

Contenido de la Política de Crédito y Cobro

<u>Sección</u>	<u>Título</u>
A.	Recolección de información de los recursos financieros del paciente y cobertura del seguro.
B.	Prácticas de facturación y cobro del hospital.
C.	Poblaciones exentas de las actividades de cobro.
D.	Deudas malas por emergencia.
E.	Acciones extraordinarias de cobro.
F.	Agencias de cobro externas.
G.	Depósitos y planes de cuotas.

Política de Crédito y Cobro del Beth Israel Deaconess Medical Center

El Beth Israel Deaconess Medical Center (en lo sucesivo denominado BIDMC), tiene la obligación fiduciaria interna de solicitar el reembolso por los servicios que ha prestado a los pacientes que están en condiciones de pagar, de las aseguradoras de terceros responsables que cubren el costo de la atención del paciente, y de otros programas de ayuda para la cual el paciente es elegible. Para determinar si un paciente puede pagar los servicios prestados, así como para asistir al paciente en la búsqueda de las opciones de cobertura alternativas si no tienen seguro o tienen una póliza insuficiente, el hospital se adhiere a los siguientes criterios relacionados a la facturación y cobros a los pacientes. Al obtener la información personal y financiera de los pacientes y su familia, el hospital mantiene toda la información según las leyes federales y estatales de privacidad, seguridad, y de robo de identidad. El BIDMC no discrimina por raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus políticas o en la aplicación para la adquisición y verificación de la preadmisión de la información financiera o depósitos de pretratamiento, planes de pago, ingresos diferidos o rechazados, el estatus de Pacientes con Bajos Ingresos según lo determinado por la oficina de Medicaid en Massachusetts, la determinación de que un paciente es de bajos ingresos, o en sus procedimientos de facturación y cobro.

Esta Política de Crédito y Cobro aplica al Beth Israel Deaconess Medical Center y a cualquier entidad que forma parte de la licencia o número de ID fiscal del hospital.

A. Recolectando información de los recursos financieros del paciente y cobertura del seguro

- a) BIDMC trabajará con el paciente para asesorarle en su deber de suministrar la siguiente información clave:

Antes de suministrar los servicios de atención médica (a excepción de los servicios suministrados para estabilizar a un paciente con una condición médica de emergencia o servicios de atención de urgencia), el paciente debe proporcionar información oportuna y precisa sobre su estado actual del seguro, información demográfica, cambios en los ingresos familiares o en la cobertura de la póliza del grupo (si la tiene), y, si se conoce, la información sobre los deducibles o copagos exigidos por su seguro o programa financiero aplicable. La información detallada de cada artículo debe incluir, pero no limitarse a:

- i) Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro actuales, información de ciudadanía y residencia y los recursos financieros aplicables del paciente que pueden utilizarse para pagar su factura;
- ii) Si aplica, el nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro actuales, y sus recursos financieros aplicables que puede utilizar para pagar la factura del paciente; y
- iii) Otros recursos que pueden utilizarse para pagar la factura, incluyendo otros programas de seguros para automóviles o propiedad si el tratamiento se debe a un accidente, programas de compensación al trabajador, pólizas de seguro estudiantil, y cualquier otro ingreso de la familia como herencias, regalos o distribuciones de un fideicomiso disponibles, entre otros.

El BIDMC le notificará al paciente que existe el deber de llevar un registro de sus facturas del hospital sin pagar, incluyendo cualquier copago, coaseguro y deducibles, y contactar al hospital si necesita ayuda para pagar una parte o totalidad de su factura. El hospital le informará al paciente de su deber de informar a su aseguradora de salud actual (si la tiene) o la agencia estatal que

determina el estado de elegibilidad del paciente en un programa público de cualquier cambio en los ingresos familiares o estatus del seguro. El hospital también puede ayudar al paciente a actualizar su elegibilidad en un programa público cuando haya cambios en los ingresos familiares o el estatus del seguro, considerando que el paciente informa al hospital de dichos cambios.

El BIDMC trabajará con el paciente para asegurarse de que conoce su deber de notificar al hospital y al programa aplicable del que está recibiendo asistencia (por ejemplo, MassHealth, Connector, la Health Safety Net, o Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net), cualquier información relacionada a un cambio en los ingresos familiares, o si es parte de una reclamación de seguro que puede cubrir el costo de los servicios prestados por el hospital. Si hay un tercero (como, pero no limitado a, seguros para la vivienda o automóviles) que es responsable de cubrir el costo de la atención por un accidente u otro incidente, el paciente trabajará con el hospital o programa correspondiente (incluyendo, pero no limitado a, MassHealth, Connector, o Health Safety Net) para asignar el derecho a recuperar el importe por dichos servicios.

El BIDMC informará al paciente de su deber de notificar a la oficina de la Health Safety Net o la agencia de MassHealth cuando el paciente esté involucrado en un accidente, o sufra de una enfermedad o lesión, o cualquier otra pérdida que tenga o pueda ocasionar una reclamación o demanda. En dichos casos, el paciente debe:

- i) Entablar una reclamación para una compensación si está disponible;
 - ii) Acordar cumplir todos los requisitos del M.G.L. c.118E incluyendo, pero no limitando:
 - a. Asignar, a la oficina de Health Safety Net, el derecho a recuperar el importe igual al pago de Health Safety Net generado por el proceso de cualquier reclamación u otro procedimiento contra un tercero;
 - b. Suministrar la información sobre la reclamación o cualquier otro procedimiento, y cooperar plenamente con la oficina de la Health Safety Net o el personal autorizado, a menos que la oficina de la Health Safety Net determine que la cooperación no sería para el mejor interés, u ocasionaría un daño grave o deterioro emocional al paciente;
 - c. Notificar a la Health Safety Net o a la agencia de MassHealth por escrito dentro de los diez días posteriores a haber presentado alguna reclamación, acción civil, u otro procedimiento; y
 - d. Devolverle, a la Health Safety Net, el dinero recibido de un tercero por todos los servicios elegibles previstos a partir de la fecha del accidente u otro incidente después de convertirse en un Paciente con Ingresos Bajos para propósitos de pago de la Health Safety Net, considerando que sólo se cancelarán los pagos de Health Safety Net dados como consecuencia del accidente u otro incidente.
- b) Deberes del hospital:
- El BIDMC hará todos los esfuerzos razonables y diligentes para cobrar el seguro del paciente y obtener otra información para verificar la cobertura de los servicios de salud a ser prestados por el hospital. Estos esfuerzos pueden darse durante el registro inicial, en persona, del paciente en una ubicación del hospital para recibir un servicio, o en otro momento. Además, el hospital notificará al paciente sobre la disponibilidad de las opciones de cobertura a través de una asistencia pública disponible o un programa de asistencia financiera del hospital, incluyendo la cobertura por medio de MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica para Niños, Health Safety Net, o Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net, en las facturas enviadas al paciente o garante después de recibir los servicios. Así mismo, el hospital también llevará a cabo sus funciones por medio de los sistemas de verificación financiera públicos o privados existentes para determinar si se puede identificar el estado de elegibilidad del paciente para la cobertura

de seguro público o privado. El hospital intentará recolectar dicha información antes de entregar cualquier servicio de salud que no sea emergencia ni urgencias. El hospital retrasará cualquier intento de obtener dicha información, mientras que un paciente esté siendo tratado por una condición médica de emergencia o servicios de atención de urgencia necesarios.

Los esfuerzos del BIDMC incluirán, pero no se limitarán a, solicitar información sobre el estatus del seguro del paciente y verificar cualquier base de datos pública o privada de seguros disponibles. El BIDMC buscará el pago de terceros para todos los servicios cubiertos y cumplirá con los requisitos de facturación y autorización de la aseguradora. El BIDMC apelará cualquier reclamación denegada cuando el servicio se pague en su totalidad o en parte por una aseguradora de terceros conocida que puede ser responsable de los costos de la atención del paciente. Siempre que sea posible, el BIDMC ayudará al paciente a apelar las denegaciones u otros juicios adversos en su plan de seguro, reconociendo que el plan de seguro le exige a menudo estas apelaciones al paciente. Cuando el registro del hospital o el personal de admisión sean informados por el paciente, también deberán trabajar con éste para asegurar que se suministre la información correcta a los programas públicos, como los cambios en los ingresos familiares o estatus del seguro, incluyendo cualquier reclamación o demanda que pueda cubrir el costo de los servicios prestados por el hospital.

Si el paciente o garante/tutor no puede suministrar la información necesaria, y con el consentimiento del paciente, el hospital hará esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, garante/tutor, y/o algún otro tercero apropiado para obtener información adicional.

Los esfuerzos razonables del BIDMC para investigar si un seguro de responsabilidad civil o de otro tipo pueden pagar el costo de los servicios prestados por el hospital incluyen, pero no se limitan a, determinar si el paciente cuenta con una póliza aplicable para cubrir el costo de las reclamaciones, incluyendo: (1) póliza para vehículos de motor o responsabilidad del dueño de vivienda, (2) póliza general para accidentes o protección contra lesiones personales, (3) programas de compensación para trabajadores, y (4) pólizas de seguro estudiantil, entre otras. Si el hospital puede identificar a un tercero como responsable o ha recibido un pago de un tercero u otro recurso (incluyendo una aseguradora privada u otro programa público), el hospital informará el pago al programa aplicable y lo compensará, si aplica para los requisitos del programa de reclamaciones, contra cualquier reclamación que pueda haber sido pagada por el tercero u otro recurso. Para los programas de asistencia pública estatales que hayan pagado el costo de los servicios, no se exigirá al hospital asegurar la asignación en el derecho del paciente para la cobertura de terceros. En estos casos, el paciente debe ser consciente de que el programa estatal aplicable puede intentar buscar la asignación de los costos de los servicios prestados.

B. Prácticas de facturación y cobro del hospital

El BIDMC tiene un proceso uniforme y consistente para la presentación y recolección de las reclamaciones presentadas a los pacientes, independientemente de su estatus de seguro. En concreto, si el paciente tiene un saldo pendiente que está relacionado a los servicios prestados y no está cubierto por una opción de cobertura pública o privada, el hospital seguirá los siguientes procedimientos de cobro/facturación, que incluyen:

- a) Una factura inicial enviada al paciente o persona responsable de los deberes financieros del paciente; la factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera (incluyendo, pero no limitado a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica para Niños, la Health Safety

Net y Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net) para cubrir el costo de la cuenta del hospital;

- b) Las facturas, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos personales de contacto, notificaciones por computadora, o cualquier otro método de notificación sucesivo que constituya un esfuerzo para contactar a la parte responsable de la deuda, también incluirá información sobre cómo el paciente puede contactar al hospital si necesita asistencia. De ser posible, la documentación de los esfuerzos alternativos para ubicar la parte responsable de la deuda o la dirección correcta por las facturas devueltas por el servicio de correos por “dirección incorrecta” o “no se puede entregar”;
- c) Enviar un aviso final por correo certificado a los pacientes sin seguro (los que no están inscritos en un programa como la Health Safety Net o MassHealth) que incurren en una deuda en emergencia de más de \$1.000 en Servicios de Nivel de Emergencia, donde los avisos no se han devuelto por “dirección incorrecta” o “no se puede entregar”, y también notificar a los pacientes de la disponibilidad de la asistencia financiera en dicho aviso;
- d) Documentación de la facturación continua o la acción tomada de cobro durante 120 días a partir de la fecha del servicio y disponible para el programa federal y/o estatal aplicable para verificar estos esfuerzos;
- e) Revisión del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Massachusetts (EVS) para asegurar que el paciente no es un Paciente con Ingresos Bajos y no ha presentado una solicitud de cobertura para MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica para Niños, la Health Safety Net, o Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net, antes de presentar reclamaciones a la Oficina de la Health Safety Net para pagar la deuda; y
- f) Para todos los pacientes que están inscritos en un programa de asistencia pública, el BIDMC sólo les cobrará el copago específico, coaseguro o deducible descrito en las regulaciones estatales aplicables y que además puede estar indicado en el Sistema de Administración Estatal de Medicaid.

El BIDMC buscará un pago específico para aquellos pacientes que no cumplen los requisitos para su registro en un programa de asistencia pública del estado de Massachusetts, como los residentes fuera del estado, pero que de otro modo puede satisfacer las categorías de elegibilidad de un programa de asistencia pública del estado. En estos casos, el BIDMC notificará al paciente si dichos recursos adicionales están disponibles en base a los criterios de ingreso y otros criterios del paciente, como se indica en la política de asistencia financiera del hospital.

Los pacientes también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera de BIDMC, según la política de asistencia financiera de BIDMC.

C. Poblaciones exentas de las actividades de cobro

Las siguientes poblaciones de pacientes están exentas de cualquier procedimiento de cobro o facturación según los reglamentos y las políticas de Estado: Pacientes inscritos en un programa de seguro de salud pública, incluyendo pero no limitado a, MassHealth, Asistencia de Emergencia a Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC); Plan de Seguridad Médica para Niños (CMSP), si el ingreso MAGI es igual o inferior al 300% del FPL; Pacientes con Ingresos Bajos, determinados por MassHealth y Health Safety Net, incluyendo aquellos con los ingresos contables del hogar o MAGI entre el 150,1% y el 300% del FPL; y Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net, sujeto a las siguientes excepciones:

- a) El BIDMC puede tomar una acción de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas mencionados anteriormente para sus copagos y deducibles establecidos por cada programa específico;

- b) El BIDMC también puede iniciar la facturación o cobro a un paciente que alega ser participante de un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios hospitalarios, pero no aporta la prueba de dicha participación. Al recibir la prueba de que un paciente es participante de un programa de asistencia financiera, (incluyendo recepción o verificación de la solicitud firmada), el BIDMC cesará sus actividades de facturación o cobro;
- c) El BIDMC puede continuar cobrando a cualquier Paciente con Ingresos Bajos por los servicios prestados antes de su determinación como Paciente con Ingresos Bajos, siempre y cuando el estatus como Paciente con Ingresos Bajos actual haya sido terminado, caducado, o no se ha identificado de alguna forma en el Sistema de Verificación de Elegibilidad estatal o Sistema de Información de Administración de Medicaid. Sin embargo, una vez que un paciente se determina como elegible para inscribirse en el MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, el Plan de Seguridad Médica para Niños, o Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net, el BIDMC cesará la actividad de cobro por los servicios (con la excepción de los copagos y deducibles) proporcionados antes del comienzo de su elegibilidad;
- d) El BIDMC puede solicitar el cobro contra algún paciente que participa en los programas enumerados anteriormente para los servicios no cubiertos que el paciente ha aceptado pagar, a condición de que el hospital obtenga el consentimiento previo y por escrito del paciente para ser facturado por el (los) servicio(s). Sin embargo, incluso en estas circunstancias, el BIDMC no le cobrará al paciente las reclamaciones relacionadas a errores médicos o reclamaciones denegadas por la aseguradora del paciente debido a un error administrativo o de facturación;
- e) A petición del paciente, el BIDMC puede facturarle a un Paciente con Ingresos Bajos para permitir que el paciente cumpla con el CommonHealth deducible de una sola vez como se describe en el 130 CMR 506.009.

D. Deudas de emergencia

El BIDMC presentará las reclamaciones por Deudas de Emergencia como se define en el 101 CMR 613.06 (2). El BIDMC no presentará una reclamación por una parte deducible o coaseguro de un crédito por el que un paciente asegurado o Paciente con Ingresos Bajos sea responsable.

- a) Para servicios de hospitalización: Los asesores financieros del BIDMC harán esfuerzos razonables para obtener información financiera y determinar el deber del pago por parte del paciente o garante, antes de que el paciente sea dado de alta o si es necesario al momento del alta. Si el paciente o garante/tutor no puede proporcionar la información necesaria, y con el consentimiento del paciente, el hospital hará esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, garante/tutor, y/u otros terceros apropiados para obtener información adicional.
- b) Para servicios de emergencia y ambulatorios: El personal de registro del BIDMC hará un esfuerzo razonable tan pronto como sea posible para obtener información financiera para determinar la responsabilidad del pago por parte del paciente o garante.

E. Acciones extraordinarias de cobro

- a) El BIDMC no realizará ninguna “acción extraordinaria de cobro” hasta el momento en que se haya hecho un esfuerzo y una revisión razonables de la situación financiera del paciente y otra información necesaria para determinar su elegibilidad para la asistencia financiera que determinará que un paciente tiene derecho a la asistencia financiera o la omisión de cualquier actividad de cobro o facturación bajo esta Política de Crédito y Cobro. El Director Financiero tiene la autoridad final para determinar que el BIDMC ha realizado esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del BIDMC y, por lo tanto, puede participar en una acción de cobro extraordinaria contra dicho individuo. El BIDMC conservará toda la documentación utilizada

en esta determinación de conformidad a la política aplicable del hospital de retención de registros.

- b) El BIDMC aceptará y procesará una solicitud de asistencia financiera de conformidad a su política de asistencia financiera presentada por un paciente durante todo el “período de aplicación”. El “período de aplicación” se inicia en la fecha en que se brindó la atención y termina en el día número 240 después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta posterior a la aprobación de la atención médica, con los siguientes requisitos adicionales especiales. El período de aplicación no termina antes de 30 días posteriores a que el hospital haya proporcionado al paciente el aviso de 30 días descrito a continuación. En el caso de que un paciente presumiblemente haya sido determinado para ser elegible para menos de la asistencia más generosa según la política de asistencia financiera, la aplicación no termina antes del final de un período razonable para el paciente para solicitar asistencia financiera más generosa, como se describe más adelante.
- c) Las acciones extraordinarias de cobro incluyen:
 - i) Vender la deuda del paciente a otra parte (excepto si hay requisitos especiales);
 - ii) Reportar a las agencias u oficinas de crédito;
 - iii) Diferir, denegar, o exigir un pago antes de proporcionar la atención médica necesaria por la deuda en uno o más facturas por atención previa cubiertos en la política de asistencia financiera del hospital (que se considera una acción extraordinaria de cobro de la atención proporcionada anteriormente)
 - iv) Acciones que requieren un proceso legal o judicial, incluyendo:
 - (1) Embargar una propiedad del paciente;
 - (2) Ejecutar la hipoteca de una propiedad;
 - (3) Apoderarse de una cuenta bancaria u otra propiedad;
 - (4) Iniciar una acción civil contra el paciente;
 - (5) Causar el arresto del paciente;
 - (6) Causar que el paciente esté sujeto a una orden de embargo; y
 - (7) Embargar los sueldos del paciente.
 - v) El BIDMC tratará la venta de la deuda de un paciente a otra parte como una acción extraordinaria de cobro a menos que el hospital inicie un acuerdo vinculante por escrito con el comprador de la deuda en virtud del cual (i) se prohíbe al comprador realizar alguna acción extraordinaria de cobro para obtener el pago; (ii) el comprador tiene prohibido cobrar intereses por la deuda a una tasa superior a la tasa de pago incompleto del IRS aplicable; (iii) la deuda es retornable o revocada por el hospital cuando se determine que el paciente es elegible para la asistencia financiera; y (iv) si el paciente se determina como elegible para la asistencia financiera y la deuda no se retorna o es revocada por hospital, el comprador está obligado a adherirse a los procedimientos que aseguren que el paciente no pagará al comprador más que lo que el paciente es responsable a pagar según la política de asistencia financiera.
 - vi) Las acciones extraordinarias de cobro incluyen las acciones dirigidas a obtener el pago de la atención a cualquier otro paciente que ha aceptado o está obligado a aceptar su responsabilidad sobre la factura.
- d) El BIDMC se abstendrá de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro a un paciente por un período de al menos 120 días a partir de la fecha en la que el hospital proporciona el primer estado de cuenta después del alta; a excepción que apliquen requisitos especiales para diferir o denegar la atención médica necesaria por falta de pago, como se describe a continuación.
- e) Además de abstenerse a iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro en un periodo de 120 días, como se ha descrito anteriormente, el BIDMC se abstendrá de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro por un período de al menos 30 días después de que se haya notificado al paciente de la política de asistencia financiera de la siguiente forma: el hospital (i) suministra

al paciente un aviso por escrito que indica que existe asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles, que identifica las acciones extraordinarias de cobro que el hospital (u otra parte autorizada) puede iniciar para obtener el pago, y establece una fecha límite después de la cual las acciones extraordinarias de cobro pueden iniciarse, que es no antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona un aviso por escrito: (ii) proporciona al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera; y (iii) hace un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente acerca de la política de asistencia financiera y cómo el paciente puede obtener asistencia con el proceso de aplicación de la política de asistencia financiera; excepto que apliquen requisitos especiales para diferir o negar la atención médica necesaria, como se describe a continuación.

- f) El BIDMC cumplirá con los siguientes requisitos especiales en el caso de que se aplase o deniegue la atención por falta de pago antes de que se sea elegible para la asistencia financiera. El hospital puede proporcionar un aviso con menos de 30 días, descrito anteriormente, si se le proporciona al paciente una forma de aplicación para asistencia financiera y un aviso por escrito afirmando que la asistencia está disponible para los pacientes elegibles. El aviso escrito indicará una fecha límite después de la cual el hospital no aceptará ni procesará una aplicación para ayuda financiera, que será no antes del final del período de aplicación o 30 días después de la fecha en que se proporcionó por primera vez el aviso por escrito. Si el paciente presenta una solicitud antes de la fecha límite, el hospital procesará la solicitud de manera expedita.
- g) Si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta de asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del hospital durante el período de aplicación, el BIDMC suspenderá cualquier acción extraordinaria de cobro para obtener el pago. En tal caso, el hospital no iniciará, o tomará otra acción sobre las acciones extraordinarias de cobro previamente iniciadas hasta que o bien (i) el hospital determine si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera o (ii) en el caso de una solicitud incompleta de asistencia financiera, el paciente no ha respondido a las solicitudes de información y/o documentación adicional dentro de un período razonable de tiempo. El BIDMC también tomará medidas adicionales, dependiendo de si la solicitud está completa o incompleta, tal como se describe a continuación.
- h) En el caso de que un paciente presente una aplicación completa para asistencia financiera durante el período de aplicación, el BIDMC determinará si el paciente es elegible para recibir dicha asistencia financiera. Si el hospital determina que el paciente es elegible para asistencia diferente a la atención gratuita, el hospital (i) proporcionará al paciente un estado de cuenta con la cantidad que el paciente debe por la atención como un paciente elegible para la asistencia financiera y establece o describe cómo el paciente puede obtener información con respecto a las cantidades que generalmente se facturan por el cuidado, (ii) tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier acción extraordinaria de cobro (con las excepciones de una venta de la deuda y diferir o negar, o exigir un pago antes de proporcionar la atención médica necesaria por falta de pago de las facturas anteriores) en contra del paciente para obtener el pago por la atención de un paciente. Las medidas razonables para revertir una acción extraordinaria de cobro incluirán medidas para no celebrar ningún juicio, ninguna tasa o gravamen, y eliminación en el informe de crédito del paciente de cualquier información adversa suministrada a una agencia de información o agencia de crédito.
- i) En el caso de que un paciente presente una solicitud incompleta para asistencia financiera durante el período de solicitud, el hospital le proporcionará al paciente un aviso por escrito que describa la información y/o documentación adicional requerida en virtud de la política de asistencia financiera incluyendo la información de contacto.
- j) El BIDMC puede hacer determinaciones presuntivas sobre si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera en base a información distinta a la prevista por el paciente o sobre la base de una determinación previa de elegibilidad.

- En el caso de que un paciente sea determinado como elegible para menos de la ayuda más generosa disponible bajo la política de asistencia financiera, el hospital: (i) notificará al paciente con respecto a la base para la determinación de elegibilidad presuntiva y cómo aplicar para obtener asistencia más generosa bajo la política de asistencia financiera; (ii) dará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar ayuda más generosa antes de iniciar las acciones extraordinarias de cobro para obtener la cantidad descontada adeudada; y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa en busca de ayuda financiera más generosa durante el período de solicitud, determinará si el paciente es elegible para el descuento más generoso.
- k) El BIDMC no embargará el salario de un Paciente con Ingresos Bajos o a su garante o ejecutará un embargo sobre la residencia personal o vehículo de un Paciente con Ingresos Bajos o de su garante a menos que: (1) el hospital puede demostrar que el paciente o su garante tienen la capacidad de pago, (2) el paciente/garante no respondió a las solicitudes de información o el paciente/garante se negó a cooperar con el hospital para buscar un programa de asistencia financiera disponible, y (3) a los efectos del derecho de embargo, aprobado por la Junta Fiduciaria del hospital para el caso de dicho paciente.
 - l) El BIDMC y sus agentes no continuarán con el cobro o facturación a un paciente que es miembro de un procedimiento de quiebra, excepto para asegurar sus derechos como acreedor en el orden apropiado (también pueden tomarse acciones similares por el programa de asistencia pública aplicable que ha pagado por los servicios). El hospital y sus agentes tampoco cobrarán intereses sobre un saldo vencido para un Paciente con Ingresos Bajos o pacientes que cumplen los criterios para la cobertura a través del propio programa de asistencia financiera interna del hospital.
 - m) El BIDMC mantiene el cumplimiento de los requisitos de facturación aplicables, estatales y federales, relacionados a la deuda de servicios específicos que fueron el resultado de o directamente relacionados a un Evento Reportado como Grave (SRE), corrección de un SRE, complicación del SRE, o una readmisión en el mismo hospital por los servicios asociados a un SRE. Los SRE que no se producen en el hospital están excluidos de esta determinación de la deuda, siempre y cuando el centro de tratamiento e instalación encargada del SRE no tengan una propiedad común o compartan una paternidad corporativa. El hospital tampoco buscará el pago de un Paciente con Ingresos Bajos a través del programa Health Safety Net cuyas reclamaciones se les negó inicialmente por un programa de seguro debido a un error de facturación administrativa por el hospital.

F. Agencias de cobro externas

El BIDMC puede contratar agencias externas de cobro para ayudar a cobrar determinadas cuentas, incluyendo los importes de los pacientes no resueltos después de 120 días de acciones de cobro continuas. El hospital también puede entrar en un acuerdo vinculante con agencias externas de cobro. Cualquiera de estos contratos permitiendo la venta de la deuda que no sea tratada como una acción extraordinaria de cobro cumplirá los requisitos descritos anteriormente. En todos los demás casos, si el hospital vende o remite la deuda de un paciente a otra parte, el acuerdo con la otra parte será razonablemente diseñado para asegurar que no haya acciones extraordinarias de cobro hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para la asistencia financiera, incluyendo las siguientes: (i) si un paciente presenta una solicitud antes de que finalice el período de aplicación, la parte suspenderá las acciones extraordinarias de cobro; (ii) si el paciente presenta una solicitud de asistencia financiera antes del final del período de aplicación y se determina que es elegible para la asistencia financiera, la parte se adherirá a los procedimientos para asegurar que el paciente no paga a la parte y al hospital juntos más de lo que el paciente está obligado a pagar de acuerdo a la política de asistencia financiera y revierta cualquier acción extraordinaria de cobro; y (iii) si la parte refiere o vende la deuda a otra, la parte obtendrá un acuerdo por escrito cumpliendo con todos los requisitos anteriores. Todas las agencias externas de cobro contratadas por el hospital

brindarán al paciente la oportunidad de presentar una queja formal y reenviará al hospital los resultados de esas reclamaciones. El hospital requiere que cualquier agencia externa de cobro que utiliza esté cumpliendo con los requisitos federales y estatales cobro de deudas.

G. Depósitos y Planes de Cuotas

Según las normas de la Health Safety Net de Massachusetts pertenecientes a los pacientes que son: (1) determinados como un “Paciente con Ingresos Bajos” o (2) califican para Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net, el BIDMC proporcionará al paciente la información sobre los depósitos y planes de cuotas basados en la situación financiera documentada del paciente. Cualquier otro plan se basará en el propio programa de asistencia financiera interna del hospital, y no aplicará a los pacientes que tienen la capacidad de pago.

a) Servicios de emergencia

El BIDMC no exigirá depósitos de preadmisión y/o pretratamiento a pacientes que requieren servicios de nivel de emergencia o determinados como Pacientes con Ingresos Bajos.

b) Depósitos de Pacientes con Ingresos Bajos

El BIDMC puede solicitar un depósito de pacientes determinado como Pacientes con Ingresos Bajos. Dichos depósitos se limitarán al 20% de la cantidad deducible, hasta \$500. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecidos en el 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Depósitos para pacientes con Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net

El BIDMC puede solicitar un depósito a pacientes que puedan beneficiarse de las Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net. Los depósitos se limitarán al 20% de la contribución por Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net hasta \$1.000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en el 101 CMR 613.08(1)(g).

d) Planes de pagos para Pacientes con Ingresos Bajos según el programa de la Health Safety Net de Massachusetts

A un paciente con una cuenta de \$1.000 o menos, después del depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pagos de al menos un año, sin intereses, con un pago mínimo mensual de no más de \$25. A un paciente con una cuenta de más de \$1.000, después del depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pago sin intereses de al menos dos años.

e) Planes de pagos para Pacientes con Ingresos Bajos HSN según el programa de la Health Safety Net de Massachusetts, para servicios prestados en un hospital Health Center.

A todos los Pacientes con Ingresos Bajos parciales de la Health Safety Net se les cobrará el 100% de su factura hasta que se alcanza el deducible completo.