sección IV\(B\)](#). En la medida de lo posible, estas llamadas y cartas incluirán recordatorios sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

2. Notificación de disponibilidad de asistencia financiera

Los estados de cuenta de los pacientes incluirán cualquier aviso exigido por las regulaciones para informales a estos sobre la disponibilidad y los medios para acceder a la asistencia financiera. La redacción y el contenido de estos avisos se ajustarán a las regulaciones vigentes de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, por sus siglas en inglés) y de la sección 501(r) del IRS. En la medida de lo posible, también se incluirán avisos sobre la disponibilidad de

asistencia financiera en todas las demás comunicaciones escritas y verbales con los pacientes. Para obtener más información, consulte [Asistencia financiera para personas no aseguradas](#).

3. Pacientes protegidos contra acciones de cobro

Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB tomarán medidas razonables para garantizar que no se inicien acciones de cobro, incluidas llamadas telefónicas, estados de cuenta o cartas, para aquellos saldos de pacientes que puedan estar exentos de acciones de cobro en virtud de la regulación, incluidos los pacientes que la Oficina de Medicaid determine que son pacientes de bajos ingresos (excepto los pacientes de bajos ingresos que solo reciben servicios dentales) o que estén inscritos en MassHealth/Medicaid, Plan de Seguridad Médica para Niños (CMSP, por sus siglas en inglés) con un ingreso familiar MAGI igual o inferior al 300 % del NFP, Medicaid de NH con un ingreso familiar MAGI igual o inferior al 250 % del NFP, Ayuda de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC, por sus siglas en inglés) y Red de Seguridad Sanitaria (total o parcial).

- Si se determina que un paciente estaba inscrito en alguna de esas categorías, se suspenderán todas las acciones de cobro (excepto los copagos, deducibles, reducción de gastos [o spend-down] de Medicaid y los deducibles de la HSN aplicables) con dicho paciente por los servicios prestados durante su período de elegibilidad.
- Las acciones de cobro también cesarán mientras se mantenga la determinación de que el paciente es de bajos ingresos si el saldo es de un período en el que este no estaba inscrito en un programa que reúna los requisitos.
- Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB pueden continuar enviando cartas solicitando información o acción por parte del paciente para resolver problemas de cobertura o elegibilidad con un pagador primario, un programa de compensación al trabajador o para obtener cualquier información sobre compañías de seguros de responsabilidad civil de terceros o accidentes de tráfico (MVA, por sus siglas en inglés).

4. Aviso final de cobro

Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB realizarán esfuerzos razonables para enviarle a cada paciente un aviso final de cobro antes de que la cuenta sea declarada incobrable. En la mayoría de los casos, el aviso de cobro final se incluirá en el estado de cuenta del garante (parte responsable).

5. Suspensión de la facturación

En ciertas situaciones, continuar con la actividad de facturación y cobro puede ser inadecuado y puede suspenderse o interrumpirse. Tales situaciones incluyen, entre otras, las siguientes: Dirección incorrecta ([sección IV\(C\)\(7\)](#)), casos de quiebra ([sección IV\(D\)\(1\)](#)), paciente fallecido ([sección IV\(D\)\(2\)](#)), queja del paciente bajo revisión o problema de atención al cliente, saldos pequeños ([sección IV\(C\)\(8\)](#)) o determinaciones finales de MassHealth/Medicaid o de bajos ingresos ([sección V\(E\)\(5\)](#)).

6. Deuda incobrable emergente

Para aquellos casos en los que se esté considerando presentar una solicitud a la HSN en relación con una cuenta como deuda incobrable emergente, los hospitales de atención aguda y otros proveedores de la MGB se asegurarán de que se cumplan las siguientes condiciones:

- La cuenta fue objeto de acciones de cobro continuas durante un mínimo de 120 días.
- Se realizó una consulta de elegibilidad al Sistema de Información de Gestión de Medicaid (MMIS, por sus siglas en inglés) para verificar la cobertura.

- Los servicios prestados califican como emergentes o urgentes según las definiciones en esta política.
- Se envió un aviso final de cobro por correo certificado para los saldos de \$1,000 o más. Las cuentas que estén debidamente documentadas como cuentas con dirección incorrecta podrán presentarse a la HSN sin necesidad de enviar un aviso final de cobro por correo certificado, siempre que hayan transcurrido 120 días desde la facturación inicial y que, tras un esfuerzo razonable, MGB no haya podido obtener una dirección actualizada. Se harán intentos razonables para notificarles a los residentes de MA que la HSN puede proporcionar detalles de cualquier reclamación presentada al empleador del paciente.

7. Devoluciones por dirección incorrecta

Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB harán esfuerzos razonables para rastrear y responder a todos los estados de cuenta de pacientes devueltos por el Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS, por sus siglas en inglés) que no se puedan entregar. Una vez que una cuenta haya sido marcada como dirección incorrecta, no se procesarán más estados de cuenta o cartas a menos que se identifique una dirección nueva. Las cuentas con dirección incorrecta se marcarán en el sistema de registro para alertar a todo el personal que participe en el proceso de registro para que obtenga una dirección nueva del paciente. Las cuentas cuya información demográfica más reciente contenga una dirección incorrecta podrán remitirse a agencias externas como cuentas incobrables para realizar un seguimiento adicional, salvo que las posibles cuentas incobrables emergentes vayan a ser objeto de seguimiento durante 120 días antes de su colocación.

8. Ajuste de saldos pequeños

Teniendo en cuenta el costo del procesamiento de estados de cuenta y las actividades de cobro, MGB puede eliminar los estados de cuenta de las cuentas por debajo de su umbral de “facturación de montos pequeños”. Del mismo modo, después de la facturación, MGB puede limitar la actividad de cobro e investigación sobre saldos pequeños y ajustar las cuentas por debajo de su umbral de “anulación de montos pequeños”. En ningún caso se le facturarán a la HSN los ajustes de montos pequeños realizados en virtud de esta sección. El umbral típico de saldo bajo se aplica a los saldos de las cuentas de garantes inferiores a \$10.00.

9. Aviso de cargo

MGB implementará un proceso para identificar todos los saldos de pacientes que están sujetos a la aplicación de un cargo del Fondo Fiduciario de la Red de Seguridad Sanitaria, tal y como se especifica en la sección 614 del título 101 del CMR. Los montos de los cargos se le facturarán al paciente y los fondos recaudados se remitirán a la HSN de acuerdo con el cronograma solicitado, excluyendo a Wentworth-Douglass Hospital.

10. Sin facturación de saldos

MGB implementará un proceso para identificar todos los saldos de los pacientes que, de acuerdo con la “Ley de No Sorpresas (NSA, por sus siglas en inglés) de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021”, no permitirá la facturación de saldos. Estas cuentas/saldos están relacionados con lo siguiente: (1) servicios de emergencia fuera de la red; (2) servicios que no son de emergencia prestados por proveedores no participantes en ciertos centros de atención médica participantes (a menos que se cumplan los requisitos de notificación y consentimiento); y (3) divulgación de las protecciones del paciente contra la facturación de saldos (cuentas de notificación y consentimiento).

- Cuentas de Pacientes de MGB no les facturará los saldos a los pacientes por servicios de proveedores identificados como fuera de la red cuando no se obtenga la notificación y el consentimiento, ni por ningún servicio de proveedores auxiliares o excluidos fuera de la red, de acuerdo con los requisitos descritos en la NSA.
- Cuentas de Pacientes de MGB no les facturará a los pacientes montos por encima del monto de pago calificado (QPA, por sus siglas en inglés) indicado por el pagador, con base en la responsabilidad del paciente para reclamos aplicables; los saldos no facturables al paciente serán cancelados utilizando el código de ajuste de la NSA apropiado.

D. Situaciones especiales: facturación

1. Quiebra del paciente

MGB hará esfuerzos razonables para llevar un registro de todas las notificaciones de quiebra y las mantendrá en sus archivos para garantizar que se sigan todos los procedimientos judiciales aprobados, incluida la presentación de reclamaciones ante el tribunal, según sea apropiado, o la condonación de la deuda.

2. Pacientes fallecidos

Cuando sea apropiado y rentable, MGB realizará búsquedas de herencias, les emitirá facturas y presentará derechos de retención contra dichas herencias.

3. Accidentes de tráfico (MVA) y responsabilidad civil de terceros (MA)

- Se harán esfuerzos razonables para facturarle a la compañía de seguros de MVA/responsabilidad civil de terceros (TPL, por sus siglas en inglés) para cobrar cualquier monto disponible de protección por lesiones personales (PIP, por sus siglas en inglés).
- Las reclamaciones al seguro se procesarán una vez agotado la PIP.
- MGB también puede presentar un derecho de retención contra pagos futuros por lesiones corporales realizados por la compañía de seguros de MVA al paciente si podemos identificar el nombre del abogado del paciente que tramita la reclamación.
- No se presentarán reclamaciones a la HSN hasta que se hayan agotado los esfuerzos diligentes para cobrar los saldos de otras partes.
- En la medida de lo posible, se les recordará a los pacientes que tienen la obligación de informarle a la Oficina de Medicaid o a la HSN sobre cualquier posible reclamación de TPL en un plazo de 10 días a partir de la presentación de la reclamación. Cualquier monto recuperado recibido después de la presentación de una reclamación a la HSN se deducirá de la reclamación original y se informará a la HSN, incluidas las anulaciones o devoluciones requeridas.

4. Accidentes de tráfico (MVA) y responsabilidad civil de terceros (NH)

Los pacientes con cobertura de seguro médico pueden optar por que MGB le facture a dicho seguro. Los saldos facturados al paciente no estarán sujetos a ningún descuento o ajuste de rutina. El estado de Nuevo Hampshire no puede facturar a seguros de vehículos de motor.

5. Indemnización al trabajador

Las reclamaciones en virtud de la Ley de Indemnización al Trabajador (WCA, por sus siglas en inglés) suelen resolverse en su totalidad con la compañía de seguros de WCA si la cobertura es válida. MGB hará intentos razonables para lograr la cobertura de la WCA, incluida la presentación

de reclamaciones legales. Si no hay cobertura de la WCA, la reclamación se tramita de la manera habitual.

6. Cobertura secundaria de la HSN

MGB hará esfuerzos diligentes para limitar la presentación de reclamaciones a la HSN como cobertura secundaria a aquellos saldos que puedan ser cubiertos por la HSN, incluidos deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos. Esto incluye aquellos casos en los que un paciente ha agotado sus beneficios o cuya inscripción con el pagador no estaba activa al momento en que se prestó(aron) el (los) servicio(s).

Las reclamaciones por servicios denegados debido a fallas técnicas en la reclamación o a otro tipo de denegación técnica, tal como se describe en la sección 613.03(1)(c) del título 101 del CMR, no se enviarán a la HSN. Si MGB recibe un pago adicional o corregido por una reclamación presentada previamente a la HSN, se presentará una reclamación corregida a la HSN, excluyendo a Wentworth-Douglass Hospital.

7. Deducible parcial de la HSN

MGB les facturará a los pacientes el 100 % de su deducible anual parcial de la HSN hasta que se hayan facturado cargos equivalentes al deducible anual del paciente, incluidos cualesquiera saldos incluidos en los planes de pago. Las reclamaciones no se presentarán a la HSN hasta que se haya satisfecho el deducible del paciente. Esto incluye todos los centros satélites y los centros de salud hospitalarios que funcionan como parte de la licencia de MGB (consulte el [Anexo A](#)).

8. Víctimas de delitos violentos

Los pacientes que presenten una solicitud al Programa de Víctimas de Delitos Violentos del Fiscal General deben notificar a Soluciones de Facturación de Pacientes de MGB si reciben una factura. Una vez que MGB tenga conocimiento de que se ha presentado una solicitud, todas las reclamaciones que califiquen se enviarán directamente a la Oficina del Fiscal General. Si la solicitud del paciente está pendiente, se suspenderá la facturación al paciente hasta que se complete el proceso de la solicitud. Los pagos recibidos del Programa de Víctimas de Delitos Violentos suelen considerarse pagos en su totalidad.

- Para acceder a estos programas, visite:
 - MA: www.mass.gov/massachusetts-victims-of-violent-crime-compensation
 - NH: www.doj.nh.gov/bureaus/victims-compensation-program
 - ME: www.maine.gov/ag/crime/victims_compensation

V. Autorización financiera

A. Descripción general

MGB hará esfuerzos diligentes para determinar la responsabilidad financiera del paciente tan pronto como sea razonablemente posible durante el transcurso de su atención. Siempre que sea factible, los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB cobrarán los copagos, deducibles, montos de coaseguro o depósitos requeridos antes de la prestación de cualquier servicio. Los pacientes que son miembros de planes de atención médica administrada o planes de seguros con requisitos de acceso específicos son responsables de comprender y cumplir con los requisitos del plan de seguros, incluidas las remisiones, autorizaciones u otras restricciones de la

“red”. Siempre que sea posible, MGB le solicitará a la compañía aseguradora la aprobación previa, la autorización o las garantías de pago necesarias. Bajo ciertas circunstancias, incluida la prestación de servicios de emergencia y urgencia, estas remisiones y autorizaciones pueden darse después de la prestación del servicio.

A todos los pacientes que incurran en un saldo por servicios se les informará sobre la disponibilidad de los servicios de asesoramiento financiero para pacientes con el fin de ayudarles a cumplir con su responsabilidad financiera. MGB hará todo lo posible por informarles a todos los pacientes sobre cualquier responsabilidad financiera significativa antes de la prestación del servicio, en la medida en que esta información esté disponible. Antes de iniciar las actividades, se realizará una evaluación conforme a la EMTALA para determinar la responsabilidad financiera del paciente.

B. Elaboración de presupuestos

De acuerdo con la sección 228 del capítulo 111 de la Ley General de Massachusetts (M.G.L., por sus siglas en inglés) para el estado de Massachusetts, los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB les proporcionarán, dentro de un plazo de 2 días hábiles a partir de la fecha de solicitud, a los pacientes que lo soliciten, presupuestos sobre cuánto podrían tener que pagar por lo indicado a continuación (según el plan de seguro del paciente):

- La duración estimada de la estadía en el hospital
- Los procedimientos médicos
- Los servicios de atención médica
- Los posibles gastos de bolsillo

Atención especializada

El departamento responsable de proporcionar los presupuestos variará según el lugar, pero por lo general es el equipo de Experiencia Financiera del Paciente o de Asesoramiento Financiero al Paciente. MGB implementará en su sitio web (www.patientgateway.org) un proceso de autoservicio de presupuestos para pacientes, tanto registrados como no registrados, con acceso a una amplia gama de servicios, de acuerdo con las regulaciones sobre transparencia en los precios del Centro de Servicios de Medicare. Se pueden encontrar más detalles sobre los procesos relacionados a presupuestos en la Política y procedimiento de presupuestos, incluidos los requisitos específicos para proporcionar al paciente un presupuesto final por escrito junto con las opciones de pago.

1. Presupuestos de buena fe

- El personal de Acceso y Experiencia de Pacientes les proporcionará un presupuesto de buena fe (GFE, por sus siglas en inglés) de forma oportuna para confirmar a los pacientes que pagan por cuenta propia, que hayan sido programados 10 o más días antes del servicio, dentro de un plazo de tres días hábiles a partir del día de la programación. Cuando se programe 3 días antes del servicio, se proporcionará dentro de un día hábil después de la programación, y cuando se solicite, se proporcionará dentro de 3 días.
- En ciertos casos, se podría anular la responsabilidad de los pacientes que exceda el monto presupuestado.
- Los presupuestos de buena fe incluirán lo siguiente:
 - a. Código de diagnóstico
 - b. Código de servicio previsto

- c. Cargos previstos
- d. Nombre y fecha de nacimiento del paciente
- e. Descripción del artículo o servicio principal
- f. Fecha en que se programó el artículo o servicio
- g. Nombre del proveedor
- h. Identificador de proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) y número de identificación fiscal (NIF)
- i. Ubicación del proveedor
- Los presupuestos de buena fe incluirán los siguientes descargos de responsabilidad:
 - a. El presupuesto de buena fe es un presupuesto y está sujeto a cambios
 - b. Puede haber artículos o servicios adicionales incluidos en el presupuesto de buena fe
 - c. Notificación del derecho de impugnación del paciente
 - d. El presupuesto de buena fe no es un contrato

C. Pacientes asegurados

- Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB harán todo lo posible para validar el estatus del seguro del paciente y, de acuerdo con la sección 228 del capítulo 111 de la M.G.L., le notificarán al paciente si el proveedor está fuera de su plan de beneficios (es decir, si el proveedor no está contratado). MGB también ayudará al paciente a cumplir con los requisitos de su plan de seguro de salud, de acuerdo con los principios previamente descritos en la [sección III \(D\)](#).
- Siempre que sea posible, esta verificación incluirá una determinación de la responsabilidad financiera prevista del paciente, incluidos el coaseguro, los deducibles y los copagos aplicables o saldos de pago por cuenta propia.
- Cuando sea factible y clínicamente apropiado, se le solicitará al paciente el pago de cualquier monto predeterminado (copagos, deducibles fijos) antes o al momento del servicio.
- En algunos casos, el plan de seguro del paciente y el tipo de cobertura pueden no permitir una determinación exacta de la responsabilidad financiera del paciente por los servicios al momento del registro. En esos casos, MGB puede solicitar un depósito equivalente al mejor presupuesto de la responsabilidad financiera prevista del paciente.
- Los pacientes que no puedan realizar el pago pueden ser remitidos a Asesoramiento Financiero para Pacientes y a la [Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes no asegurados](#).

1. Planes de seguro contratados

MGB tiene contratos con un gran número de planes de seguros. En esos casos, MGB le solicitará al plan de seguro el pago por todos los servicios cubiertos.

- Se le solicitará al paciente el pago de todos los montos correspondientes a copagos, deducibles y coaseguros antes de la prestación del servicio.
- Si la compañía de seguros determina que un servicio en particular no está cubierto o se rechaza su pago por cualquier otro motivo, el pago por dicho servicio se le solicitará directamente al paciente de conformidad con el contrato de seguro correspondiente.
- Siempre que sea posible, MGB ayudará al paciente a presentar recursos de apelación contra denegaciones u otras sentencias adversas ante su plan de seguros, reconociendo

que los planes de seguros a menudo exigen que estos recursos sean presentados por el paciente.

2. Planes de seguro no contratados

- Como cortesía, y una vez que se haya obtenido la autorización o se sepa que el paciente tiene beneficios fuera de la red, MGB le enviará una factura a la compañía de seguros del paciente en aquellos casos en los que no tenga un contrato con dicha compañía.
- Si bien MGB le facturará al plan de seguro del paciente, en última instancia la responsabilidad financiera recae sobre el paciente o el garante y la falta de respuesta oportuna de la compañía aseguradora a la factura puede dar lugar a que se le facturen los servicios directamente al paciente, excepto en aquellos casos en los que el paciente esté protegido contra acciones de cobro ([sección IV\(C\)\(3\)](#)).
- Los saldos restantes después de cualquier pago por parte del seguro ~~pueden~~ ser, y le serán, facturados al paciente.
- Siempre que sea posible, MGB ayudará al paciente a presentar recursos de apelación contra denegaciones u otras sentencias adversas ante su plan de seguros, reconociendo que los planes de seguros exigen que las apelaciones sean presentadas por el paciente.

3. Notificación y consentimiento

- MGB proporcionará notificación y consentimiento a sus pacientes de buena fe en cumplimiento de los requisitos de notificación y consentimiento de la Ley de Servicios de Salud Pública (Ley PHS, por sus siglas en inglés), incluyendo:
- El personal de Acceso de Pacientes de MGB identificará los servicios de proveedores no participantes sujetos a los requisitos de notificación y consentimiento de la Ley de No Sorpresas (NSA)[1], y proporcionará y obtendrá la notificación y el consentimiento dentro de los plazos indicados a continuación de acuerdo con los requisitos descritos de la NSA:
- Si la cita se programa 72 horas antes de la prestación de los servicios, los documentos de notificación y consentimiento se proporcionarán 72 horas antes de que se suministren los artículos o se presten los servicios.
- Si la persona programa una cita para recibir los artículos o servicios pertinentes dentro de un plazo de 72 horas antes de la fecha en que deben suministrarse los artículos o prestarse los servicios, estos documentos se proporcionarán el día en que se programe la cita.
- En los casos en los que se le proporcione a una persona los documentos de notificación y consentimiento el mismo día en que se le vayan a suministrar los artículos o prestar los servicios, incluidos los servicios posteriores a la estabilización, los documentos se proporcionarán como máximo 3 horas antes del suministro de los artículos o de la prestación de los servicios pertinentes.
 - El personal de Acceso de Pacientes de MGB no exigirá notificación y consentimiento para los servicios en los que estos no sean aplicables, de acuerdo con los requisitos descritos de la NSA (es decir, emergencias, servicios auxiliares).
 - El personal de Acceso de Pacientes de MGB proporcionará el formulario de notificación y consentimiento en físico, separado y no incorporado con otros documentos.

D. Pacientes no asegurados (pago por cuenta propia)

A los pacientes que no tengan seguro médico y respecto de los cuales no se haya determinado previamente que están aprobados para recibir asistencia financiera, o a los pacientes de bajos ingresos, como se describe con más detalle en la [sección V\(E\)](#), se les ~~pedirá~~ podría pedir que proporcionen un depósito con antelación a los servicios que no estén obligados a prestarse en virtud de la EMTALA.

- El depósito será igual al 100 % de los gastos presupuestados para el servicio a ser prestado, menos cualquier descuento (consulte la [sección V\(E\)](#)).
 - En aquellos casos en los que no sea posible elaborar un presupuesto exacto de los cargos, MGB podrá cobrar un monto predeterminado en concepto de depósito o garantizar de algún otro modo el pago.
- Si el paciente no realiza el depósito o indica que no puede realizarlo, se le puede remitir a [Asesoramiento Financiero para Pacientes](#).
- El asesor financiero de pacientes puede proporcionar información sobre los programas de asistencia financiera que estén disponibles para él o ella.
- A los residentes no asegurados se les ofrecerá asesoramiento financiero para determinar su elegibilidad para cualquiera de los programas estatales disponibles u otros programas patrocinados por el gobierno, y se les proporcionará información para ayudar al paciente a presentar las solicitudes para estos programas.
 - Los programas estatales incluyen, entre otros: Medicaid, ConnectorCare, Plan de Seguridad Médica para Niños y Red de Seguridad Sanitaria.
 - Si no existe la necesidad inmediata de prestar servicios, el ingreso o el servicio ambulatorio puede aplazarse o cancelarse hasta que el paciente pueda pagar, hacer arreglos financieros adecuados, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.

E. Pacientes de bajos ingresos (residentes de Massachusetts)

1. Definición y elegibilidad

- Se considera que los pacientes de bajos ingresos cumplen con los criterios establecidos en la sección 613.04(1) del título 101 del CMR de MA.
- Por lo general, esto incluye pacientes residentes de Massachusetts que han solicitado cobertura con EOHHS y tienen un ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) de MA verificado igual o inferior al 300 % de los niveles federales de pobreza (NFP).
- Al momento del registro, se verificará el estatus de elegibilidad del paciente para la cobertura en virtud de cualquier programa (Medicaid, Red de Seguridad Sanitaria y Plan de Seguridad Médica para Niños [CMSP] por debajo del 300 %).
- Las limitaciones descritas en esta sección para los pacientes de bajos ingresos son obligatorias para los servicios prestados en hospitales de atención aguda (consulte el [Anexo A](#)) y centros de salud con autorización federal de Massachusetts y, por lo general, excluyen los servicios prestados en consultorios afiliados, hospitales de Nuevo Hampshire, McLean Hospital y Spaulding Rehabilitation Network. Los descuentos por servicios en esas entidades se incluyen en la [Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes no asegurados](#).

Pacientes con bajos ingresos (residentes de Nuevo Hampshire)

- El ingreso bruto de Nuevo Hampshire es igual o inferior al 250 % de la guía federal de pobreza
- El ingreso bruto de WDH Dental Center es igual o inferior al 300 % de la guía federal de pobreza

2. Limitaciones del servicio

Los pacientes identificados como pacientes de bajos ingresos recibirán, en la medida de lo posible, servicios acordes con las directrices de cobertura, ya sea de la HSN o de Medicaid, incluidas las limitaciones de “servicios elegibles” (según las regulaciones estatales y el formulario de medicamentos aplicable).

3. Dificultades médicas de la HSN

Los residentes de Massachusetts de cualquier nivel de ingresos pueden calificar para el Programa de Dificultades Médicas de la HSN si sus gastos médicos permitidos exceden los ingresos de la familia más allá de su capacidad para pagar por los servicios elegibles. Este programa retrospectivo es, según las regulaciones, de alcance limitado, es una determinación anual de una sola vez y no es una categoría de cobertura (sección 613.05 del título 101 del CMR). Solo se puede presentar una solicitud para este programa después de la prestación del servicio, una vez que el paciente haya incurrido en una responsabilidad financiera.

a. Calificación de los gastos

El tipo y el monto de los gastos médicos permitidos se especifican en la sección 613.05 del título 101 del CMR. Pueden presentarse facturas pagadas y no pagadas con fechas de servicio de hasta 12 meses antes de la fecha de la solicitud, con un límite de 2 solicitudes en un período de 12 meses.

b. Proceso de presentación de solicitudes

MGB ayudará al paciente a recopilar toda la información pertinente y presentará la solicitud de dificultades médicas a la HSN para su revisión y aprobación o le proporcionará al paciente la información necesaria para presentar dicha solicitud. Los pacientes tienen la responsabilidad de recopilar y presentar la documentación de todos los gastos médicos que califiquen. MGB debe presentar las solicitudes a la HSN dentro de un plazo de 5 días después de recibir toda la documentación y las confirmaciones de parte del paciente.

c. Determinación

La HSN determinará si el paciente califica para el programa y le notificará a MGB qué facturas son responsabilidad del paciente y qué facturas le pueden ser presentadas a ellos. La determinación de las dificultades médicas se limita a las facturas que se incluyeron con la solicitud. No existe un período de elegibilidad y las facturas solo pueden utilizarse una vez para respaldar una solicitud.

d. Protección contra cobros

Se suspenderán todas las acciones de cobro en relación con todos los saldos que la HSN determine que son elegibles para la cobertura bajo dificultades médicas. Esto incluye los saldos que puedan haber sido asignados a un agente externo o a una agencia de cobros que trabaje en nombre de MGB. Si MGB no presenta la solicitud dentro de un plazo de 5 días después de recibir todas las confirmaciones de parte del paciente, entonces todos los saldos que podrían haber calificado bajo dificultades médicas están protegidos contra acciones de cobro.

4. Responsabilidad financiera de los pacientes de bajos ingresos

La responsabilidad financiera de los pacientes de bajos ingresos se limita a los copagos (de cualquier pagador excepto Medicare) o deducibles determinados por la HSN.

a. Copagos de farmacia

Los pacientes de bajos ingresos mayores de 18 años son responsables de los copagos para los servicios de farmacia. De conformidad con las políticas generales, se solicitarán los copagos al momento de recibir los servicios. Los copagos no pagados se tratarán como responsabilidad del paciente y se cobrarán de acuerdo con el proceso de cobro típico para pacientes que pagan por cuenta propia.

b. Depósitos para pacientes de bajos ingresos designados como HSN parcial o dificultades médicas

Se les solicitarán depósitos a estos pacientes siempre y cuando esta sea la cobertura principal para los saldos pendientes de todos los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia ni urgentes ([sección III\(B\)\(2\)](#)). Se revisará el estatus actual del deducible familiar anual del paciente y se le cobrará un depósito de su deducible anual o una contribución por dificultades económicas.

c. Planes de pago

A los pacientes de bajos ingresos se les notificará la disponibilidad de planes de pago para liquidar todos los saldos pendientes según los términos especificados en la [sección VI\(B\)](#).

d. Servicios no elegibles

A los pacientes de bajos ingresos se les exigirá pagar por adelantado por cualquier servicio no elegible, incluidos, entre otros, servicios para la infertilidad, servicios estéticos o servicios de podiatría no necesarios médicamente ([sección III\(B\)\(2\)](#)), siempre y cuando se le informe al paciente sobre el costo máximo de estos servicios y firme un reconocimiento de que dichos servicios no están cubiertos por la HSN ni por ningún otro programa de asistencia de Massachusetts. Los servicios se aplazarán hasta que se efectúe el pago de acuerdo con las directrices establecidas en la [sección III\(B\)\(2\)](#).

e. Hospitales de salud conductual y rehabilitación

La responsabilidad financiera por estos servicios está incluida en la [Política de asistencia financiera y descuentos para pacientes no asegurados](#).

5. Determinaciones de estatus pendientes

Las facturas de los pacientes para los que MGB haya presentado una solicitud para un programa estatal o de otro tipo patrocinado por el gobierno, por lo general, se retendrán durante un máximo de 30 días a la espera de la determinación. Transcurridos 30 días, podrán procesarse como pago por cuenta propia hasta que se haya llegado a una determinación. Los requisitos en cuanto a depósitos pueden obviarse a la espera de que un asesor financiero de pacientes determine que la solicitud del paciente está completa y se espera que sea aprobada.

F. Situaciones especiales para la autorización financiera; registro y responsabilidad financiera del paciente

Bajo ciertas circunstancias, pueden ser necesarios información o procedimientos adicionales para respaldar el procesamiento de las reclamaciones del paciente.

1. Indemnización al trabajador

Los servicios relacionados con accidentes laborales deben identificarse adecuadamente al momento del registro. Entre la información adicional que debe proporcionar el paciente se incluyen la fecha y hora del accidente, el nombre y número de teléfono del empleador y la compañía de seguro de indemnización al trabajador del empleador, así como su número de teléfono. (Consulte la [sección IV\(D\)\(5\)](#) relativa a la presentación de reclamaciones a las compañías de seguro de indemnización al trabajador antes de la presentación a la HSN).

2. Accidentes de tráfico (MVA) y responsabilidad civil de terceros

Los servicios relacionados con accidentes de tráfico o cualquier otra responsabilidad civil de terceros deben identificarse adecuadamente al momento del registro. Se realizarán esfuerzos diligentes para recopilar la información adicional que se requiere para la presentación de reclamaciones de MVA, incluidas la fecha y hora del accidente; la ubicación, para los casos de responsabilidad civil de terceros; la compañía de seguros de automóviles, si se conoce (excepto en Nuevo Hampshire (NH), donde MGB no puede presentar reclamaciones a la compañía de seguros de MVA); y el nombre de cualquier abogado asociado con la reclamación (si está disponible). (Consulte la [sección IV\(D\)\(3\)](#) relativa a la presentación de reclamaciones a las compañías de seguro de responsabilidad civil de MVA en MA antes de la presentación a la HSN).

- En NH, la reclamación se presentará al seguro médico del paciente o se le facturará directamente al paciente según sus indicaciones. Los servicios facturados al paciente por un MVA no están sujetos a descuentos (consulte la [sección IV\(D\)\(4\)](#)).

3. Víctimas de delitos violentos y violencia contra las mujeres (MA)

Los servicios relacionados con las víctimas que entran dentro de estas categorías deben identificarse adecuadamente al momento del registro, incluyendo la creación de cualquier cobertura especial requerida cuando esté indicada. En algunos casos, hay fondos limitados de la Oficina del Fiscal General de MA, NH y ME disponibles para cubrir los gastos médicos que no están cubiertos por el seguro médico o por la Red de Seguridad Sanitaria. No se les debe facturar a las víctimas de VVA por ningún servicio que califique.

4. Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica de 2010 (HITECH, por sus siglas en inglés)

Les ofrece a los pacientes el derecho a solicitar, al momento de recibir el servicio, que su información de salud del paciente (PHI, por sus siglas en inglés) relativa a algún artículo o servicio específico no sea enviada a su seguro médico para fines de pago.

- Se espera que el paciente pague cualquier saldo pendiente en su totalidad al momento del servicio o al recibir los estados de cuenta.
- HITECH solo permite que no se le facture al seguro del paciente.
- HITECH previene cualquier divulgación de información a terceros en las visitas identificadas.
* No niega la responsabilidad financiera del paciente por el pago de las cuentas.

5. Solicitudes confidenciales de la HSN

Se pueden presentar solicitudes confidenciales bajo dos circunstancias.

- **Menores:** se pueden presentar solicitudes confidenciales para menores que acudan en busca de servicios de planificación familiar y servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual. Estas solicitudes pueden procesarse con base en los ingresos del menor sin tomar en cuenta los ingresos de la familia.
- **Personas maltratadas o abusadas:** estas personas también pueden presentar una solicitud de cobertura de la HSN con base en sus ingresos individuales. A estos pacientes se les puede aprobar para recibir toda la gama de servicios cubiertos por la HSN.

6. Personas indocumentadas

Es posible que a los pacientes les preocupen las implicaciones en materia de inmigración que pueda tener el presentar una solicitud para obtener el estatus de paciente de bajos ingresos.

- A los pacientes con recursos limitados se les debe animar a presentar solicitudes para programas estatales o de otro tipo patrocinados por el gobierno.
- Si aun así los pacientes siguen expresando su preocupación, se les puede remitir a agencias externas para recibir asesoramiento.
- Los pacientes que se nieguen a presentar solicitudes de asistencia seguirán siendo tratados como pacientes de pago por cuenta propia.
- Deben seguir prestándose servicios urgentes y de emergencia (incluyendo hasta dos semanas de medicamentos necesarios para responder a amenazas inmediatas a la salud del paciente) ([sección IV\(B\)\(1\)](#)).
- Los servicios no urgentes y que no sean de emergencia ([sección III\(B\)\(2\)](#)) pueden aplazarse o cancelarse hasta que el paciente pueda pagar, hacer arreglos financieros adecuados, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.

7. Estudios de investigación

Los servicios relacionados con estudios de investigación deben identificarse al momento del registro para dicho servicio, a fin de garantizar que los cargos por estos se envíen al fondo de investigación designado. Es posible que se facturen al seguro médico del paciente los gastos de atención estándar relacionados con el estudio, y que se facturen al paciente los saldos de copago, deducible y coaseguro.

8. Donantes de órganos

MGB identificará a los donantes de órganos al momento del servicio y se asegurará de que las reclamaciones por estos servicios se apliquen al seguro apropiado o a alguna otra fuente de financiación.

9. Pacientes internacionales

Además de seguir los procedimientos indicados para los pacientes asegurados ([sección V\(C\)](#)) y no asegurados ([sección V\(D\)](#)), MGB hará todos los esfuerzos razonables para recopilar información sobre la dirección local y permanente de los residentes de países extranjeros y tomará las medidas adicionales apropiadas que sean necesarias para garantizar el pago por adelantado por todos los servicios no asegurados

G. Eventos graves notificables (SRE, por sus siglas en inglés)

MGB vela por el cumplimiento de los requisitos de facturación aplicables, incluidas las regulaciones del Departamento de Salud Pública (sección 130.332 del título 105 del CMR) en cuanto a la falta de pago por servicios específicos o readmisiones que MGB determine que fueron el resultado de un evento grave notificable (SRE). Los SRE que no ocurran en hospitales de atención aguda y en otros proveedores de MGB (consulte el [Anexo A](#)) están excluidos de esta determinación de no pago. MGB tampoco pretende el pago por parte de un paciente de bajos ingresos que haya sido determinado elegible para el programa Red de Seguridad Sanitaria y cuyas reclamaciones hayan sido inicialmente denegadas por un programa de seguros debido a un error administrativo de facturación por parte de MGB. MGB también mantiene toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables en materia de privacidad, seguridad y robo de identidad.

H. Asignación de deudas incobrables

Por lo general, las cuentas se anularán como deudas incobrables cuando se hayan agotado los esfuerzos internos de cobro. Esto suele ocurrir después de que la cuenta haya completado su ciclo de facturación de 120 días ([sección IV\(B\)](#)). Algunas cuentas pueden asignarse antes de los 120 días debido a circunstancias atenuantes como la imposibilidad de localizar al garante (p. ej., dirección incorrecta). Por lo general, las cuentas declaradas deudas incobrables serán objeto de esfuerzos de cobro adicionales, principalmente por parte de agencias de cobro externas o abogados especializados en cobros. MGB se asegurará de que todo el seguimiento de las deudas incobrables, ya sea realizado por personal interno o por una agencia externa, cumpla con lo siguiente:

1. Informes de crédito

Ni MGB ni sus agentes reportan las deudas incobrables de los pacientes a ninguna oficina de crédito. MGB y sus agentes pueden utilizar los servicios de una oficina de crédito para identificar la calificación crediticia de un paciente con el fin de determinar la capacidad del paciente para cumplir con sus obligaciones financieras.

2. Litigios

MGB y sus agentes pueden emprender acciones legales contra un paciente para obtener el fallo de un tribunal por montos que le sean adeudados. En ningún caso se utilizará una orden de copias (conocida como “orden de detención”) ni el embargo de salarios como parte de una gestión de cobro.

3. Gravámenes sobre la propiedad

MGB procurará el embargo, la ejecución y la venta de una propiedad únicamente después de que el paciente haya sido evaluado para recibir asistencia financiera y previa revisión y aprobación del director financiero del hospital de atención aguda o de algún otro proveedor de MGB. Si el paciente ha sido designado por la Oficina de Medicaid como de bajos ingresos o califica para algún programa de asistencia, entonces MGB no buscará la ejecución legal contra la residencia personal de un paciente o garante sin la aprobación específica de la Junta de Síndicos.

4. Agencias de cobro

- A cualquier agencia que pretenda cobrar saldos de pacientes en nombre de MGB se le exigirá que cumpla con esta Política de crédito y cobro.

- Cualquier queja importante de un paciente se le comunicará a MGB para su revisión y seguimiento.
- Todos los agentes cumplirán plenamente con las regulaciones federales de cobro justo de deudas aplicables, así como con las regulaciones de cobro de deudas que pueda determinar el fiscal general de Massachusetts o el estado correspondiente en el que se prestó el servicio.
- Todas las agencias informarán de forma oportuna sobre cualquier acción de cobro o de otro tipo, incluida la decisión de suspender las gestiones de cobro.
- En general, las agencias suspenderán las gestiones de cobro de cualquier cuenta asignada a ellas tan pronto como determinen que no hay potencial de cobro y cuando no haya habido ninguna actividad o pago en la cuenta durante no más de un año.

VI. Arreglos de pago

A. Descripción general

Los pagos pueden realizarse en una variedad de entornos en todos los hospitales de atención aguda y demás proveedores de MGB. Acuerdos de pago para cobros previos a la prestación del servicio, planes de pago o consideración de pagos parciales de depósitos. Todos los arreglos de pago se ajustarán a criterios predeterminados.

1. Formas de pago

- Los pagos anticipados pueden realizarse mediante cheque certificado/bancario, transferencia bancaria (podrían aplicarse cargos por transferencia bancaria) o tarjeta de crédito/débito. En la mayoría de los hospitales no se acepta dinero en efectivo. Por lo general, se aceptan cheques personales de bancos estadounidenses para saldos inferiores a \$5,000, a menos que existan antecedentes de cheques devueltos por insuficiencia de fondos. Los cheques personales pueden solicitarse con suficiente antelación a un servicio programado para permitir el tiempo necesario para su verificación. Es posible que los pacientes con antecedentes de deudas incobrables sean revisados de forma individual para determinar el método de pago adecuado.
- Los pagos mediante cheque personal deben enviarse a la dirección de remitente que aparece en el estado de cuenta del paciente, incluyendo el número de cuenta completo, a fin de evitar retrasos o la aplicación incorrecta de los fondos.
- Facturación y pago electrónicos: muchos centros de MGB ofrecen acceso electrónico a los estados de cuenta y al pago de los mismos por vía electrónica utilizando tarjetas de crédito/débito.
- Si se está apelando algún pago anticipado ante su seguro médico, este no se reembolsará hasta que el seguro médico reciba la totalidad de los pagos.
- Se aceptan pagos llamando al centro de llamadas de Soluciones de Facturación de Pacientes o a otros centros de atención al cliente designados.
- MGB implementará un proceso para realizar un seguimiento de cheques “malos/rebotados” por fondos suficientes y revertir cualquier pago que pueda haberse aplicado a la cuenta del paciente. La presentación de un cheque “malo/rebotado” por fondos insuficientes puede ser motivo para clasificar la cuenta como deuda incobrable.

2. Moneda

Salvo que se acuerde lo contrario, el pago se efectuará en la moneda de EE. UU. Los pagos realizados en moneda extranjera se aplicarán de acuerdo con el tipo de conversión especificado por el banco de MGB, menos las comisiones por conversión.

B. Planes de pago

Hay planes de pago sin intereses a disposición de todos los pacientes que lo soliciten. La aceptación final de un plan de pago está sujeta a una revisión completa del estatus del paciente y de su historial de pagos. Los planes de pago pueden establecerse en Patient Gateway o llamando a Soluciones de Facturación de Pacientes al (617) 726-3884. Soluciones de Facturación de Pacientes procesará y monitoreará todos los planes de pago de los pacientes. Por lo general, los planes cubrirán los saldos pendientes en todos los centros de MGB ([Anexo A](#)).

No se cobrarán intereses sobre los saldos cuando el paciente haya acordado un plan de pagos y esté al día con los mismos.

Los planes se revisarán periódicamente para garantizar que todos los pagos están al día. Si un paciente no realiza dos pagos, MGB puede clasificar la cuenta como deuda incobrable. Una vez que el paciente notifique un cambio en sus circunstancias financieras, MGB podrá reevaluar la obligación de pago pendiente del paciente.

Los saldos inferiores a \$100.00 se agregarán automáticamente a un plan de pago existente, si el pago mensual no aumenta, pero puede extender el plazo del plan de pago. Si el pago mensual se incrementará o si el (los) saldo(s) nuevo(s) es (son) superior(es) a \$100.00, estos saldos no se agregarán automáticamente a ningún plan de pago existente. La parte responsable puede añadir saldos nuevos a algún pago existente a través del portal Patient Gateway o poniéndose en contacto con Soluciones de Facturación de Pacientes llamando al 617-726-3884.

1. Planes de pago para deducibles parciales y dificultades médicas de la HSN

Es posible que se exija un pago inicial de \$500 o el 20 % del saldo deducible, lo que sea menor, incluidos todos los depósitos aceptados antes de la prestación del servicio en casos no urgentes ni de emergencia.

VII. Saldos a favor y reembolsos

Por lo general, MGB les reembolsará a los pacientes los saldos a favor que puedan resultar de haberles cobrado fondos de más. En los casos en que los esfuerzos para reembolsarle un saldo a favor a un paciente/garante resulten infructuosos, MGB remitirá los saldos a favor al Tesorero de la Mancomunidad de Massachusetts de conformidad con las regulaciones estatales sobre propiedades abandonadas.

1. Los pagos en exceso y los créditos se aplicarán primero a cualquier saldo pendiente abierto con cualquier otra entidad afiliada a Mass General Brigham, incluidas las cuentas de deudas incobrables antes de procesar cualquier reembolso, excepto para Cosmetic, Dental, IVF, McLean y Mass Eye and Ear. Los créditos se reembolsarán utilizando la forma de pago original. Un cheque puede tardar hasta 30 días desde que es cobrado por el banco. Los pagos con cheque se reembolsan a la parte responsable por montos de hasta \$999.99. Cualquier pago por cheque recibido por un monto de \$1000 o más será devuelto al beneficiario cuando la documentación del mismo esté disponible. Si la documentación del cheque no está disponible, el reembolso se emitirá a la parte responsable de la cuenta.

2. Pagos con tarjeta de crédito realizados con una tarjeta cerrada o un token expirado: el portal de pago no procesará reembolsos por tarjeta de crédito si el pago original tiene más de 18 meses de antigüedad o si la tarjeta de crédito en los archivos está expirada. Estos reembolsos deben hacerse mediante cheque.
3. Las transferencias electrónicas requieren documentación adicional que puede hacer necesario que el reembolso se apruebe en su totalidad. Las verificaciones suelen requerir que los fondos se devuelvan a la misma cuenta bancaria desde la que se desembolsaron. Esta verificación suele acompañar a la solicitud. Esto incluye también los reembolsos por Flywire.

Reembolso para un paciente fallecido: Los reembolsos se efectuarán como se indica a continuación:

1. Tarjeta de crédito: se emite a la tarjeta de crédito si esta aún puede aceptar el reembolso.
2. Sucesión: si se ha abierto una sucesión y sigue activa, la devolución se efectuará preferentemente a dicha sucesión.
3. Si el saldo es inferior a \$500 y no hay sucesión, entonces el reembolso puede ser emitido al cónyuge superviviente, siempre que el cónyuge esté identificado como el pariente más cercano en el expediente.
4. Si no hay sucesión y el saldo es de \$500 o más, se le pedirá al pariente más cercano/cónyuge identificado que complete una declaración jurada antes de la emisión del reembolso.
5. Si no hay una sucesión y el saldo es de \$500 o más, y un familiar que no sea el cónyuge llama, debe abrir una sucesión testamentaria voluntaria.

Anexo A: Entidades afiliadas a Mass General Brigham

Esta política se aplica a las siguientes entidades de Mass General Brigham:

Hospitales de atención aguda

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

Hospitales de salud conductual

- McLean Hospital (MCL)

Hospitales de atención posaguda

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

Organizaciones de médicos

- Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)
- Brigham and Women's Physicians Organization (BWPO)
- North Shore Physicians Group (NSPG)

Newton Wellesley Medical Group (NWMG)
Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)
Nantucket Medical Group (NMG)
Mass Eye and Ear Associates
Wentworth Health Mass General Brigham (WHP)
Mass General Brigham Community Physicians - grupos de propiedad exclusiva
Pentucket Medical Associates (PMA)
Mystic Health Care
Atención en el hogar
Mass General Brigham Home Care
Atención ambulatoria de Mass General Brigham
Atención de urgencia de Mass General Brigham

Tenga en cuenta que a los médicos asociados a estas entidades, pero que facturan de forma “privada”, se les anima, pero no se les obliga, a seguir esta política. Se pueden encontrar más detalles en la [lista de proveedores afiliados a Mass General Brigham](#).

Anexo B: Solicitud de asistencia financiera

La solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham se puede encontrar aquí:
<https://www.massgeneralbrigham.org/content/dam/mgb-global/en/patient-care/patient-and-visitor-information/financial-assistance/documents/assistance-information/english/financial-assistance-application-english.pdf>

Asistencia financiera | Wentworth-Douglass Hospital

Wentworth-Douglass está comprometido a brindar servicios de atención médica de calidad a todas las personas en nuestra área de servicio, independientemente de su capacidad de pago.

<https://www.wdhospital.org/wdh/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>

La solicitud está disponible en 10 idiomas en www.massgeneralbrigham.org: inglés, árabe, chino, criollo haitiano, indonesio, camboyano, portugués, ruso, español y vietnamita.



Mass General Brigham Financial Assistance Application

Please print out and complete all sections of the application that apply to you. **This application cannot be completed electronically.** Please read all instructions before completing application.

This application is used to evaluate your eligibility for financial assistance on medical bills from Mass General Brigham providers. You can use this application to apply for help with health care bills from any of the following Mass General Brigham entities:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salerni Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Northshore Cottage Hospital	Northshore Cottage Medical Group
Cooley Dickinson Hospital	Cooley Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham Financial Assistance is not considered a substitute for enrolling in any available health insurance program or assistance plan. While the program covers all Medically Necessary Services, discounts vary based on the type of services provided and the location that the care was provided. Please refer to the complete policy on our website for the details on what is covered. A partial list of services that are typically excluded follows:

- Out of Network Dentals
- Cosmetic Surgery
- Infertility Services (ART & IVF)
- Most non-medically necessary care including Gastric Bypass Services
- Patient Convenience Items including premium accommodations
- Services that are designated as "Self-Pay Only"

Failure to apply for a government assistance program that you potentially qualify for could result in a delay or denial of your application. If you need help applying for government assistance programs, one of our Mass General Brigham Financial Counselors can help.

You must fully disclose any other coverage, third-party liability claim, motor vehicle coverage or workers compensation coverage to be considered.

If you have any questions on this application, please contact [Patient Financial Services](#) at your hospital or call (617) 726-3884.

Mass 11273 Page 1 of 7

Anexo C: Informes, auditoría y cumplimiento de las regulaciones

Estas políticas pretenden ayudar a garantizar el cumplimiento de las regulaciones estatales aplicables en Nuevo Hampshire y Massachusetts, incluidos los criterios para las políticas de crédito y cobro según el capítulo 58 de la Ley General de Massachusetts (MGL, por sus siglas en inglés) y las regulaciones relacionadas promulgadas específicamente por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de MA, la sección 614 del título 101 del CMR y la sección 613 del título 101 del CMR (Red de Seguridad Sanitaria), en lo sucesivo denominadas “Regulaciones Estatales”. Además, esta política aborda los requisitos del Manual de reembolso a proveedores de Medicare (parte 1, capítulo 3), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, los Requisitos de deudas incobrables de Medicare (la sección 413.89 del título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR, por sus siglas en inglés]) y la sección 501(r) del Código de Rentas Internas, según lo exigido en virtud de la sección 9007(a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Ley Pública n.º 111-148).

MGB cumplirá con todos los requisitos de presentación de informes según lo definido en el capítulo 118G de la MGL y las secciones 613 y 614 del título 101 del CMR relacionadas, así como los boletines administrativos relacionados. MGB mantendrá registros auditables de las actividades realizadas en cumplimiento de los criterios y requisitos de las secciones 613 y 614 del título 101 del CMR. MGB presentará esta Política de crédito y cobro de forma electrónica ante la Oficina de Medicaid, Red de Seguridad Sanitaria, según se requiera, cuando se modifique o cuando se promulguen cambios regulatorios por parte de la Oficina de Medicaid, Red de Seguridad Sanitaria, que obliguen a la presentación de una nueva política.

Referencia:

Reglamentos de MA, secciones 613 y 614 del título 101 del CMR, y capítulo 118G de la MGL.
 Sección 501(r)c del IRS