

Índice

I. Objetivo	2
A. Descripción general	2
B. Ámbito de aplicación	2
II. Definiciones	2
III. Política de asistencia financiera	5
A. Descripción general	5
B. Elegibilidad de los pacientes	5
1. Por lo general	5
2. Cualificaciones financieras	6
3. Responsabilidades del paciente	7
C. Servicios elegibles para asistencia financiera	7
1. Servicios de urgencia/emergencia	7
2. Servicios electivos en hospitales de atención aguda y organizaciones de médicos	8
3. Servicios electivos en atención posaguda y McLean Hospital	8
4. Servicios excluidos	9
D. Descuentos por asistencia financiera	10
1. Montos generalmente facturados	10
2. Tasas de descuento para asistencia financiera	11
E. Proceso de presentación de solicitudes	13
F. Relación entre la Política de asistencia financiera y la Red de Seguridad Sanitaria (HSN)	14
1. Descripción general de la Red de Seguridad Sanitaria	14
2. Red de Seguridad Sanitaria completa y parcial	14
3. Dificultades Médicas de la HSN y HSN Confidencial	15
IV. Descuentos para pacientes no asegurados	15
A. Descripción general	15
B. Descuentos para personas no aseguradas y exclusiones	16
1. Descuentos disponibles	16
2. Exclusiones	17
V. Consideración individual	17
VI. Asesoramiento financiero	18
A. Servicios de asesoramiento financiero para pacientes	18
VII. Publicación y difusión de la Política de asistencia financiera	18
Anexo A: Entidades afiliadas a Mass General Brigham	19
Anexo B: Solicitud de asistencia financiera	21

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

Las entidades de Mass General Brigham reconocen que algunos pacientes tienen recursos limitados y pueden no tener acceso a cobertura de seguro para todos los servicios. Esta política se ha elaborado para ayudar a los pacientes no asegurados y a los pacientes con seguro insuficiente con recursos económicos limitados.

Este documento describe los criterios de elegibilidad, el método y las circunstancias en las que los pacientes pueden acceder a los siguientes descuentos:

1. [Asistencia financiera, sección III](#): programa de descuentos basado en la situación financiera del paciente, si se cumplen todos los demás parámetros del descuento.
2. [Descuentos para pacientes no asegurados, sección IV](#): programa de descuentos para todos los pacientes no asegurados que está disponible independientemente de la situación financiera del paciente si se cumplen los demás parámetros para el descuento.

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 lego prudente, que posea conocimientos promedio de salud y

medicina, pueda esperar de forma razonable que la ausencia 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 **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.

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 la situación financiera del paciente 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 Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).

Asesor financiero: representantes responsables de evaluar la responsabilidad del paciente, identificar y ayudar con las 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.

Atención en el hogar: cualquier servicio prestado por MGB Home Care

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.

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.

Otros servicios: servicios cuya necesidad médica no le ha sido demostrada al profesional clínico revisor o en los que las cualificaciones 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 no consideran 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)), 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.

Área principal de servicio: se considera que el área principal de servicio de MGB es el este de Massachusetts, al este de la interestatal 495, incluidos Cape Cod, Nantucket y Martha's Vineyard.

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.

Eventos graves notificables (SRE, por sus siglas en inglés): incidente grave, en gran medida evitable, relacionado con la seguridad del paciente que no debería ocurrir si los proveedores de atención médica hubieran implementado las medidas preventivas disponibles.

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

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. Los pacientes cuya única cobertura es MassHealth Limited o Red de Seguridad Sanitaria (HSN, por sus siglas en inglés) se consideran, por lo general, no asegurados, ya que estos programas no funcionan según las reglas estándar de cobertura de seguros.

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 lea prudente pudiera creer de forma razonable que la ausencia 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.

III. Política de asistencia financiera

A. Descripción general

- Se les puede proporcionar asistencia financiera a los pacientes con recursos económicos limitados para que los servicios de atención sanitaria médicamente necesarios sean más asequibles para aquellos pacientes que no califican para los programas de seguro patrocinados por el gobierno (como Medicaid o Medicare), que no pueden costear su prima de Medicare o que están inscritos en la Red de Seguridad Sanitaria (HSN) o MassHealth Limited, para proporcionarles una cobertura más completa de los servicios.
- Las determinaciones de asistencia financiera pueden tomarse antes o después de la prestación del servicio con base en la situación financiera del paciente, el tipo y la ubicación de los servicios prestados, el estatus del seguro del paciente y la clasificación general del servicio prestado.
- Los servicios de emergencia se prestarán siempre sin revisión de la situación financiera del paciente hasta los límites exigidos por la EMTALA.
- Esta política aborda todos los servicios médicamente necesarios; sin embargo, solo algunos tipos de servicios médicamente necesarios califican para descuentos por asistencia financiera, entre ellos:
 - Servicios de urgencia y emergencia.
 - Servicios electivos en un hospital de atención aguda, como se describe en la [sección III\(C\)\(2\)](#).
 - Servicios electivos en un hospital de atención posaguda y servicios de salud conductual, como se describe en la [sección III\(C\)\(3\)](#).
 - Servicios dentales en el Centro Dental Comunitario de Wentworth Health Partners (WHP) con las limitaciones descritas en la [sección III\(D\)\(2\)\(d\)](#).

B. Elegibilidad de los pacientes

1. Por lo general

- Los pacientes con necesidad económica demostrada, ya sea por ingresos limitados o porque sus facturas médicas equivalen a una parte excesiva de sus ingresos, serán considerados para descuentos.

- Los pacientes deben ser residentes de MA, NH o no residentes que reciben tratamiento de emergencia en un centro de MGB.
- Los descuentos basados únicamente en los ingresos suelen limitarse a pacientes con ingresos familiares inferiores o iguales al 300 % de la guía del nivel federal de pobreza (NFP).
- Los pacientes con ingresos familiares superiores al 300 % pero inferiores o iguales al 600 % del NFP aún pueden calificar si pueden demostrar que sus gastos médicos anuales superaron el 30 % de sus ingresos en el período de 12 meses más reciente. Para las familias con ingresos superiores al 600 %, el umbral lo constituyen facturas médicas que superen el 40 % de sus ingresos. Los gastos deben haberse producido en los 12 meses anteriores y se limitan a aquellos que podrían potencialmente calificar como gastos médicos de acuerdo con el Servicio de Impuestos Internos de EE.UU. Los pacientes que deseen ser considerados para descuentos en virtud de esta política deben proporcionar de manera oportuna la documentación solicitada de ingresos, residencia, activos y gastos médicos que califiquen.

2. Cualificaciones financieras

a. Ingresos

Las guías del nivel federal de pobreza publicadas más recientemente, utilizando los ingresos totales de los grupos familiares, se utilizarán como principal factor determinante, aunque los activos se utilizarán tal y como se describe en la [sección III \(2\)\(b\)](#) más adelante.

Consulte el año en curso o los tamaños adicionales de los grupos familiares del NFP en el siguiente enlace: [Guías de pobreza | ASPE \(hhs.gov\)](#).

b. Activos

Los activos también se utilizarán cuando:

- El paciente reside fuera de EE. UU. o Canadá.
- El paciente ha fallecido; la determinación debe incluir la revisión de la herencia.
- Se ha determinado que el paciente no es elegible y está presentando una apelación para que se le considere de forma individual debido a circunstancias únicas.
- Cuando un paciente está cubierto por Medicare, excluidos los planes Medicare Advantage, existe el objetivo de reportar cualquier saldo anulado como deuda incobrable de Medicare. Los saldos solo pueden ser de coseguros o deducibles, la familia del paciente debe estar por debajo del 201 % del NFP y el paciente debe emitir una declaración indicando que no puede pagar los saldos, incluso haciendo uso de sus activos.

c. Gastos médicos

- Los gastos médicos anuales pueden utilizarse para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera cuando los ingresos antiguos del grupo familiar de un paciente son >300 % del NFP, según la [sección III\(B\)\(1\)](#).

- Los gastos deben haberse producido en los 12 meses anteriores y se limitan a aquellos que podrían potencialmente calificar como gastos médicos de acuerdo con el Servicio de Impuestos Internos de EE.UU.
- Los pacientes que deseen ser considerados para descuentos en virtud de esta política deben proporcionar de manera oportuna la documentación solicitada de ingresos, residencia, activos y gastos médicos que califiquen.

3. Responsabilidades del paciente

Los pacientes deben cumplir con las siguientes condiciones para calificar para la asistencia financiera. No cumplir con estas condiciones dará lugar a que el paciente sea descalificado para su consideración.

- a. Obtener y mantener una cobertura de seguro si el paciente dispone de una cobertura asequible, ya sea de un programa de seguro patrocinado por el gobierno (Medicaid/Medicare), un seguro comercial de su empleador o de ConnectorCare o de programas subsidiados similares.
 - Es posible que se le solicite al paciente presentar evidencia de haber solicitado cobertura.
 - El paciente debe hacer esfuerzos razonables para proporcionar y presentar de manera oportuna toda la documentación solicitada que sea necesaria para inscribirse en la cobertura estatal.
- b. A excepción de las personas que son presuntamente elegibles ([sección III\(F\)\(2\)](#)), los pacientes deben completar una Solicitud de asistencia financiera como se describe en la [sección III\(E\)](#) o hacer esfuerzos razonables para proporcionar y presentar toda la documentación solicitada relacionada con ingresos, activos y residencia para verificar su calificación para cualquier asistencia financiera de Mass General Brigham de manera oportuna.
- c. Revelar información completa sobre cualquier cobertura de Indemnización al Trabajador, Accidentes de Tráfico o Responsabilidad Civil de Terceros y cooperar con las solicitudes para que las reclamaciones sean procesadas por dicha cobertura.
- d. Mantener a las entidades de Mass General Brigham informadas sobre la información demográfica y de seguros actual.
- e. Pagar todos los saldos de acuerdo con los plazos acordados.

C. Servicios elegibles para asistencia financiera

1. Servicios de urgencia/emergencia

Los servicios médicamente necesarios que se ajusten a la definición de servicios de emergencia o de urgencia serán considerados para asistencia financiera, excepto en el caso de ciertos servicios amparados por la cobertura de Responsabilidad Civil de Terceros, incluida la cobertura de Accidentes de Tráfico e Indemnización al Trabajador. Los servicios se le facturarán en primer lugar a cualquier seguro médico, cuando proceda.

2. Servicios electivos en hospitales de atención aguda y organizaciones de médicos

Los servicios electivos califican para asistencia financiera cuando:

- a. El paciente reside en el área principal de servicio de Mass General Brigham y ha presentado solicitudes para todos los programas gubernamentales y no gubernamentales disponibles.
Nota: en el caso de los residentes de MA, por lo general esto se demuestra por medio de su inscripción en MassHealth Limited o en la Red de Seguridad Sanitaria (HSN) de Massachusetts. Esto se aplica normalmente a los servicios prestados por las organizaciones de médicos de Mass General Brigham, como se describe en la [sección III\(F\)](#).
- b. Servicios que están directamente próximos, dentro de un período de 60 días, a un servicio de urgencia/emergencia y que son atención de seguimiento respecto del servicio anterior.
- c. Se evalúa al paciente en cuanto a su situación económica y se determina que ha buscado diligentemente todas las opciones de cobertura disponibles y que no es elegible para ninguna otra cobertura. La evaluación debe realizarse al menos cada 12 meses.
- d. No es un servicio incluido en la lista de Servicios excluidos, [sección III\(C\)\(4\)](#)

Consulte el [Anexo A](#) para conocer los hospitales de atención aguda y las organizaciones de médicos cubiertos.

3. Servicios electivos en atención posaguda y McLean Hospital

Los servicios electivos califican para asistencia financiera cuando:

- a. El paciente reside en el área principal de servicio de Mass General Brigham y ha presentado solicitudes para todos los programas gubernamentales y no gubernamentales disponibles.
Nota: en el caso de los residentes de MA, por lo general esto se demuestra por medio de su inscripción en MassHealth Limited o en la Red de Seguridad Sanitaria (HSN) de Massachusetts, ya que los hospitales de atención posaguda, salud conductual y atención en el hogar [...] cuando los servicios no califican para su facturación a la HSN.
- b. La evaluación previa de los servicios identifica que los servicios especializados solo están disponibles en los centros de Mass General Brigham.
Nota: Los pacientes suelen ser evaluados para obtener una autorización financiera en atención posaguda y McLean Hospital, y se puede aplazar su admisión tras una revisión clínica si hay disponible algún centro más apropiado.
- c. El centro acepta al paciente para su atención a sabiendas de que dispone de recursos limitados o nulos para pagar por ella. Estos pacientes suelen proceder del área principal de servicio del Mass General Brigham y están inscritos en MassHealth Limited o HSN, lo que demuestra la limitación de sus recursos económicos.
- d. McLean Hospital: Los pacientes establecidos que incurran en gastos significativos por atención electiva médicamente necesaria y que se queden sin seguro durante la terapia serán considerados para asistencia financiera, ya sea hasta que puedan restablecer su seguro médico o hasta que su atención pueda ser transferida a un entorno apropiado.

Se requiere la recomendación del proveedor del paciente con respecto a la necesidad clínica, además de que el paciente cumpla con el proceso rutinario de asistencia financiera.

- e. No es un servicio incluido en la lista de Servicios excluidos, [sección III\(C\)\(4\)](#)

Consulte el [Anexo A](#) para conocer los hospitales de atención posaguda y los proveedores de servicios de salud conductual cubiertos.

4. Servicios excluidos

a. Limitaciones del área de servicio

Los pacientes que acudan a un centro de Mass General Brigham desde fuera del área principal de servicio para recibir la atención que una persona razonable podría haber previsto que necesitarían, por lo general **no** serán considerados para asistencia financiera o descuentos. Esto incluye presentarse como una emergencia cuando la afección subyacente era conocida por el paciente antes de su viaje a un centro de Mass General Brigham para recibir atención. Entre los ejemplos de exclusión se incluyen atención obstétrica y especialidades cuando el paciente ya es consciente de una afección para la que razonablemente esperaría recibir la atención necesaria, incluida la atención oncológica, los servicios cardíacos, los servicios especializados de rehabilitación y los servicios psiquiátricos. Esto no excluye los servicios de emergencia a causa de un accidente o de complicaciones derivadas de una afección preexistente cuando una persona razonable no hubiera previsto que se necesitaría atención de emergencia antes de viajar a nuestra área de servicio.

b. Cobertura de la red de pacientes asegurados

Los pacientes que saben de antemano que su plan de seguro médico no cubrirá los servicios en un centro de Mass General Brigham, ya sea debido a contratación, limitaciones de la red o requisitos de autorización previa, y se presentan en uno de dichos centros para recibir un servicio que podría haberse prestado en un centro cubierto por su plan de seguro médico o en el que se dispusiera de algún otro tipo de asistencia financiera, normalmente no calificarán para asistencia financiera. Esto incluye saldos derivados de una denegación por servicios no remitidos, no autorizados o fuera de la red.

c. Exclusiones de servicios específicos

- Cirugía estética
- Fecundación in vitro (FIV)
- Terapia de reproducción avanzada (ART, por sus siglas en inglés)
- Servicios de baipás gástrico sin que el pagador haya determinado la necesidad médica
- Cuentas vinculadas a un estudio de investigación
- Artículos de conveniencia para el paciente que incluyen alojamiento premium y alojamiento para pasar la noche que se basan en una solicitud del paciente y que normalmente no están cubiertos por un plan de seguro médico
- Otros servicios no médicamente necesarios que se facturan de acuerdo con un programa de tarifas de pago por cuenta propia predeterminado

- Todos los programas residenciales con todo incluido que no presentan reclamaciones a la compañía de seguros médicos en McLean Hospital

D. Descuentos por asistencia financiera

1. Montos generalmente facturados

De acuerdo con la sección 501(r) del IRS, los hospitales deben limitar los cargos a los pacientes y los servicios calificados en virtud de nuestra Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) a los montos generalmente facturados (MGF) a las compañías comerciales y a Medicare. Mass General Brigham determina los MGF dividiendo primero el total de los pagos entre el total de los cargos de todos los planes comerciales y de Medicare en conjunto para el año fiscal anterior para determinar el factor de pago a cuenta (PAF, por sus siglas en inglés) para el año fiscal anterior. El descuento mínimo por FAP para el año fiscal en curso es el inverso del PAF del año anterior. Esto reducirá los cargos facturados a los pacientes que califican a no más de los MGF para el año anterior.

Ejemplo:

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

El porcentaje de la Política de Asistencia Financiera (FAP) por entidad, basado en las reclamaciones del año fiscal 2025, es el siguiente:

Hospitales:

Entity	FAP
Brigham and Women's Hospital	69.2%
Cooley Dickinson Hospital	66.6%
Brigham and Women's Faulkner Hospital	67.2%
McLean Hospital	45.9%
Mass Eye & Ear	56.7%
Massachusetts General Hospital	68.9%
Marthas Vineyard Hospital	55.4%
Nantucket Cottage Hospital	58.6%
Salem Hospital	69.1%
Newton Wellesley Hospital	65.3%
Healthcare at Home	12.2%
Spaulding Rehab Hospital Cape Cod	56.4%
Spaulding Hospital Cambridge	66.8%
Spaulding Nursing and Therapy Center Brighton	58.0%
Spaulding Rehab Hospital Boston	62.7%
Wentworth Douglass Hospital	69.8%
	67.7%

Organizaciones de médicos:

Tax Entity Description	FAP
Brigham and Women's Physicians Organization	62.4%
Cooley Dickenson Medical Group	62.5%
CDMG UCC Southampton	66.4%
Massachusetts Eye and Ear Associates	66.2%
Mass General Brigham Community Physicians	68.5%
Mass General Brigham Medical Group	70.7%
Mass General Brigham Urgent Care	81.8%
Mass General Physicians Org	63.0%
Nantucket Physicians Org	69.6%
North Shore Physicians Group	67.8%
Newton Wellesley Medical Group	65.4%
Wentworth Douglass Physician Corporation	64.4%
	64.2%

2. Tasas de descuento para asistencia financiera

a. Hospitales de atención aguda y organizaciones de médicos

Para los servicios descritos en la [sección III\(C\)\(2\)](#):

Ingreso familiar % NFP	Hospitales de atención aguda enumerados en el Anexo 1 EXCEPTO WDH	Wentworth Douglass Hospital (WDH)
De 0 a 150 %	100 % ¹	100 %
De 150.1 a 250 %	85 % ²	100 %
De 251 a 300 %	70 % ³	0 %
De 300.1 a 600 %	70 % SI los gastos médicos superan el 30 % de los ingresos según la sección III(B)(1)	N/A
Más del 600 %	70 % SI los gastos médicos superan el 40 % de los ingresos según la sección III(B)(1)	N/A

¹ En el caso de las organizaciones de médicos, se presume que los pacientes con HSN completo son elegibles para recibir este descuento, de acuerdo con la [sección III\(F\)\(2\)](#)

² En el caso de las organizaciones de médicos, se presume que los pacientes con HSN parcial son elegibles para recibir este descuento, de acuerdo con la [sección III\(F\)\(2\)](#)

³ En el caso de las organizaciones de médicos, se presume que los pacientes con HSN parcial son elegibles para recibir este descuento, de acuerdo con la [sección III\(F\)\(2\)](#)

b. Hospitales de atención posaguda y MGB Home Care

Para los servicios descritos en la [sección III\(C\)\(3\)](#):

Ingreso familiar % NFP	Descuento
De 0 a 150 %	100 %
De 150.1 a 250 %	75 %
De 251 a 300 %	70 %
De 300.1 a 600 %	60 % SI los gastos médicos superan el 30 % de los ingresos según la sección III(B)(1)
Más del 600 %	60 % SI los gastos médicos superan el 40 % de los ingresos según la sección III(B)(1)

c. Hospitales de salud conductual (McLean Hospital)

i. Para los servicios descritos en la [sección III\(C\)\(3\)](#)

Ingreso familiar % NFP	Descuento
De 0 a 150 %	100 %
De 150.1 a 250 %	80 %
De 251 a 300 %	60 %
De 300.1 a 600 %	60 % SI los gastos médicos superan el 30 % de los ingresos según la sección III(B)(1)
Más del 600 %	60 % SI los gastos médicos superan el 40 % de los ingresos según la sección III(B)(1)

ii. Tarifa nocturna de McLean Hospital

Esta tarifa está asociada con un servicio de hospitalización parcial y se tomará en consideración para una escala variable utilizando la guía del nivel federal de pobreza (NFP) cuando no esté cubierta por el seguro con base en la necesidad médica.

Ingreso familiar % NFP	Descuento
De 0 a 100 %	90 %
De 100.1 a 200 %	75 %
De 200.1 a 300 %	50 %
De 300.1 a 400 %	25 %

d. Centro Dental Comunitario de Wentworth Health Partners (WHP)

Los pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 300 % del NFP pueden calificar para recibir descuentos por asistencia financiera.

- Tarifa fija de \$35 por visita

- Algunos servicios, incluidas las dentaduras postizas y coronas, tendrán una tarifa más alta, hasta el 50 % del costo en la visita inicial y el 50 % del costo en la visita para el ajuste.
- Limitado a residentes de Barrington, NH; Dover, NH; Durham, NH; Lee, NH; Madbury, NH; Rollinsford, NH; Somersworth, NH; Berwick, ME; y South Berwick, ME.

E. Proceso de presentación de solicitudes

- Se les animará a los pacientes a presentar solicitudes para ser considerados para recibir asistencia financiera en todos los casos en los que cumplan con los requisitos básicos descritos en esta política. Se revisarán todas las solicitudes, incluso los casos en que no se hayan cumplido todos los requisitos.
- Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el prerregistro, el registro, la estadía en el hospital, el servicio ambulatorio o a lo largo de todo el ciclo de facturación y cobro.
- El proceso de solicitud puede iniciarse directamente con Servicio al Cliente de PBS, Cobranzas de PBS o por medio del contacto con un asesor financiero de pacientes en cualquier hospital o centro de salud de Mass General Brigham. Esta política y todos los formularios de solicitud también están disponibles en la página principal de Mass General Brigham en el menú desplegable bajo “For Patients” [Para los pacientes]. [www.massgeneralbrigham.org/patient-information]
- Por lo general, solo las solicitudes totalmente completadas se revisarán para su consideración, y todas las solicitudes se enviarán a PBS para su determinación final. Todas las solicitudes serán evaluadas para determinar si el paciente ha cumplido con sus obligaciones, incluida la obligación de obtener cualquier cobertura de seguro disponible. También se revisará el estatus del paciente para determinar si podría ser elegible para algún programa estatal o federal. El personal designado de PBS revisará todas las solicitudes, se pondrá en contacto con los solicitantes para obtener información complementaria y les comunicará los resultados. Por lo general, las solicitudes tendrán una validez de un año a partir de la fecha de la solicitud.

Los descuentos aprobados en virtud de esta política se aplicarán cuando se considere que un paciente califica. Se les ofrecerán planes de pago sin intereses a los pacientes según las directrices existentes en la [Política de crédito y cobro](#) de Mass General Brigham. Todas las demás prácticas de cobro, incluidas las acciones que pueden emprenderse por falta de pago de saldos, se especifican en la [Política de crédito y cobro](#) de Mass General Brigham.

- 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.

F. Relación entre la Política de asistencia financiera y la Red de Seguridad Sanitaria (HSN)

1. Descripción general de la Red de Seguridad Sanitaria

- La Mancomunidad de Massachusetts cuenta con un programa de red de seguridad que proporciona cierta cobertura para servicios de atención médica en hospitales de atención aguda de MA para residentes de Massachusetts con ingresos familiares de hasta el 300 % del NFP que no califican para MassHealth (Medicaid).
 - Hay cobertura total de la HSN disponible hasta el 150 % del NFP
 - Hay HSN parcial disponible desde el 150 % hasta el 300 % del NFP
- La cobertura de la HSN puede ser secundaria a la de otros seguros (Medicare, Medicaid o comerciales) y funciona como una red de seguridad para pacientes designados como de bajos ingresos según las regulaciones de Massachusetts. Por lo general, la cobertura excluye los montos de los copagos determinados por la cobertura del seguro principal, a excepción de los copagos de Medicare o de los planes de reemplazo de Medicare, que sí están incluidos.
- Todos los servicios médicamente necesarios están disponibles para estos pacientes de forma gratuita (HSN completo) o después de satisfacer un deducible anual (HSN parcial).

2. Red de Seguridad Sanitaria completa y parcial

- Todos los hospitales de atención aguda de Mass General Brigham con sede en Massachusetts (consulte el [Anexo A](#)), incluidos los centros de salud con licencia hospitalaria y los consultorios médicos hospitalarios designados, participan en esta cobertura y cumplen todos los aspectos de las regulaciones de la HSN.
- Otras entidades de Mass General Brigham, que por ley están excluidas de participar en la HSN, utilizarán el estatus aprobado de HSN del paciente como presunta cualificación para la asistencia financiera de Mass General Brigham para servicios elegibles, según la [sección III\(C\)](#).

Presuntos descuentos

	HSN completa	HSN parcial
Organizaciones de médicos	100 %	70 %
Hospitales de atención posaguda	Puede estar disponible con la determinación que se hará durante la preevaluación financiera del paciente para estos servicios programados.	
Hospitales de salud conductual		

- Los pacientes cuya única cobertura es MassHealth Limited o HSN se consideran, por lo general, no asegurados, ya que estos programas no funcionan según las reglas estándar de cobertura de seguros. Los saldos adeudados a hospitales de atención aguda como parte de

un deducible de la HSN parcial son elegibles para el descuento para pacientes no asegurados, como se describe en la sección IV.

3. Dificultades Médicas de la HSN y HSN Confidencial

- La HSN incluye tres programas adicionales (Servicios Confidenciales para Adultos, Servicios Confidenciales para Menores y Dificultades Médicas) que están a disposición de los pacientes. La participación en estos programas suele facilitarla un [asesor financiero para pacientes](#) en uno de los hospitales de atención aguda.
- El Programa de Dificultades Médicas de la HSN está disponible para los residentes de Massachusetts con niveles de ingresos más elevados. Se les debe animar a los pacientes a presentar solicitudes para este programa cuando sus gastos de bolsillo por atención médica representen una parte importante de sus ingresos, por lo general más del 30 % de su ingreso familiar.
 - Las solicitudes deben ser iniciadas por un asesor financiero de pacientes en un hospital de atención aguda. Cada solicitud puede incluir gastos médicos incurridos en los 12 meses anteriores a la presentación de la misma, con un límite de 3 solicitudes por año.
 - Todos los saldos seguirán considerándose saldos de pago por cuenta propia válidos hasta que la HSN apruebe la solicitud. Esto no implica una cobertura general en el programa de la HSN.
 - Por lo general, a los pacientes se les informará sobre el programa cuando llamen al Servicio al Cliente de PBS o a un asesor financiero de pacientes cuando tengan saldos elevados y estén preocupados por el pago de sus facturas. Tanto los asesores financieros de pacientes, en el caso de saldos elevados de pacientes hospitalizados, como los representantes de cobros, en el caso de saldos elevados de garantes, realizan algunos esfuerzos de acercamiento proactivos limitados. Los asesores financieros de pacientes orientan sobre la aplicabilidad del programa a todos los pacientes que se ponen en contacto con ellos o que les son remitidos, y trabajan con ellos para completar las solicitudes y presentarlas a la HSN.

IV. Descuentos para pacientes no asegurados

A. Descripción general

- Por lo general, todas las entidades de Mass General Brigham les ofrecen a los pacientes no asegurados un descuento en los cargos, para la mayoría de los servicios. Este programa incluye a pacientes de todos los niveles de ingresos, sin necesidad de cumplir requisitos económicos ni de presentar una solicitud.
- Entre las razones principales para aplicar descuentos a los saldos de los pacientes, incluidos los saldos después del pago por parte del seguro (copagos, coaseguros o deducibles), se incluyen las siguientes:
 - Ofrecer a los pacientes que no tienen cobertura de seguro efectiva un descuento básico para la mayoría de los servicios.

- Dificultades económicas demostradas, basadas generalmente en la información aplicable sobre ingresos y activos del paciente, según se detalla en la [sección III\(B\)\(2\)](#).
- La ocurrencia de un evento grave notificable (SRE), tal como se detalla en la Política de no pago por eventos de calidad y seguridad de Mass General Brigham, que está disponible a petición.
- Otros problemas del proceso clínico que no alcanzan el nivel de un SRE pero que aun así repercuten negativamente en el paciente, según lo aprobado por el comité designado en el hospital.
- Los descuentos no se basarán en ninguna relación que el paciente o su familia puedan tener con algún empleado del hospital o miembro del órgano regulador. Los descuentos no se concederán por motivos de “cortesía profesional” hacia un profesional clínico o su familia.
- No se les ofrecerán descuentos a los pacientes para inducirles a recibir servicios ni para vincularles de ningún otro modo a la generación de negocio pagadero por un programa federal de atención médica, ni serán canjeables por dinero en efectivo, por artículos o por servicios prestados por el hospital o por cualquier otra entidad del Mass General Brigham (esto incluye descuentos en la tienda de regalos, la cafetería, etc.).
- Se les anima a los pacientes a presentar solicitudes para ser considerados para recibir descuentos para pacientes no asegurados si reúnen los requisitos básicos descritos anteriormente. Se revisarán todas las solicitudes, incluso los casos en que no se hayan cumplido todos los requisitos. Los pacientes pueden presentar solicitudes para descuentos para personas no aseguradas en cualquier momento durante el prerregistro, el registro, la estadía en el hospital, el servicio ambulatorio o a lo largo de todo el ciclo de facturación y cobro. Para obtener más información, [consulte la sección III\(E\)](#).

B. Descuentos para personas no aseguradas y exclusiones

1. Descuentos disponibles

Los siguientes descuentos están disponibles en las siguientes entidades, exclusiones en la [sección IV\(B\)](#):

Proveedor de MGB	Descuento
Hospitales de atención aguda EXCEPTO Wentworth-Douglass	25 %
Wentworth Douglass Hospital (WDH)	40 %
Organizaciones de médicos EXCEPTO Wentworth Health MGB (WHP)	25 %, exclusiones a continuación
Wentworth Health MGB (WHP)	15 %
Hospitales de salud conductual (McLean)	25 %, con las exclusiones a continuación
Hospitales de atención posaguda	25 %, con las exclusiones a continuación
Atención de urgencia de MGB	Los servicios de pago por cuenta propia se facturan de acuerdo con un programa de tarifas fijas

	exclusivamente para pago por cuenta propia.
--	---

2. Exclusiones

a. Exclusiones de Massachusetts General Physicians Organization (MGPO)

- No hay descuento para pacientes no asegurados para los servicios dentales de MGPO, Voice Center y servicios de Travel Clinic, además de lo indicado en las exclusiones de servicios específicos.

b. Exclusiones de Spaulding Rehabilitation Network

- No hay descuento para pacientes no asegurados en los siguientes casos:
 - Servicios en Spaulding Rehabilitation, Brighton
 - Terapia ambulatoria, incluida fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o salud conductual de SRH
 - Evaluaciones especializadas (ATEC, AAC, Lokomat)
 - Tratamientos especializados (Lokomat, servicios de intérpretes, tratamientos complejos, tratamientos de alimentación)
 - Tarifa técnica por visita al consultorio médico
 - Otros procedimientos o pruebas diagnósticas en el consultorio

c. Exclusiones de McLean Hospital

- No hay descuento para pacientes no asegurados en los siguientes casos:
 - Tarifa nocturna asociada a una hospitalización parcial cuando no la cubre el seguro con base en la necesidad médica. Se incluye una tabla de reducción de tarifa para este programa con la Política de asistencia financiera.
 - Programas residenciales todo incluido y programas parciales todo incluido basados en viáticos
 - Programa CATS (pruebas psicológicas, estado neuroconductual, pruebas neuropsicológicas)

V. Consideración individual

Se les anima a los pacientes a plantearle sus situaciones financieras particulares al asesor financiero de pacientes en cualquier hospital de Mass General Brigham, o a Soluciones de Facturación de Pacientes. Las entidades afiliadas a Mass General Brigham pueden, de acuerdo con la Política de crédito y cobro, conceder descuentos más allá de las demás disposiciones de esta política, según cada caso en particular, para identificar casos únicos de dificultades financieras. MGB aplicará las políticas de asistencia financiera de forma consistente y justa, sin tener en cuenta la raza, origen étnico, sexo, religión, etc.

En ciertas situaciones, puede denegarse la asistencia financiera. Estos casos específicos pueden deberse, entre otras cosas, a:

- Ingresos familiares suficientes
- Nivel de activos suficiente

- Solicitud incompleta, etc.

Si se deniega la asistencia financiera, el paciente puede apelar la decisión dentro del plazo de 30 días con una carta que será revisada por MGB. Se proporcionará una decisión final dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibió la apelación.

VI. Asesoramiento financiero

A. Servicios de asesoramiento financiero para pacientes

- Los hospitales de atención aguda y otros proveedores de MGB con servicios de asesoramiento financiero procurarán identificar a los pacientes que pudieran no estar asegurados o tener un seguro inadecuado para ofrecerles asesoramiento y asistencia.
- Estos proveedores de MGB les proporcionarán asesoramiento financiero a estos pacientes y a sus familias a través de asesores financieros, incluida la evaluación para la elegibilidad para otras fuentes de cobertura, como programas estatales y otros programas gubernamentales (incluidos, en la medida de lo posible, los programas de Medicaid en estados que no sean Massachusetts o Nuevo Hampshire), y les proporcionarán información sobre todos los métodos aceptables para el pago de las facturas del hospital.
- Los asesores financieros animarán a los pacientes, que son potencialmente elegibles para la cobertura de los programas estatales u otros programas gubernamentales, a solicitar la cobertura y les ayudarán también a presentar las solicitudes para obtener los beneficios. Los residentes de MA también pueden solicitar y ser aprobados para recibir cobertura de la HSN para coaseguros o deducibles no cubiertos por su plan de seguro primario.
- Si los pacientes tienen preguntas adicionales relacionadas con el programa de asistencia financiera, la elegibilidad para el programa o una factura recibida, deben ponerse en contacto con un asesor financiero. Un asesor financiero responderá tan pronto como sea posible a las consultas de los pacientes relacionadas con la asistencia financiera o les pondrá en contacto con el departamento adecuado para atender su solicitud.

VII. Publicación y difusión de la Política de asistencia financiera

La Política de asistencia financiera de Mass General Brigham, los formularios de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo están disponibles en www.massgeneralbrigham.org. Se puede acceder a esta página web desde la página de inicio de Mass General Brigham, desde el menú desplegable bajo "For Patients" [Para pacientes]. El sitio web incluye varias formas en que los pacientes pueden solicitar ayuda, incluida una lista de centros de asesoramiento financiero para pacientes en hospitales y centros de salud, un número de teléfono central y una dirección de correo electrónico. El sitio web también les informa a los pacientes que los formularios de solicitud y la asistencia son gratuitos.

La información sobre la política y sobre cómo presentar una solicitud está disponible en todas las entidades pertinentes de Mass General Brigham, y la comunicación pública se lleva a cabo de varias maneras:

- Colocación de avisos (letreros) sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera e indicaciones sobre dónde dirigirse para obtener ayuda en los siguientes lugares:
 - Áreas de admisión o registro de pacientes hospitalizados, clínicas, Departamentos de Emergencias y centros de salud comunitarios.
 - Salas de espera de asesoramiento financiero
 - Áreas centrales de admisión/registro abiertas a los pacientes
 - Salas de espera de oficinas administrativas abiertas a los pacientes
- Folletos en lenguaje sencillo anunciando la disponibilidad de opciones de asistencia financiera de Mass General Brigham exhibidos en consultorios y Departamentos de Emergencias.
- Se les proporcionarán avisos estándar a todos los pacientes al momento de su registro inicial en Mass General Brigham. Estos avisos también se pondrán ampliamente a disposición a través de todos los hospitales y centros de salud y se les ofrecerán de forma rutinaria a los pacientes existentes siempre que se prevea que tendrán que hacer frente a algún gasto de su bolsillo.
- Información general sobre la disponibilidad de asistencia financiera se incluye en todos los estados de cuenta de los pacientes.
- Recursos de asesoramiento financiero para pacientes disponibles para cualquier paciente que solicite ayuda, que tenga preguntas específicas o que desee una solicitud en papel.
- Todos los materiales, incluida la política, los letreros, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles en inglés y se traducirán a otros idiomas en la medida en que el idioma sea el idioma principal de más del 10 % de los residentes en el servicio del hospital. Por lo general, los letreros se colocarán en inglés y español. Los letreros también incluirán instrucciones sobre acceso a servicios de traducción para pacientes con otras necesidades lingüísticas.

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

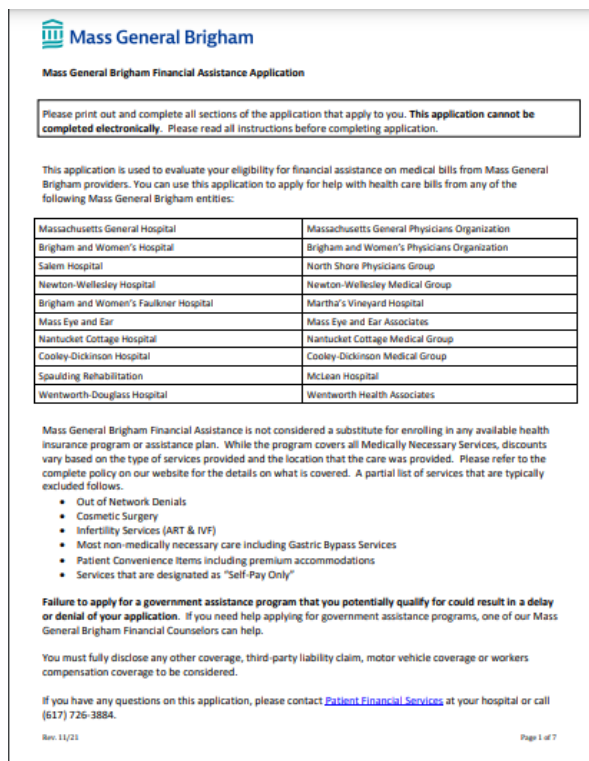
Tenga en cuenta que a los médicos asociados a estas entidades, pero que facturan de forma “privada”, se les anima, pero no se les obliga, a seguir esta política. Se pueden encontrar más detalles en la [lista de proveedores afiliados a Mass General Brigham](#).

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>

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



Mass General Brigham

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
Salem 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
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket 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 Denials
- 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.

Rev: 11/21 Page 1 of 7