

UMass Memorial Medical Center

Financial Assistance and Credit and Collection Policy December 13, 2017 (Spanish)

Política de asistencia financiera y de crédito y cobro

13 de diciembre de 2017

Aprobada por:
Nombre: Therese Day
Cargo: Directora financiera, Medical Center
Fecha: 12/7/17

Aprobación de la Junta:
Fecha: 12/13/17

Contacto:
James W. Graves
Director superior de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services)
Teléfono: 508-334-1501
Correo electrónico: James.Graves@umassmemorial.org

ÍNDICE

Política	3
Procedimientos generales	3
Prestación de los servicios de atención médica	3-5
I. Servicios de atención de urgencia y emergencia	3-4
II. Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni de urgencia (“opcionales”)	5
III. Sucesos graves que deben informarse	4
Recopilación de información financiera de los pacientes	5-6
I. Pacientes con cobertura de seguro	5
II. Pacientes sin cobertura de seguro	6
Asistencia financiera	6-12
I. Health Safety Net	7-10
II. Proceso de solicitud	10
III. Exclusiones de la cobertura estatal	10
IV. Verificación de ingresos	11
V. Dificultades por gastos médicos	9-11
VI. Programa de Asistencia Financiera del Sistema de UMass Memorial Health Care	12-16
VII. Cobertura adicional y atención con descuento proporcionada por el UMMMM a los pacientes	16
Procedimientos de facturación y cobro	17-22
I. Facturación a terceros pagadores	17-18
II. Proceso de facturación y cobro de pagos particulares	18-19
III. Atención al cliente	19
IV. Planes de pago	19-20
V. Intereses	20
VI. Requisitos de depósito	20
VII. Gravámenes	20
VIII. Accidentes automovilísticos	20-21
IX. Bancarrota	21
X. Derechos y responsabilidades de los pacientes	21
XI. Exención de la acción de facturación y cobro de pagos particulares	22

UMass Memorial Medical Center Política

1130 Política de asistencia financiera y de crédito y cobro	
Elaborada por: James Graves, director superior de Servicios Financieros para Pacientes	Fecha de vigencia: 12/13/2017 Aprobada por: Therese Day, directora financiera
Aplicabilidad: Todos los miembros del personal que trabajan con operaciones del ciclo de ingresos.	Revocación: Sustituye la política de la siguiente fecha: 04/08/2016
Palabras clave: Cobro de crédito, deuda incobrable, asistencia financiera y Health Safety Net	

Política:

La Política de crédito y cobro establece las normas según las cuales el UMass Memorial Medical Center, Inc. administrará la recopilación de información financiera/sobre el seguro de los pacientes, la determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera y los procesos de facturación y cobro conforme a (1) las reglamentaciones del artículo 613.00 del título 101 del Código de Regulaciones de Massachusetts (Code of Massachusetts Regulations, CMR): Servicios elegibles del programa Health Safety Net de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS); (2) los requisitos de las deudas incobrables de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) (artículo 413.89 del título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]), el artículo 13J del Manual de reembolso para proveedores de Medicare (parte 1, capítulo 3); y (3) el artículo 501 (R) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) conforme al artículo 9007 (a) de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act) (ley pública n.º 111-148) y según se explica en la aclaración del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) del 29 de diciembre de 2015 para presentar dicha información en el formulario 990 del IRS del hospital. La Política de asistencia financiera y de crédito y cobro se presentará de manera electrónica a la Oficina del Health Safety Net de conformidad con los requisitos de la reglamentación.

El UMass Memorial Medical Center, Inc. no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, condición de extranjero, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad ni discapacidad en ninguna de sus políticas que aborda la adquisición y la verificación de la información financiera, los depósitos previos al ingreso o previos al tratamiento, los planes de pago, los ingresos diferidos o denegados, o la condición de paciente de bajos ingresos.

I. Prestación de los servicios de atención médica

- A. Para garantizar que todos los pacientes que se presenten en el UMass Memorial Medical Center (UMMMC) y soliciten exámenes o tratamientos para una condición médica de emergencia reciban un examen médico adecuado, estabilización y, si es necesario, la derivación, en virtud de la Ley de Tratamiento de Emergencias médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).

El UMMMC no participará en actividades que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia. Esto incluye la demora en la provisión de un examen médico adecuado o de otros exámenes complementarios y un tratamiento para estabilizar la condición médica, la indagación sobre el método de pago o la situación del seguro de la persona, o la obtención de firmas en un formulario de responsabilidad financiera o notificación anticipada al beneficiario. El UMMMC no permitirá actividades de cobro de deudas en el departamento de emergencias ni en otras áreas del centro hospitalario en las que dichas actividades podrían interferir en la prestación de la atención de emergencia. Las solicitudes de copagos del seguro no se harán antes de un examen médico ni de una estabilización.

1. Los servicios de emergencia incluyen:

Los servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifieste mediante síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, ante los cuales una persona no experta y prudente con conocimientos promedios de salud y de medicina podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata implicara un serio peligro para la salud de la persona o de otra persona, el deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o bien, con respecto a una embarazada, tal como se define en el artículo 1867(e)(1)(B) de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act), el artículo 1295dd(e)(1)(B) del título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC). Un examen médico y cualquier tratamiento posterior a una condición médica de emergencia existente o cualquier otro servicio de este tipo prestado según lo requerido por la ley federal EMTALA (artículo 1395(dd) del título 42 del USC) califica como un servicio de emergencia.

2. Los servicios de atención de urgencia incluyen:

Los servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifieste mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) cuando una persona no experta prudente creyera que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría implicar razonablemente un peligro para la salud del paciente, el deterioro de la función corporal o la disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se proporcionan para condiciones médicas que no suponen una amenaza para la vida y que no representan un riesgo alto de daños graves para la salud de una persona; sin embargo, requieren servicios médicos inmediatos.

Nota sobre la EMTALA:

Conforme a los requisitos federales, la EMTALA se aplica a todas las personas que se presenten en el centro hospitalario para solicitar exámenes o tratamiento de emergencia (condición médica de emergencia), o que ingresen al departamento de emergencias y soliciten exámenes o tratamiento para una condición médica. Generalmente, las personas van al departamento de emergencias sin cita previa. Sin embargo, las personas sin cita previa que soliciten servicios para una condición médica de emergencia en otra unidad hospitalaria, clínica u otra área complementaria también pueden someterse a un examen médico de emergencia de conformidad con

la EMTALA. Los exámenes y los tratamientos para las condiciones de emergencia o cualquier otro servicio prestado en función a lo establecido en la EMTALA se proporcionarán al paciente y calificarán como atención de emergencia. El médico examinador u otro miembro calificado del personal médico del hospital determinan si existe una condición médica de emergencia según se registra en el expediente médico. El médico examinador u otro miembro calificado del personal médico del hospital también determinan si hay una condición médica primaria o urgente según se registra en el expediente médico.

- B. Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni de urgencia (“opcionales”):** En el caso de los pacientes que (1) vayan al hospital para buscar atención sin carácter de emergencia ni de urgencia o que (2) busquen atención adicional después de la estabilización de una condición médica de emergencia, el UMMMC recopilará información financiera del paciente, asistirá al paciente en la obtención/verificación de la cobertura de los servicios o hará otros arreglos financieros aquí descriptos.

Servicios opcionales: Servicios médicamente necesarios que no se ajustan a la definición de emergencia ni de urgencia indicada arriba. En general, estos servicios son servicios especializados/de atención primaria o procedimientos médicos programados con antelación por el paciente o el proveedor médico.

- C. Sucesos graves que deben informarse:** El UMMMC cumple con los requisitos de facturación aplicables, como los requisitos del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health) relativos a la falta de pago de determinados sucesos graves que deben informarse. El UMMMC no le facturará a ningún paciente, incluidos los pacientes de bajos ingresos, los reclamos relacionados con sucesos graves que deben informarse.

II. Recopilación de información financiera de los pacientes

El UMMMC hará todos los esfuerzos razonables y tratará de obtener toda la información financiera, demográfica, sobre el seguro y sobre la responsabilidad de terceros por parte de los pacientes antes de que se presten los servicios opcionales que se describen abajo. Se recopilará esta información de los pacientes que requieran atención de emergencia/urgencia lo antes posible, pero solo cuando esté permitido de conformidad con la EMTALA.

- A. Pacientes con cobertura de seguro:** En el caso de los pacientes con seguro médico o de los pacientes cubiertos por la indemnización por accidentes laborales, seguro de automóvil o cualquier otro tercero responsable del pago de los servicios prestados, el UMMMC hará todo lo posible para recopilar toda la información necesaria para presentar un reclamo a la compañía de seguros por los servicios prestados.
- 1. Verificación del seguro:** Siempre que sea posible, el UMMMC verificará la elegibilidad del paciente para tener seguro por medios electrónicos o telefónicos y el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS) del MassHealth para comprobar la elegibilidad en un programa de asistencia pública, antes de la llegada del paciente a cada fecha de servicio. Cuando no suceda esto, la elegibilidad se verificará tras la llegada del paciente, o lo antes posible después de su llegada, a través de medios electrónicos/telefónicos o la revisión de la tarjeta del seguro del paciente.

2. **Requisitos de derivación y autorización:** El UMMMC hará todo lo posible para obtener o verificar todas las derivaciones y autorizaciones requeridas por la compañía de seguros del paciente antes de la prestación de los servicios.
3. **Copagos/Coseguro/Deducibles/Servicios no cubiertos:** Cuando un paciente asegurado sea responsable de una parte de la factura, el UMMMC tratará, cuando sea razonable, de obtener esa cantidad o de establecer planes de pago antes de la prestación de los servicios. Si no es posible obtener la cantidad adeudada antes del servicio, el UMMMC la obtendrá a través del proceso de facturación y cobro.
4. **Formularios requeridos:** Todos los pacientes asegurados deberán firmar un formulario de Asignación de Beneficios (AOB) y cualquier otro formulario requerido por su compañía de seguros o exigido por las reglamentaciones para poder facturar y cobrarle a la aseguradora externa. Si el UMMMC no puede obtener la AOB firmada, el paciente será responsable del total de los gastos.

B. Pacientes sin cobertura de seguro: El UMMMC tratará de ayudar a todos los pacientes registrados como “pago particular” en la identificación y la obtención de cobertura, o en el establecimiento de un plan de pago para las cantidades que se determine que son responsabilidad del paciente.

1. Se publicarán letreros en inglés, español, portugués, albanés, árabe y vietnamita para informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y con quién deben comunicarse para obtener ayuda en el proceso de solicitud. Estos letreros se colocarán de forma muy visible en zonas con mucha circulación de pacientes, incluidas las siguientes:
 - a. Oficinas de ingreso y áreas de espera
 - b. Registro de pacientes ambulatorios y áreas de espera
 - c. Registro de emergencias y áreas de espera
 - d. Oficinas de asesoría financiera ubicadas en el UMMMC
 - e. La Oficina de Atención al Cliente y Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services Customer Service Office)
2. En todas las ubicaciones de ingreso, registro y asesoría financiera, habrá folletos individuales disponibles en los que se informará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera para los pacientes que reúnan los requisitos.
3. A todos los pacientes de la clínica ambulatoria y los pacientes que tengan programado un procedimiento opcional, registrados como pago particular, se los remitirá a un asesor de solicitudes certificado. A todos los pacientes hospitalizados registrados como pago particular los visitará un asesor de solicitudes certificado durante su ingreso, o bien el asesor se contactará con ellos después del alta.
4. Las primeras facturas de los pacientes y todas las declaraciones posteriores incluirán un aviso para informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y un número de teléfono al cual pueden llamar.

III. Programas de asistencia financiera de la Mancomunidad de Massachusetts

El UMMMC ofrece una amplia asistencia financiera a los pacientes en función del nivel de ingresos familiares y otros criterios que se describen abajo. El UMMMC ha celebrado un contrato con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (MassHealth) y con la Autoridad del Conector de Seguros Médicos de la Mancomunidad (Commonwealth Health Insurance Connector Authority) (Conector) y ha formado una organización de asesores de

solicitudes certificados. El UMMMC cuenta con un amplio personal de asesores de solicitudes certificados (CAC) disponibles a través del UMMMC para asistir a las personas que necesitan ayuda para solicitar asistencia financiera.

Para ayudar a los pacientes con la cobertura de asistencia financiera adecuada, los CAC:

- Proporcionarán información sobre todos los programas disponibles.
- Proporcionarán a los pacientes las correspondientes solicitudes para el MassHealth, el Health Safety Net y el Programa de Seguridad Médica para Niños (Children's Medical Security Program), los Programas de Asistencia para el Pago de Primas (Premium Assistance Payment Programs) gestionados por el Conector de salud, la asistencia para dificultades por gastos médicos y otros tipos de asistencia financiera que pueden cubrir la totalidad o una parte de sus facturas médicas impagas.
- Asistirán a los pacientes en el proceso de solicitud y renovación.
- Trabajarán con los pacientes para obtener cualquier documentación que necesiten.
- Harán esfuerzos diligentes y razonables para llevar un seguimiento del estado de la solicitud hasta la resolución final.
- Ayudarán a los pacientes a inscribirse en un plan de seguro médico.
- Ofrecerán y proporcionarán asistencia en el registro de votantes.

A. Health Safety Net: La ley de Massachusetts proporciona cobertura para los servicios de atención médica a través del Health Safety Net a los pacientes de bajos ingresos en función de su residencia en Massachusetts, la verificación de su identidad y sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) del MassHealth registrados o sus ingresos contables familiares en dificultades por gastos médicos equivalentes o inferiores al 300 % de los Lineamientos Federales de Ingresos de Pobreza (FPIG).

Las personas no son elegibles para el Health Safety Net si:

- Se determinó que son elegibles para inscribirse en el MassHealth o en un Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud, incluido el programa de asistencia para el pago de primas, y no se han inscrito o la cobertura se canceló debido a la falta de pago de las primas.
- Tienen acceso a una cobertura de seguro médico patrocinado por el empleador que se considera asequible a excepción del período de espera.

1. **Health Safety Net como opción primaria:** Los pacientes sin seguro con MAGI familiares del MassHealth verificados o ingresos contables familiares en dificultades por gastos médicos del 0 al 300 % de los FPIG pueden considerarse pacientes de bajos ingresos en función de las directrices de la EOHHS y elegibles para los servicios elegibles del Health Safety Net, de conformidad con las estipulaciones que se establecen abajo.

- a. Los pacientes de bajos ingresos elegibles para inscribirse en un Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud son elegibles durante un período de 100 días a partir de la fecha de cobertura médica del paciente.

- b. Los estudiantes sujetos a los requisitos del Programa de Salud Estudiantil (Student Health Program) estatal no son elegibles para el Health Safety Net como opción primaria.
2. **Health Safety Net como opción secundaria:** Los pacientes que tienen otro seguro médico primario, incluidos los estudiantes inscritos en un plan de salud estudiantil calificado, y con MAGI familiares del MassHealth verificados o ingresos contables familiares en dificultades por gastos médicos del 0 al 300 % de los FPIG pueden ser considerados pacientes de bajos ingresos y ser elegibles para el Health Safety Net como opción secundaria, de conformidad con las siguientes excepciones.
 - a. El Health Safety Net como opción secundaria solo cubrirá los servicios dentales de las personas inscritas en un Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud y no cubiertas por este a partir del día 101 de la fecha de la cobertura médica.
 - b. El Health Safety Net como opción secundaria solo cubrirá los servicios dentales para adultos proporcionados por centros de salud comunitarios, centros de salud autorizados por el hospital o una clínica satélite para las personas inscritas en MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus y Family Assistance, con la excepción de MassHealth Family Assistance-Children.
3. **Health Safety Net como opción parcial:** Un paciente de bajos ingresos elegible para el Health Safety Net como opción primaria o el Health Safety Net como opción secundaria con MAGI familiares del MassHealth verificados o ingresos contables familiares en dificultades por gastos médicos de entre el 150 % y el 300 % de los FPIG puede ser elegible para el Health Safety Net parcial con un deducible familiar y anual. El deducible anual solo se aplicará si el ingreso de todos los miembros del grupo familiar para la facturación de las primas (PBF) es superior al 150 % del Nivel de Pobreza Federal (FPL). Si se determina que un paciente es elegible, el deducible anual equivale a lo que sea mayor entre:
 1. El 40 % de la diferencia entre la cantidad menor de los MAGI familiares del MassHealth o los ingresos contables familiares en dificultades por gastos médicos en el PBF del solicitante y el 200 % del FPL.
 2. La prima del Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud de menor costo para el nivel de ingresos y el tamaño de la familia en el comienzo del año calendario.

Si algún miembro del PBF tiene ingresos inferiores al 200 % de los FPIG, no se aplicará ningún deducible a ninguno de los miembros del PBF. Los gastos que sean superiores a esta cantidad del deducible estarán exentos de los procesos de facturación y cobro.

Los asesores de solicitudes certificados del UMMC controlarán los gastos reembolsables permitidos hasta que el paciente alcance su deducible. Si el paciente ha recibido servicios de más de un proveedor, el paciente es responsable de controlar la cantidad del deducible y notificar al UMMC cuando alcance esta cantidad. Los copagos y los gastos de farmacia no se aplicarán al deducible.

El personal de cobro del UMMMC controla los pagos de deducibles. Si un paciente/familiar no cumple con su responsabilidad con respecto al deducible, el UMMMC seguirá los procedimientos de facturación y cobro para las cuentas de pago particular tal como se describe en la sección de cuentas de pago particular de esta política. El proceso de solicitud, las exclusiones de la cobertura estatal y los procedimientos para la verificación de ingresos son los mismos que los del Health Safety Net como opción primaria.

4. **Health Safety Net, presunta elegibilidad:** En ocasiones, un paciente puede calificar para el Health Safety Net, pero no puede completar una solicitud en su totalidad en la fecha de servicio. El UMMMC puede determinar que la persona es un paciente de bajos ingresos de conformidad con las directrices sobre ingresos familiares del Health Safety Net durante un período limitado. La determinación se basará en la información fidedigna proporcionada por el paciente en el formulario especificado por la Oficina del Health Safety Net. El período de elegibilidad comenzará en la fecha en que el UMMMC tome la resolución y continuará hasta el último día del mes siguiente o hasta que la persona presente una solicitud completa y reciba una resolución del MassHealth o del Conector de salud.

- B. Dificultades por gastos médicos:** Un residente de Massachusetts en cualquier nivel de ingresos contables puede solicitar asistencia para dificultades por gastos médicos si los gastos médicos han reducido tanto sus ingresos familiares que no puede pagar los servicios elegibles. Los gastos médicos permitidos del solicitante, tal como se define abajo, deben superar un porcentaje establecido de los ingresos contables del solicitante de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Porcentaje de ingresos brutos
Del 0 al 205 % del FPL	10 %
Del 205.1 al 305 % del FPL	15 %
Del 305.1 al 405 %	20 %
Del 405.1 al 605 % del FPL	30 %
Más del 605.1 % del FPL	40 %

La Oficina del Health Safety Net proporcionará la solicitud y procesará las determinaciones de dificultades por gastos médicos en función de la documentación presentada por el UMMMC y el paciente. El UMMMC presentará la solicitud de asistencia para dificultades por gastos médicos dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de toda la documentación necesaria y proporcionada por el paciente. La Oficina del Health Safety Net revisará y procesará una solicitud de asistencia para dificultades por gastos médicos si los gastos médicos permitidos del solicitante superan el porcentaje de ingresos contables indicado arriba. La Oficina del Health Safety Net no procesará la solicitud de asistencia para dificultades por gastos médicos de ninguna persona con ingresos inferiores al 405 % de los FPIG, a menos que la persona primero presente una solicitud a la agencia del MassHealth y reciba una resolución. Pueden presentarse dos solicitudes de asistencia para dificultades por gastos médicos durante un período de 12 meses.

1. **Gastos médicos permitidos:** El total de las facturas médicas familiares de la asistencia para dificultades por gastos médicos de cualquier proveedor de salud que, si se pagan, calificarían como gastos médicos deducibles en el impuesto federal sobre la

renta. Esto puede incluir facturas pagas e impagas de las que el paciente sigue siendo responsable y generadas hasta doce meses antes de la fecha de la solicitud. No incluye las facturas generadas durante el tiempo en que un solicitante es un paciente de bajos ingresos, a menos que sea un paciente de bajos ingresos con servicios dentales únicamente en la fecha de servicio. Si un paciente no ha recibido una factura durante más de 9 meses desde la fecha de servicio, aún podría permitirse si la solicitud de asistencia para dificultades por gastos médicos se presenta dentro de los 90 días posteriores a la facturación inicial. Las facturas impagas incluidas en una resolución de asistencia para dificultades por gastos médicos no se incluirán en una solicitud de asistencia para dificultades por gastos médicos posterior. Se excluirán las facturas de servicios en las que incurran los pacientes mientras están inscritos en el MassHealth o en un Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud.

2. Contribución del solicitante: El porcentaje especificado de ingresos contables indicado arriba. Se hace una contribución de la asistencia para dificultades por gastos médicos por cada resolución de asistencia para dificultades por gastos médicos.
3. Notificación de la resolución: La Oficina del Health Safety Net comunicará la resolución a los solicitantes. Esto incluirá lo siguiente:
 - Las fechas en las que pueden incluirse los gastos médicos permitidos.
 - La cantidad de la contribución de la asistencia para dificultades por gastos médicos del solicitante.
 - Los servicios que no califican como servicios elegibles.
 - El nombre y el número de una persona de contacto para obtener más información.
 - La notificación de denegación en la que se explicará el motivo de la denegación.
4. Notificación al proveedor: El Health Safety Net comunicará lo siguiente a los proveedores:
 - La resolución con las facturas incluidas en los gastos médicos permitidos del solicitante.
 - La contribución del solicitante a cada proveedor del Health Safety Net en función de los cargos brutos y las fechas del servicio proporcionado a la familia del solicitante.
5. El UMMMC presentará los reclamos por los servicios de la asistencia para dificultades por gastos médicos que superen la contribución del paciente a dicha asistencia.
6. El UMMMC le facturará al solicitante la contribución a la asistencia para dificultades por gastos médicos, a menos que tenga la condición de paciente de bajos ingresos o sea elegible para inscribirse en el MassHealth.

7. El UMMMC suspenderá cualquier intento de cobro de un reclamo de deuda incobrable de emergencia que esté aprobada para la asistencia para dificultades por gastos médicos en virtud del programa Health Safety Net.
8. El UMMMC suspenderá los intentos de cobro de las facturas que estén incluidas en la resolución de asistencia para dificultades por gastos médicos y que hubieran sido elegibles para el pago de la asistencia para dificultades por gastos médicos si, por algún motivo, la solicitud no se presentara dentro de los 5 días hábiles.

C. Las exclusiones de la cobertura estatal enumeradas abajo son situaciones en las que el Health Safety Net no proporcionará cobertura. (Nota: Algunos de estos servicios se cubren a través de la “Cobertura adicional y atención con descuento” del UMMMC que se describe en la sección VI).

1. Servicios que no son médicamente necesarios
2. Copagos del MassHealth, Connector Care y de seguros privados
3. Reclamos denegados por errores administrativos o de facturación
4. Servicios prestados a un paciente con seguro médico privado que se consideran fuera de la red de proveedores de seguro médico

D. Proceso de solicitud: Los pacientes que busquen asistencia financiera deberán solicitar cobertura del MassHealth, el Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud, el Health Safety Net y el Programa de Seguridad Médica para Niños. Los pacientes deben completar y presentar, con la ayuda del CAC, una solicitud a través del Intercambio de Seguros Médicos que está en el sitio web del Conector de salud estatal, una solicitud impresa proporcionada por el MassHealth o una solicitud por teléfono con el representante de atención al cliente ubicado en el MassHealth o en el Conector. La agencia del MassHealth o del Conector de salud procesarán todas las solicitudes e informarán a la persona sobre la resolución de su elegibilidad para el MassHealth o su calificación para un Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud o la condición de paciente de bajos ingresos (Health Safety Net).

En circunstancias especiales, el UMMMC puede presentar la solicitud por el paciente con un formulario específico y establecido por la Oficina del Health Safety Net para las personas que buscan cobertura con asistencia financiera y están encarceladas, son víctimas de violencia conyugal o han fallecido, o en casos de servicios confidenciales para menores, presunta condición de paciente de bajos ingresos o dificultades por gastos médicos.

E. Verificación de ingresos: Los ingresos familiares se pueden verificar a través de coincidencias electrónicas de datos o verificaciones impresas. El MassHealth utiliza fuentes de datos federales y estatales para intentar hacer coincidir los ingresos declarados en la solicitud. Los ingresos se considerarán verificados si, a través de la coincidencia de datos estatales, son razonablemente compatibles con los ingresos declarados. Si el MassHealth no puede verificar los ingresos a través de una coincidencia electrónica de datos, deberán verificarse mediante uno o más de los siguientes métodos:

1. Ingresos devengados:

- Recibos de pago recientes
- Una declaración firmada del empleador
- La declaración de impuestos federales más reciente
- Otra fuente comparable

2. Ingresos no devengados:

- Una copia de un cheque o recibo de pago reciente que provenga de la fuente de ingresos
- Una declaración de la fuente de ingresos cuando la coincidencia no esté disponible
- La declaración de impuestos federales más reciente
- Otra fuente comparable

F. Verificación de la identidad: Los solicitantes deben proporcionar pruebas de su identidad junto con, entre otras opciones, documentos que tengan una fotografía u otra información identificatoria, como el nombre, edad, sexo, raza, altura, peso, color de ojos y domicilio.

Los siguientes son documentos aceptables:

- Licencia de conducir emitida por un estado o territorio.
- Tarjeta de identificación emitida por una escuela, una academia militar, un gobierno federal, estatal o local, una tarjeta de dependiente militar o de la Marina Mercante de la Guardia Costera de los EE. UU (U.S. Coast Guard Merchant Marine).
- Expediente clínico, médico, hospitalario o escolar para los menores de 19 años.
- Dos documentos que proporcionen información que sea coherente con la identidad del solicitante, por ejemplo, entre otros, diploma de la escuela secundaria y universitario, actas de matrimonio o divorcio, títulos de propiedad, contratos de arrendamiento.
- Un resultado de identidad de una agencia federal o estatal, si la agencia ha verificado la identidad.
- Una declaración jurada firmada, bajo pena de perjurio, por otra persona que pueda confirmar razonablemente la identidad de una persona, si no hay otra documentación disponible.

IV. Programa de Asistencia Financiera del Sistema de UMass Memorial Health Care

Es parte de la política del Sistema de UMass Memorial Health Care proporcionar atención con descuento a los pacientes que califican de acuerdo con el artículo 501 (r) del IRS. Para aquellas personas que se determine que son elegibles, el Sistema de UMass Memorial Health Care no cobrará más que la cantidad que se factura generalmente a un paciente que tiene cobertura de seguro por los servicios de urgencia, de emergencia y medicamento necesarios. El Departamento de Asesoría Financiera de Pacientes (Patient Financial Counseling Department) será el punto de contacto para proporcionarles a los pacientes la política por escrito, un resumen de la política, el formulario de solicitud y asistencia para el proceso de solicitud.

A. Proceso de solicitud

Un solicitante que pida asistencia financiera debe presentar una solicitud de asistencia financiera de UMass Memorial Health Care completada y firmada. La solicitud debe estar acompañada de todas las verificaciones de ingresos requeridas.

Una solicitud será suficiente para todos los miembros de la familia enumerados en este documento.

B. Elegibilidad

Para determinar si es elegible para inscribirse en el Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program) de UMass Memorial Health Care, el solicitante debe cumplir con los siguientes criterios:

- El ingreso y el tamaño de su familia deben estar entre el 0 y el 600 % de los lineamientos federales del nivel de pobreza.
- Completar y firmar una solicitud de asistencia financiera.
- Proporcionar la verificación de ingresos de todos los miembros de la familia que correspondan.
- Solicitar la asistencia médica estatal o gubernamental para la cual puede ser elegible.
- Iniciar el proceso de solicitud 240 días después de la fecha de la primera factura/estado de cuenta.

C. Solicitud completa

Una solicitud de asistencia financiera se considerará como una “solicitud completa” cuando se hayan cumplido los siguientes criterios:

- El Departamento de Asesoría Financiera de Pacientes ha recibido la solicitud.
- El paciente/responsable o representante autorizado ha firmado la solicitud.
- Se han respondido todas las preguntas de la solicitud.
- Se ha proporcionado una verificación de ingresos que sea suficiente para tomar una resolución de elegibilidad.

Un asesor financiero evaluará la solicitud completa para determinar la elegibilidad. Un supervisor de Asesoría Financiera de Pacientes revisará todas las solicitudes para dar la aprobación final.

1. Si se han cumplido todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de aprobación al solicitante/responsable; en esta, se indicará el plazo de elegibilidad y el porcentaje de descuento.
2. Si no se han cumplido todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de denegación al solicitante/responsable.
3. Las solicitudes que sean aprobadas y procesadas se guardarán en un archivo central en la Oficina Comercial Central (Central Business Office).

D. Solicitud incompleta

Si la solicitud de asistencia financiera no está completa, un asesor financiero enviará una carta de seguimiento al paciente. Esta carta indicará la información que es necesaria para procesar la solicitud.

El solicitante/responsable debe proporcionar la documentación requerida en un plazo de 30 días después de recibir la carta de seguimiento. Si la información no se recibe en este plazo, la solicitud será denegada. Se enviará al solicitante una carta con el motivo de denegación.

Se concederá un plazo de prórroga de 30 días a partir de la fecha de la denegación para que el solicitante/responsable proporcione la información adicional. Cuando finalice el plazo de prórroga de 30 días, se debe completar una nueva solicitud.

E. Verificaciones de ingresos

El solicitante/responsable debe proporcionar una verificación de ingresos.

Las verificaciones aceptables de ingresos son las siguientes:

- Los 2 recibos de pago más recientes.
- Una copia del estado de cuenta o cheque por pensión, Seguridad Social, beneficios por desempleo u otros ingresos más recientes.
- Para las personas que trabajan independientemente, copia de los últimos 3 estados de cuenta de pérdidas y ganancias.
- Una copia de la declaración de impuestos más reciente, siempre y cuando no sea anterior a los 6 meses de antigüedad.
- Un estado de cuenta del empleador que indique los ingresos brutos semanales.
- Para la pensión alimenticia/manutención infantil, una copia de la orden judicial o del cheque de pago recibido.
- Una declaración de pensión firmada por el solicitante/miembro de la familia que no recibe ningún ingreso.

F. Período de elegibilidad

La elegibilidad para la asistencia financiera comenzará en la fecha en que el Departamento de Asesoría Financiera de Pacientes reciba la solicitud completada y firmada. La elegibilidad tendrá vigencia por un año a partir de la fecha de aprobación. Una solicitud se considerará completa cuando se hayan cumplido todos los criterios de elegibilidad.

El período de elegibilidad también cubrirá un plazo de 12 meses retroactivo a partir de la fecha de aprobación. El mismo período de elegibilidad corresponderá a todos los miembros de la familia elegibles que se mencionan en la solicitud.

La asistencia financiera se cancelará si, en algún momento, los criterios de elegibilidad cambian hasta el punto que el solicitante ya no sería elegible. Esto puede incluir cambios en los ingresos, la cantidad de miembros de la familia o la elegibilidad para los programas de asistencia médica del estado o gobierno. En tales casos, se notificará cualquier cancelación de asistencia al solicitante a través de una carta. Se indicará el motivo de la cancelación.

G. Servicios elegibles

Los descuentos de asistencia financiera, que han sido aprobados por el Programa de Asistencia Financiera de UMass Memorial Health Care, solo se aplicarán a la atención de urgencia, de emergencia y médicamente necesaria. Esto incluirá, entre otros, los servicios de atención para pacientes hospitalizados, ambulatorios o en observación y transporte terrestre en ambulancia. Solo se cubre la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada dentro del centro hospitalario por el mismo centro hospitalario. Solo se aplica a la atención proporcionada por los empleados del centro hospitalario y a otros costos generados directamente por el centro hospitalario.

H. Servicios no elegibles

Los servicios que no son médicamente necesarios no serán elegibles para recibir el descuento de asistencia financiera. Estos servicios incluyen, entre otros, las cirugías estéticas, los servicios por infertilidad, los audífonos y los servicios sociales y vocacionales. Los servicios que no son médicamente necesarios se facturarán según los costos totales que correspondan.

El UMass Memorial Medical Center (el “Centro hospitalario”) no utiliza a sus médicos de planta. Cada médico o proveedor tercerizado, si corresponde, factura sus propios servicios y sigue sus propios procedimientos de asistencia financiera y de facturación y cobro. Por consiguiente, los servicios proporcionados por los médicos u otros proveedores tercerizados no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y de crédito y cobro del UMass Memorial Medical Center.

De conformidad con la declaración anterior, los servicios prestados por los médicos u otros profesionales clínicos en las áreas de especialidad identificadas abajo no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y de crédito y cobro del UMass Memorial Medical Center.

Alergia e Inmunología	Medicina interna
Ambulancia (aérea/terrestre)	Medicina ocupacional
Anestesiología	Medicina primaria/familiar
Audiología	Medicina pulmonar
Cardiología	Medicina renal
Cirugía	Nefrología
Endocrinología	Neurología
Enfermedad cardiovascular	Obstetricia y Ginecología
Enfermedades infecciosas	Odontología
Equipo médico duradero	Ortopedia

Equipo médico duradero de Dermatología	Otorrinolaringología
Gastroenterología	Patología (anatómica y clínica)
Geriatría, asistencia paliativa y cuidados intensivos	Pediatría
Hematología/Oncología	Psiquiatría
Laboratorio (búsqueda)	Radiología
Medicina de atención crítica	Salud conductual
Medicina de emergencia	Telemedicina
Medicina deportiva	Vista
Medicina física y rehabilitación	

I. Conceptos básicos para calcular la cantidad cobrada

El UMass Memorial utilizará el método de actualización retrospectivo para determinar el porcentaje de la cantidad generalmente facturada a los pacientes, según corresponda a esta Política de asistencia financiera. Se utiliza una combinación de los cargos y pagos del año anterior para los productos comerciales y del seguro de Medicare para determinar la tasa de cobro neta efectiva observada por la organización. Actualmente, la cantidad cobrada a los pacientes que se consideran elegibles para beneficiarse en virtud del Programa de Asistencia Financiera es el 25 % de los cargos. Las obligaciones financieras de los pacientes que reúnen los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera y que tienen cobertura de seguro (como copagos y coseguros) después de los pagos del seguro se limitarán a no más del 25 % del total del costo. Todos los reclamos, pagos y ajustes del seguro se harán antes de aplicar cualquier descuento por asistencia financiera.

J. Extensamente publicado

El Departamento de Asesoría Financiera de Pacientes será el punto de contacto para que los pacientes soliciten y obtengan, sin costo alguno, una copia impresa de la política, un resumen de la política en lenguaje sencillo y el formulario. Estos tres documentos se pueden solicitar por teléfono, en persona o por correo electrónico como se indica abajo:
Información de contacto de Asesoría Financiera de Pacientes del UMass Memorial:

- Teléfono: 508-334-9300
- Correo electrónico interno: Asesoría Financiera
- Correo electrónico externo: needinsurance@umassmemorial.org
- Dirección:
Patient Financial Counseling
306 Belmont St.
Worcester, MA 01604

Puede tener acceso a la Política de asistencia financiera y de crédito y cobro, al resumen en lenguaje sencillo y al formulario a través del sitio web del UMass Memorial Health Care: www.umassmemorialhealthcare.org, en la sección Patients and Visitors (Pacientes y visitas), Financial Counseling (Asesoría financiera).

V. **Cobertura adicional y atención con descuento proporcionada por el UMMMC a los pacientes**

- A. **Continuación de la cobertura:** Aunque no está cubierto por la Oficina del Health Safety Net, el UMMMC seguirá extendiendo la cobertura de atención gratuita de los servicios médicamente necesarios a los pacientes de bajos ingresos de Massachusetts y aprobados para los servicios de ambulancia del UMMMC.
- B. **Descuento por pago puntual:** El UMMMC puede ofrecer un descuento a los pacientes de cualquier nivel de ingresos que paguen, o garanticen, a través de una tarjeta de crédito, que pagarán su saldo de pago particular antes o inmediatamente después de la prestación de los servicios. El descuento refleja el valor de tiempo del dinero, la evasión de los costos de facturación y cobro, y la evasión del riesgo crediticio. El descuento estándar será del 20 % de la obligación neta del paciente. No podrá ofrecerse un descuento más alto, excepto en circunstancias únicas y si está aprobado por el director superior de Servicios Financieros para Pacientes.

VI. **Procedimientos de facturación y cobro**

El UMMMC debe administrar procesos de facturación y cobro que sean eficaces y efectivos para obtener las cantidades adeudadas al UMMMC, para que podamos cumplir con nuestras obligaciones financieras y continuar con nuestra misión de proporcionar una atención médica de excelencia a los pacientes y a las comunidades que atendemos. Nos comprometemos a emprender nuestras prácticas de facturación y cobro de una manera que sea justa y respetuosa con nuestros pacientes y sus familias; estas se detallan abajo. Los representantes de Servicios Financieros para Pacientes están disponibles por teléfono para ayudar a los pacientes a resolver sus facturas médicas.

- A. **Facturación a terceros pagadores:** El UMMMC presentará los reclamos por todos los servicios cubiertos a la compañía de seguros médicos del paciente u otro pagador responsable si el paciente ha proporcionado dicha información de forma oportuna y exacta. Estos reclamos se presentarán lo antes posible después del alta o la fecha de servicio. Los pacientes siguen siendo financieramente responsables de los servicios no cubiertos, copagos, cantidades del coseguro, deducibles u otros importes adeudados en virtud de los términos de su plan de beneficios, según lo determinado por su compañía de seguros médicos. Los pacientes son responsables de entender y cumplir con los requisitos de derivación, autorización y otros requisitos de la cobertura de su compañía de seguros. Los pacientes también son responsables del pago de los servicios denegados por su compañía de seguros en la medida que así lo permita el contrato y la reglamentación.

El Departamento de Contabilidad de los Pacientes (Patient Accounting Department) del UMMMC hará todos los esfuerzos razonables para resolver las cuentas con los terceros pagadores, incluida la apelación de los reclamos denegados. Con frecuencia, se generarán informes de las cuentas pendientes; la Administración y el personal de Contabilidad de los Pacientes revisarán estos informes y, luego, los enviarán a los pagadores. Si, a pesar de estos esfuerzos, el UMMMC no recibe el pago ni obtiene otra resolución adecuada de un pagador no contratado, dentro de un tiempo razonable, se podrá enviar una carta al paciente para informarle que su compañía de seguros no ha resuelto el reclamo. Si el pagador no

contratado sigue sin pagar la cuenta, el paciente puede quedar sujeto al proceso de facturación y cobro de pagos particulares estándares, siempre y cuando la ley lo permita. El UMMMM hará el mismo esfuerzo para cobrar las cantidades de la atención de emergencia de los pacientes no asegurados que para cobrar las cantidades de la atención que no es de emergencia, de conformidad con los términos de esta política y la ley vigente.

B. Proceso de facturación y cobro de pagos particulares

1. Los pacientes con responsabilidades de pago particular recibirán una primera factura en la que se detallarán con claridad los servicios de los que son responsables.
2. Si las responsabilidades de pago particular permanecen impagas después de la factura inicial, el paciente recibirá una serie de resúmenes mensuales durante, al menos, 3 meses o hasta que se compense el saldo. En el último resumen, se indicará que es una notificación final. Se enviará una notificación final por correo certificado al paciente por los saldos superiores a \$1,000 por la atención de emergencia.
3. Cuando el resumen de un paciente regrese al UMMMM porque no fue posible entregarlo en la dirección, el UMMMM tratará de comunicarse con el paciente para obtener una dirección correcta para todos los saldos superiores a \$1,000. Todos los saldos se envían a un proveedor para cancelarlos y tratar de ubicar una dirección correcta a través de bases de datos, como, la National Change of Address Association (NCOA).
4. El personal de Contabilidad de los Pacientes o personas designadas llamarán por teléfono a todos los pacientes que tengan un saldo de pago particular pendiente de \$1,000 o más durante el proceso normal de facturación y cobro de pagos particulares.
5. Se pueden enviar notificaciones o cartas adicionales a los pacientes deudores durante el proceso de facturación y cobro en un intento por cubrir los saldos pendientes.
6. Todos estos intentos de cobrar los saldos, así como cualquier consulta iniciada por los pacientes, se documentarán en el sistema de facturación computarizado y estarán disponibles para la revisión por parte de la Administración.
7. Si después de todas las medidas anteriores, y si los departamentos de contabilidad y liquidación financiera del proveedor han agotado todos los esfuerzos para determinar si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad para participar en el Programa de Asistencia Financiera del UMass Memorial Medical Center, se tomará cualquiera de las medidas que se establecen abajo.
8. Las cuentas que permanezcan sin saldarse después de 120 días y de los intentos de cobro descritos arriba se revisarán para registrarse como deudas incobrables de la siguiente manera:

<u>Saldo</u>	<u>Nivel de revisión</u>
\$0 a \$999	Cobrador
\$1,000 a \$10,000	Supervisor
\$10,001 a \$50,000	Gerente
\$50,000 y más	Director superior

9. El UMMMM consultará el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS) del MassHealth para determinar la cobertura antes de presentar reclamos a la Oficina del Health Safety Net por la cobertura de un servicio de atención de emergencia o urgencia con deudas incobrables de emergencia.

10. Agencias de facturación/cobro externas: El UMMMC puede utilizar agencias de facturación y cobro externas para incrementar los esfuerzos por resolver las deudas pendientes, o transferir las cuentas con deudas incobrables a agencias de cobro externas para intensificar el esfuerzo.
- El UMMMC no le “venderá” la deuda de un paciente a ninguna agencia externa.
 - Todas las agencias de facturación y cobro que trabajen en nombre del UMMMC se comprometerán por escrito a respetar las prácticas y normas de cobro aprobadas por el UMMMC y la ley vigente.
 - El UMMMC puede, con la aprobación de la Junta Directiva y la provisión de una notificación escrita con 30 días de anticipación al paciente, informar a un servicio de calificación crediticia las deudas que permanezcan impagas después de haber agotado todos los intentos razonables de identificar la cobertura de atención médica disponible, acceder a programas de descuento o establecer planes de pago tal como se describe en esta política. En ninguna circunstancia, se considerará remitir a un servicio de calificación crediticia a los pacientes que cumplen con los criterios del estado como pacientes de bajos ingresos.
11. Los coseguros, copagos y deducibles de Medicare que se consideren deudas incobrables se abordarán de conformidad con el proceso de facturación y cobro de pagos particulares tal como se especificó arriba, según la ley vigente. Las agencias de cobro externas continuarán con los intentos de cobro durante un período de 60 días, como mínimo, antes de regresar las cuentas al UMMMC como incobrables.

- C. Atención al cliente:** El UMMMC cuenta con un grupo de representantes de Servicios Financieros para Pacientes; estos pueden abordar las preguntas y las preocupaciones de los pacientes sobre sus facturas. El personal está disponible por teléfono y en persona, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:30 p. m.
- D. Planes de pago:** A una persona con un saldo de \$1,000 o inferior se le ofrecerá, al menos, un plan de pago de un año sin intereses. A un paciente que tenga un saldo superior a \$1,000, después del depósito inicial, se le ofrecerá, al menos, un plan de pago de dos años sin intereses. A los pacientes que manifiesten dificultades para cumplir con sus obligaciones financieras (después de agotar todas las opciones de cobertura) se les ofrecerá un plan de pago presupuestado mensualmente con un pago mensual mínimo que no deberá superar los \$25. Se pueden ofrecer planes de pago más extensos con la aprobación del gerente. Los pacientes que dejan de hacer los pagos presupuestados mensualmente sin establecer un acuerdo alternativo estarán sujetos a los procesos de facturación y cobro de pagos particulares normales; esto incluye la remisión a una agencia de cobro externa.
- E. Intereses:** El UMMMC no aplica intereses sobre los saldos de pago particular.
- F. Requisitos de depósito:** El UMMMC no exigirá depósitos previos al ingreso o previos al tratamiento a los pacientes que requieran servicios de atención de emergencia o urgencia o que se consideren pacientes de bajos ingresos/del Health Safety Net. El UMMMC se reserva el derecho a solicitar depósitos por adelantado en los siguientes casos:

1. A los pacientes que recibirán servicios estéticos opcionales o servicios que no son médicamente necesarios se les puede pedir que paguen una cantidad de hasta el 100 % de los costos previstos antes del servicio.
2. A los pacientes que no tienen cobertura de seguro verificable y que no reúnen los requisitos para la condición de paciente de bajos ingresos/del Health Safety Net se les puede pedir que paguen un depósito por adelantado si los servicios que se prestarán son opcionales. El incumplimiento del requisito de depósito puede ocasionar la postergación o el aplazamiento del servicio con la aprobación del médico tratante.
3. A los pacientes que viajen desde países extranjeros para someterse a tratamientos opcionales en el UMMMC se les puede pedir que paguen por adelantado la totalidad de la factura estimada.
4. A los pacientes del Health Safety Net parcial se les puede pedir que paguen hasta el 20 % de la cantidad del deducible hasta \$500.00 por los servicios que no son de emergencia.
5. A los pacientes que hayan solicitado la asistencia para dificultades por gastos médicos se les puede pedir que paguen hasta el 20 % de la cantidad del deducible hasta \$1,000.00 por los servicios que no son de emergencia.
6. A los pacientes asegurados con coseguro, copago, deducibles u otras responsabilidades como miembros en virtud de su plan de beneficios se les puede pedir que paguen dichas cantidades, o que garanticen su pago a través de una tarjeta de crédito, antes de recibir los servicios.

G. Gravámenes: En general, el UMMMC solo recurrirá a los gravámenes para garantizar los intereses del UMMMC en acuerdos de terceros o según se requiera para garantizar los intereses del UMMMC durante procedimientos judiciales. No se aplicarán gravámenes sobre la residencia principal ni el vehículo automotor de un paciente sin la previa aprobación por escrito de la Junta Directiva del UMMMC. Todas las aprobaciones de la Junta Directiva se harán según cada caso individual y se proporcionará una notificación por escrito al paciente con 30 días de anticipación.

H. Accidentes automovilísticos/Responsabilidad de terceros: El UMMMC presentará un reclamo a la Oficina del Health Safety Net (Health Safety Net Office, HSNO) si un paciente de bajos ingresos resulta lesionado en un accidente automovilístico únicamente después de investigar si el paciente, el conductor o el propietario del vehículo automotor tenía una póliza de seguro del vehículo automotor. El UMMMC hará todo esfuerzo razonable para obtener cualquier información del seguro contra terceros del paciente y conservará pruebas de dichos esfuerzos, incluida la documentación de las llamadas telefónicas y las cartas enviadas al paciente. El UMMMC reembolsará a la Oficina del Health Safety Net cualquier pago recibido si se ha identificado algún tercero responsable y el UMMMC recibe el pago.

I. Bancarrota: En el caso de los pacientes que se declaren en bancarrota, se suspenderán todas las actividades de facturación y cobro cuando se reciba una notificación de bancarrota.

J. Derechos y responsabilidades de los pacientes: El UMMMC informará a determinados pacientes sobre sus derechos y responsabilidades cada vez que interactúen con el personal de inscripción, como se indica abajo.

1. El UMMMC les informará a los pacientes sobre su derecho a:

- a. Solicitar el MassHealth, un Programa de Asistencia para el Pago de Primas gestionado por el Conector de salud, un plan de salud que califique, asistencia para dificultades por gastos médicos y la determinación del Health Safety Net.
 - b. Un plan de pago, tal como se describe en nuestro proceso de facturación y cobro de pagos particulares.
2. Los pacientes que reciban los servicios elegibles del Health Safety Net deben:
- a. Proporcionar toda la documentación solicitada.
 - b. Informar al MassHealth o al UMMMC sobre cualquier cambio en los ingresos familiares, el seguro médico y la condición de responsabilidad de terceros.
 - c. Controlar el deducible familiar anual según se determine para los pacientes con ingresos de entre el 150 % y 300 % de los Lineamientos Federales de Ingresos de Pobreza y proporcionar documentación al UMMMC que demuestre que se ha alcanzado el deducible cuando se determine que más de un miembro del PBFG es elegible o si el paciente o familiar recibe servicios del Health Safety Net de más de un proveedor.
 - d. Notificar a la Oficina del Health Safety Net o al MassHealth por escrito en un plazo de 10 días sobre la presentación de cualquier demanda o reclamo de seguro que cubrirá el costo de los servicios proporcionados por el hospital. El paciente también debe ceder los derechos de pago de terceros a la agencia del MassHealth que cubrirá los costos de los servicios pagados por la Oficina del Health Safety Net o el MassHealth y presentar un reclamo de indemnización.
 - e. Reembolsar a la Oficina del Health Safety Net cualquier dinero recibido de un tercero en relación con un accidente o incidente por el servicio médico pagado por la Oficina del Health Safety Net.
 - f. La Oficina del Health Safety Net recuperará el dinero directamente del paciente solo cuando este haya recibido el pago de un tercero por los servicios médicos pagados por la Oficina del Health Safety Net.
 - g. La Oficina del Health Safety Net puede solicitar que el Departamento de Hacienda intercepte cualquier pago a un paciente por los servicios proporcionados por un reclamo presentado y pagado por el Health Safety Net para deudas incobrables de emergencia.

K. Exención de la acción de facturación y cobro de pagos particulares: El UMMMC no iniciará actividades de facturación y cobro de pagos particulares en los siguientes casos:

1. Cuando haya pruebas suficientes que demuestren que un paciente es beneficiario del Programa de Ayuda de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, EAEDC) o está inscrito en el MassHealth, el Health Safety Net o en el Plan de Seguridad Médica para Niños y sus ingresos familiares son equivalentes o inferiores al 300 % del FPL o está designado como paciente de bajos ingresos, excepto los pacientes de bajos ingresos con servicios dentales únicamente según lo determine la oficina de Medicaid, a excepción de los copagos y deducibles requeridos en virtud del Programa de Asistencia.
2. Cuando el hospital haya puesto la cuenta en estado de suspensión legal o administrativa o se hayan hecho acuerdos de pago específicos con el paciente o garante.
3. Facturas de la asistencia para dificultades por gastos médicos que superen la contribución a la asistencia para dificultades por gastos médicos.

4. Contribuciones a la asistencia para dificultades por gastos médicos que permanezcan pendientes durante el período de elegibilidad del paciente como paciente de bajos ingresos o del MassHealth.
5. A menos que el UMMC haya consultado el EVS para determinar si el paciente ha presentado una solicitud del MassHealth.
6. Para los pacientes elegibles para inscribirse en el Health Safety Net parcial, a excepción de cualquier deducible requerido.
7. El UMMC puede facturarles a los pacientes elegibles para el Health Safety Net y con asistencia para dificultades por gastos médicos por los servicios que no son médicamente necesarios proporcionados a pedido y con el consentimiento escrito del paciente.
8. El UMMC puede facturarle a un paciente de bajos ingresos a pedido de este para permitir que alcance el deducible requerido por única vez del CommonHealth.