

# Tabla de Contenidos

---

Política de Asistencia Financiera del BIDMC .....	2
Aplicable A .....	2
Referencias.....	2
Propósito .....	2
Definiciones .....	3
Servicios Elegibles para Asistencia Financiera .....	7
Servicios No Elegibles para Asistencia Financiera .....	7
Evaluación de las Necesidades de la Salud Comunitaria.....	7
Programas de Asistencia Pública.....	8
Asistencia Financiera Hospitalaria a través de Health Safety Net.....	9
Papel del Asesor de Asistencia Financiera .....	12
Deberes del Paciente .....	13
Criterios de Elegibilidad para Asesor de Asistencia Financiera .....	14
Descuentos de Asistencia Financiera .....	17
Política de Asistencia Financiera .....	17
Razones de la Denegación .....	19
Elegibilidad Presuntiva .....	19
Servicios Médicos de Emergencia .....	20
Importe Comúnmente Facturado .....	20
Crédito y Cobros .....	20
Requisitos Regulatorios .....	211
Apéndice 1 .....	22
Forma de Aplicación de Asistencia Financiera .....	222
Apéndice 2 .....	25
Aplicación de Dificultades de Orden Médico.....	25
Apéndice 3 .....	28
Gráfico de Descuentos Basado en los Ingresos .....	288
Apéndice 4 .....	299
Proveedores y Clínicas con Coberturas .....	299
Apéndice 5 .....	30
Importe Comúnmente Facturado (AGB) .....	30
Apéndice 6 .....	311
Acceso Público a Documentos.....	311
Historial de la Política .....	322

# Política de Asistencia Financiera del BIDMC

---

**Aplicable A** Esta política aplica al Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) y los Proveedores contratados por, o afiliados al, BIDMC (véase Apéndice Cuatro (4) para la lista completa de los proveedores con cobertura bajo esta política).

---

**Referencias**

- EMTALA: Recolección de Información Financiera
- Política de Crédito & Cobros
- Lineamientos Federales de Pobreza, Depto. de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
- Aviso del IRS 2015-46 y 29 CFR §§1.501(r) (4)-(6)
- Apéndice 1: Forma de Aplicación de Asistencia Financiera
- Apéndice 2: Aplicación de Dificultades de Orden Médico
- Apéndice 3: Gráfico de Descuentos Basado en Límites de Activos e Ingresos
- Apéndice 4: Proveedores y Departamentos con Cobertura
- Apéndice 5: Porcentaje de Importes Comúnmente Facturados (AGB)
- Apéndice 6: Acceso Público a Documentos

---

**Propósito** Nuestra misión es destacar por la excelencia en el cuidado de los pacientes, formación, investigación y mejorar la salud de las comunidades que atendemos

El BIDMC se dedica a proveer asistencia o ayuda financiera a pacientes con necesidades de atención médica y que no poseen un seguro médico, con cobertura insuficiente y no aplican para un programa gubernamental, o que, por otra causa, no pueden pagar el cuidado médico necesario por su situación financiera. Esta política de asistencia financiera está diseñada para cumplir con las leyes estatales y federales aplicables para nuestra área de servicio. Los pacientes elegibles para la asistencia financiera recibirán atención con descuentos por parte de proveedores del BIDMC con experiencia.

La asistencia financiera suministrada bajo esta política está hecha esperando que los pacientes cooperarán con el proceso de aplicación de la política y aquellos para el beneficio público o programas de cobertura que pueden estar disponibles para cubrir el costo de la atención médica.

No discriminaremos en base a la edad, género, raza, credo, religión, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad o estatus migratorio del paciente al determinar la elegibilidad.

---

## Definiciones

Las siguientes definiciones aplican a todas las secciones de esta política.

La clasificación de los servicios de emergencia o no emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como en la determinación médica del médico tratante. Las definiciones de los servicios de atención médica de emergencia o urgencias suministradas a continuación, serán utilizadas por el Hospital para determinar la cobertura de morosidad de atención médica de emergencias o urgencias según el programa de asistencia financiera del hospital incluyendo el Health Safety Net.

**Activos:** Consisten en:

- Cuentas de Ahorro
- Cuentas corriente
- Cuentas de ahorro para la salud (HSA)\*
- Plan de reembolso para la salud (HRA)\*
- Cuentas de gastos flexibles (FSA)\*

\*Los descuentos pueden no aplicar si un paciente/garante tiene una HSA, HRA, FSA o fondo similar designado para los gastos médicos familiares. El pago de cualquiera de dichos fondos vencido antes de aplicar el descuento.

**Admisión Electiva:** Admisión en un hospital que no se considera Condición Médica de Emergencia o Necesaria y no es cubierta bajo esta política.

**Asegurador Privado de la Salud:** Cualquier organización que no es una unidad gubernamental que ofrece pólizas de salud, incluyendo organizaciones no gubernamentales administrando un plan de seguro de la salud bajo Medicare Advantage.

**Asistencia Completa:** Los pacientes, o sus garantes, con ingresos familiares anuales del o menos del 200% del FPL recibirán una exención del 100% de las deudas financieras para los servicios médicos elegibles.

**Asistencia Financiera:** Asistencia suministrada a pacientes elegibles, quienes de otra forma experimentarían dificultades de orden médico, al aliviarles, total o parcialmente, su deuda financiera por la atención médica o de emergencia necesaria suministrada por el BIDMC.

**Asistencia Parcial:** Asistencia financiera que otorga un descuento, por los servicios médicos provistos por el BIDMC, para los pacientes elegibles, o garantes, con ingresos familiares anuales entre el 201% y 400% del Nivel de Pobreza Federal.

**Atención de Urgencias:** Servicios Medicamente Necesarios provistos en un Hospital después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntoma agudos con la gravedad suficiente

(incluyendo dolor severo) para que una persona prudente considere que la ausencia de atención médica en 24 horas pueda representar un peligro razonable para la salud de la persona, deterioros en la función corporal, o disfunción de una parte del cuerpo u órgano. Los Servicios de Atención de Urgencias son provistos para condiciones que no representan una amenaza a la vida o un alto riesgo de daños a la salud de un individuo. Los Servicios de Atención de Urgencias no incluyen la Atención Primaria o Electiva.

**Cargos Brutos:** Total de cargos a la tasa completa establecida al brindar servicios de atención al paciente antes de las deducciones fiscales aplicados.

**Condición Médica de Emergencia:** Como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd), el término “Condición Médica de Emergencia” se refiere a una condición médica con síntomas agudos o la gravedad suficiente para que, de no recibir atención médica, pueda:

1. Arriesgar gravemente la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o el feto)
2. Deterioro grave en las funciones corporales
3. Disfunción grave en cualquier parte del cuerpo u órgano
4. En el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones:
  - a. Hay un tiempo planteado para efectuar un traslado efectivo de un hospital a otro para el parto
  - b. Dicho traslado puede suponer una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o el feto.

**Cuidado Médico Necesario:** Los servicios médicos necesarios, como servicios de atención médica de hospitalización o consultad, provistos para la evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de una lesión o enfermedad, así como, los servicios definidos típicamente por Medicare u otra póliza de seguro de la salud como “servicios o productos con cobertura”.

**Descuento por Falta de Seguro:** A los pacientes que no cuenten con una cobertura por parte de un tercero se les suministrará un descuento por falta de seguro, para los servicios elegibles por el BIDMC según esta política, al momento de proveerse los cargos no descontados.

**Dificultad de Orden Médico:** Asistencia provista a pacientes elegibles cuyas facturas médicas son mayores o iguales al 25% de sus ingresos brutos.

**Elegibilidad Presuntiva:** Bajo ciertas circunstancias, los pacientes sin seguro médico, pueden presumirse o considerarse elegibles para asistencia financiera basándose en su inscripción en otros programas de medios económicos u otras fuentes de información, no provistas directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de las necesidades financieras.

**Familia:** como lo define la Oficina del Censo de los Estados Unidos, es un

grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente de su declaración de impuestos, según las reglas del Servicio de Rentas Internas, pueden considerarse como dependientes al determinar la elegibilidad para esta política.

**Garante:** Una persona, que no es el paciente, responsable de la facturación.

**Importe Comúnmente Facturado (AGB):** es el pago esperado por los servicios médicos o de emergencia necesarios por un paciente y/o el garante del paciente. Para los pacientes que califican, esta cantidad no excederá una tasa que será determinada utilizando el Método de Actualización descrito en la sección 1.501(r)-5(b)(3) del Código de Rentas Internas.

El Método de Actualización se basa en las reclamaciones reales pasadas pagadas al BIDMC por el Pago Por Servicio de Medicare en conjunto con todos los aseguradores privados que pagan reclamaciones.

Las reclamaciones incluidas en el cálculo del AGB serán las reclamaciones permitidas durante el año calendario anterior. Los importes de co-seguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador así como el Pago Por Servicio de Medicare junto a todas las reclamaciones de aseguradores privados. Los cargos brutos de dichas reclamaciones serán el denominador. El AGB se calculará anualmente 45 días después del cierre del año calendario anterior, y se implementará 120 días después del cierre del año calendario.

**Ingresos Familiares:** los ingresos de la familia de un solicitante son los ingresos brutos combinados de todos los miembros adultos de la familia que vive en la misma residencia y están incluidos en la devolución de impuestos más reciente. Para pacientes menores a 18 años de edad, los ingresos familiares incluyen los de los padres y/o padres adoptivos, o parientes cuidadores. Los ingresos familiares se determinan utilizando la definición de la Oficina del Censo, que incluye los siguientes ingresos al computar los Lineamientos Federales de Pobreza:

1. Incluye ganancias, compensaciones de desempleo, pensiones de Seguridad Social del empleado, Ingresos Suplementarios de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensiones o ingresos por retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fondos, estipendios educativos y pensiones alimenticias.
2. Los beneficios que no sean en efectivo (como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan
3. Se determinan en una base antes de impuestos (bruta)
4. Excluye las ganancias y pérdidas de capital.

**Nivel Federal de Pobreza:** El Nivel Federal de Pobreza (FPL) utiliza los límites de ingresos que varían por el tamaño y la composición familiar para

determinar quién está en pobreza en los Estados Unidos. Se actualiza periódicamente en el Registro Federal por de Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos según la autoridad de la sub-sección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. El lineamiento actual del FPL puede encontrarse en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Paciente con Seguro Insuficiente:** Cualquier individuo con cobertura privada o gubernamental a quien se le dificulta pagar completamente los gastos esperados de los servicios provistos por el BIDMC.

**Paciente Sin Seguro:** Un paciente que no cuenta con una cobertura de un tercero provista por una aseguradora comercial, un ERISA, un Programa de Atención Médica Federal (incluyendo, sin limitar a, Medicare, Medicaid, SCHIP, y CHAMPUS), Compensación de Trabajador, u otra asistencia de un tercero para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente.

**Pago por Servicio de Medicare:** Seguro médico ofrecido según la Parte A y Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de Medicare (42 USC 1395c-1395w-5).

**Período de Aplicación:** Es el período en que se aceptarán y procesarán las aplicaciones para la asistencia financiera. El período de aplicación comenzará en la fecha posterior a que se suministre el primer extracto de facturación post-descargado y terminará 240 días después de esa fecha.

**Período de Calificación:** A los solicitantes determinados elegibles para asistencia financiera se les otorgará asistencia por un periodo de seis meses. Los pacientes que califiquen para asistencia financiera deben demostrar que no hubo cambios en su situación financiera al final del período de calificación de seis (6) meses para extender su elegibilidad por otros seis (6) meses.

**Plan de Pagos:** un plan de pagos que se acuerda ya sea con el BIDMC o un tercero representando al BIDMC y el paciente/garante por los gastos asociados. El plan de pagos considerará las circunstancias financieras del paciente, la cantidad adeudadas y cualquier otro pago previo.

**Porcentaje de Importes Generalmente Facturados:** El Porcentaje de AGB se calculará cada año en el día 45 del año y se describe en el Apéndice Cinco (5) de esta política.

**Sin Hogar:** como lo define el gobierno Federal, y publicado en el Registro Federal por el HUD:

Un individuo o familia que sufre la falta de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, por lo que el individuo o familia tiene una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está destinado para ser habitado o está viviendo en un refugio, público o privado, diseñado

para acoger personas temporalmente. Esta categoría también incluye a las personas que dejan la institución donde viven por 90 días o menos quienes residen en un refugio de emergencia o un lugar que no está destinado para ser habitado inmediatamente antes de entrar a la institución.

---

**Servicios Elegibles para Asistencia Financiera**

Los servicios elegibles para la política de asistencia financiera del BIDMC deben ser clínicamente apropiados y dentro de los estándares de las prácticas médicas aceptables. Incluyen los siguientes:

1. Servicios médicos de emergencia, así como atención provista en una instalación de no emergencias para estabilizar un paciente.
  2. Servicios no electivos provistos en respuestas a circunstancias mortales en una instalación de no emergencias.
  3. Servicios médicamente necesarios, como servicios de atención médica de hospitalización o consulta, para la evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de lesiones o enfermedades, así como los servicios típicamente definidos por Medicare u otras aseguradoras como “productos o servicios con cobertura”.
  4. Servicios de proveedores contratados por el BIDMC y quienes están cubiertos bajo esta política. Vea el Apéndice Cuatro (4) para la lista completa de proveedores cubiertos bajo esta política.
- 

**Servicios No Elegibles para Asistencia Financiera**

Los servicios no elegibles para la asistencia financiera incluyen:

1. Los procedimientos electivos no necesarios médicamente, así como los servicios que no están cubiertos típicamente por Medicare u otra cobertura como no necesarios médicamente.
  2. Los servicios recibidos de proveedores no contratados por el BIDMC (por ejemplo, médicos o profesionales de la salud, ambulancia, etc., privados o que no pertenecen al BIDMC.) Se les recomienda a los pacientes contactar estos proveedores directamente para conocer si ofrecen la asistencia y hacer acuerdos de pagos. Vea el Apéndice Cuatro (4) para la lista completa de proveedores bajo esta política.
  3. Gastos deducibles o coaseguro asociados a servicios médicos necesarios provistos fuera de la red definida por su asegurador.
- 

**Evaluación de las Necesidades de la Salud Comunitaria**

La Junta Directiva realizó y aprobó una Evaluación de las Necesidades de la Salud Comunitaria el 18 de septiembre de 2013, para identificar y tratar las necesidades de la salud comunitaria alrededor del área de servicio del BIDMC. Se han identificado los siguientes problemas de salud como prioridades como resultado de esta evaluación.

**Problemas de Salud y Poblaciones Objetivo**

1. Control y Prevención de Enfermedades incluyendo:
  - Diabetes, enfermedades del corazón, cáncer y asma

- Educación de la salud, monitoreo y control de enfermedades
- Poblaciones Objetivo:
- Bajos ingresos
  - Minorías raciales/étnicas
  - Residentes de Boston, en particular Allston/Brighton, North Dorchester, Roxbury, Fenway/Kenmore; las ciudades de Outer Cape Harwich, Wellfleet y Provincetown, así como Quincy.
2. El acceso a la Atención Médica incluye:
- Atención Médica Primaria
  - Atención Médica especializada
  - Atención del Salud del Comportamiento
  - Atención Odontológica
- Poblaciones Objetivo:
- Bajos ingresos
  - Minoría raciales/étnicas
  - Con seguro, sin seguro o seguro insuficiente de Medicaid
3. Obesidad, Bienestar y Nutrición incluye:
- Ejercicio adecuado
  - Nutrición
  - Seguridad alimenticia
  - Vecindarios seguros
- Poblaciones objetivo:
- Todas
4. La Atención de Salud del Comportamiento incluye:
- Depresión/ansiedad/estrés
  - Abuso de sustancias
  - Acceso a la atención
  - Homicidio/Violencia Doméstica
- Población Objetivo:
- Residentes de Roxbury y Dorchester
  - Adultos con adicción a opioides

Debe considerarse que el BIDMC también invertirá y apoyará muchos otros problemas que escapan de estas áreas de prioridad como oportunidades especiales y problemas/crisis médicas que surjan o se basen en compromisos históricos. Los esfuerzos del BIDMC para beneficiar a la comunidad siempre se enfocarán donde haya una necesidad o una oportunidad de impacto.

Se puede obtener una copia del reporte completo en nuestro sitio web público: <http://www.bidmc.org/~media/Files/Centers%20and%20Departments/Community%20Initiatives/FinalCHNAREport92313.pdf>

---

**Programas de Asistencia**

Para las personas sin seguro o con una póliza insuficiente, el hospital trabajará para asistirles al aplicar para la asistencia pública y/o asistencia

## **Pública**

financiera del hospital que puede cubrir parte o el total de las facturas adeudadas al hospital. Para ayudar a las personas sin seguro o con una póliza insuficiente, el hospital suministrará un aviso general de la disponibilidad de la asistencia pública y programas de asistencia financiera durante el registro de la persona en el hospital para un servicio, en todas las facturas que se envíen al paciente o al garante, y cuando el proveedor sea notificado o a través de su debida diligencia reconozca de un cambio en el estatus de la elegibilidad del paciente por cobertura de una póliza pública o privada.

Los pacientes del hospital pueden ser elegibles para obtener servicios de atención médica gratuita o a un costo reducido a través de varios programas de asistencia pública así como los programas de asistencia financiera del hospital (incluyendo pero no limitando a MassHealth, el programa de asistencia de pagos operado por el Health Connector, el Programa de Seguridad Médica de Niños, la Health Safety Net, y Dificultades de Orden Médico). Dichos programas pretenden ayudar a los pacientes con bajos ingresos, considerando la capacidad de cada individuo para costear su atención médica. Para aquellas personas que no tienen seguro o tienen una póliza insuficiente, el hospital, cuando se solicita, les ayuda a aplicar para cualquier cobertura a través de los programas de asistencia pública o programas de asistencia financiera del hospital, que pueden cubrir el total o parte de las facturas adeudadas al hospital.

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes al registrarse en los programas de cobertura de salud del estado. Estos incluyen a MassHealth, el programa de asistencia de pagos de primas operado por el Health Connector estatal y el Programa de Seguridad Médica de Niños. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una aplicación a través del sitio web en línea (ubicado en el Sitio Web de Health Connector estatal), una aplicación en papel, o por teléfono con un representante de atención al cliente, en MassHealth o Health Connector. Las personas también pueden solicitar ayuda a los asesores financieros del hospital (también llamados consejeros certificados para aplicación) presentando la solicitud, ya sea en el sitio web o a través de una forma en papel.

---

## **Asistencia Financiera Hospitalaria a través de la Health Safety Net**

Gracias a su participación en la Massachusetts Health Safety Net, el Hospital brinda asistencia financiera a los pacientes de bajos ingresos sin pólizas de seguro y que son residentes de Massachusetts y cumplan con los requisitos de ingreso. La Health Safety Net fue creada para distribuir, de forma más equitativa, los costos de proveer atención médica sin compensación a pacientes sin seguro y con bajos ingresos con atención gratuita o con descuentos en todos los hospitales en Massachusetts. La centralización de la Health Safety Net de la atención sin compensación se lleva a cabo a través de una evaluación en cada hospital para cubrir el costo de la atención a los pacientes sin seguro y con ingresos por debajo del 400% del nivel federal de

pobreza. La política del hospital es que todos los pacientes que reciben asistencia financiera según la política de asistencia financiera del hospital incluyan los servicios de la Health Safety Net como parte de la atención médica sin compensación proporcionada a pacientes de bajos ingresos.

A través de su participación en la Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el Hospital pueden ser elegibles para la asistencia financiera, incluyendo atención total o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de la Health Safety Net definidos en 101 CMR 613:00.

*(a) Health Safety Net – Primaria*

Los pacientes sin seguro, que son residentes de Massachusetts, con Ingresos de la vivienda MassHealth MAGI o Familias con Dificultades de Orden Médico verificadas, como se describe en 101 CMR 613.04(1), entre el 0 al 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden ser elegibles para los Servicios Elegibles de la Health Safety Net.

El período de elegibilidad y el tipo de servicios de *Health Safety Net – Primaria* se limita a los pacientes elegibles para registrarse en el Programa de Asistencia de Pago Premium operado por Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para *Health Safety Net – Primaria*.

*(b) Health Safety Net – Secundaria*

Los pacientes residentes de Massachusetts con seguro de salud primaria y con Ingresos de la vivienda MassHealth MAGI o Familias con Dificultades de Orden Médico verificadas, como se describe en 101 CMR 613.04(1), entre el 0 y el 300% del FPL pueden ser elegibles para los servicios elegibles de la Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios de la *Health Safety Net – Secundaria* se limita a los pacientes elegibles para inscribirse en el Programa de Asistencia de Pago Premium operado por Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para *Health Safety Net – Primaria*.

*(c) Health Safety Net – Deducibles Parciales*

Los pacientes que califican para *Health Safety Net Primaria* o *Health Safety Net Secundaria* con Ingresos de la vivienda MassHealth MAGI o Familias con Dificultades de Orden Médico verificadas entre el 150,1% y el 300% del FPL, pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo Familiar de Facturación de Primas (PFBG) tienen un ingreso mayor al 150,1% del FPL. Este grupo está definido en el 130 CMR 501.0001.

Si algún miembro del PBFG tiene un FPL menor a 150,1% no hay deducible para cualquier miembro del PBFG. El deducible anual es igual al mayor de:

1. el costo más bajo del Programa de Pago de Asistencia de Pagos Operado por Health Connector, ajustado al tamaño del PBFG proporcional a los estándares de ingresos MassHealth FPL, a partir del inicio del año calendario; o
2. el 40% de la diferencia entre el ingreso más bajo de la vivienda MassHealth MAGI o los Ingresos Contables de la Familia con Dificultades de Orden Médico, según lo descrito en el 101 CMR 613.04(1), en el Grupo Familiar de Facturación de Primas (PBFG) del solicitante y el 200% del FPL.

*(d) Health Safety Net – Dificultades de Orden Médico*

Un residente de Massachusetts con cualquier ingreso podría calificar para *Dificultades de Orden Médico* a través de la Health Safety Net si los gastos médicos permitidos sobrepasan su ingreso contable o no es capaz de pagar los servicios de salud. Para calificar para las Dificultades de Orden Médico, los gastos médicos permisibles del solicitante deben exceder un porcentaje determinado de los Ingresos Contables del solicitante como se define en el 101 CMR 613 de la siguiente manera:

Nivel de Ingresos	Porcentaje de Ingresos Contables
0 – 205% FPL	10%
205,1 – 305% FPL	15%
305,1 – 405%	20%
405,1 – 605% FPL	30%
>605,1% FPL	40%

La contribución exigida al solicitante se calcula como el porcentaje especificado de los Ingresos Contables en el 101 CMR 613.05(1)(b) basados en el FPL de las *Dificultades de Orden Médico* de la familia multiplicado por los Ingresos Contables reales menos las facturas que no son elegibles para el pago de Health Safety Net, para las cuales el solicitante seguirá siendo responsable. Se especifican otros requisitos para las *Dificultades de Orden Médico* en el 101 CMR 613.05.

Un hospital puede solicitar un depósito de los pacientes elegibles a Dificultades de Orden Médico. Los depósitos se limitarán al 20% de la contribución por Dificultades de Orden Médico 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).

Para Dificultades de Orden Médico, el hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como Dificultades de Orden Médico es el apropiado y presentar una solicitud por Dificultades de Orden

Médico a la Health Safety Net. Es deber del paciente proporcionar toda la información necesaria conforme a lo solicitado por el hospital en un plazo adecuado para asegurar que el hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente puede proporcionar toda la información de forma oportuna, el hospital se esforzará por presentar la aplicación completa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a haber recibido toda la información necesaria. Si la aplicación completa no se presenta dentro de los cinco días hábiles posteriores a haber recibido toda la información necesaria, no se pueden realizar cobros al paciente con respecto a las facturas elegibles como Dificultades de Orden Médico.

---

**Papel del  
Asesor de  
Asistencia  
Financiera**

El hospital ayudará a las personas sin seguro y con pólizas insuficientes a aplicar para una cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública (incluyendo, pero no limitando a MassHealth, el programa de pago de asistencia de pagos operado por Health Connect, y el Programa de Seguridad Médica para Niños), y trabajar en conjunto con las personas para inscribirse apropiadamente. El hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del hospital, incluyendo la cobertura a través de la Health Safety Net y Dificultades de Orden Médico.

El hospital:

- a) suministrará información sobre los programas completos, incluyendo MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica para Niños, Health Safety Net, y Dificultades de Orden Médico;
- b) ayudará a las personas a completar una nueva aplicación para la cobertura o enviar una renovación para una existente;
- c) trabajará con las personas para obtener toda la documentación necesaria;
- d) enviará las aplicaciones o renovaciones (junto a la información necesaria);
- e) interactuará, cuando aplique y se permita según las limitaciones del sistema actual, con los Programas sobre el estatus de dichas aplicaciones y renovaciones;
- f) ayudará a facilitar el registro de los solicitantes o beneficiarios en los Programas de Seguros; y
- g) ofrecerá y suministrará asistencia en el registro de votantes.

El hospital informará al paciente de su deber de suministrar al hospital, y a la agencia estatal correspondiente, información precisa y oportuna sobre su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), las opciones de cobertura de seguros actual (incluyendo pólizas de hogar, vehículos, y otro seguro de responsabilidad civil) que pueden cubrir el costo de la atención recibida,

cualquier recurso financiero aplicable, e información de la ciudadanía y residencia. Esta información se presentará al estado como parte de la aplicación para recibir asistencia de los programas públicos para determinar la cobertura de los servicios prestados al individuo.

Si el individuo o el garante no pueden suministrar la información necesaria, el hospital puede (por solicitud de la persona) hacer esfuerzos razonables para obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Dichos esfuerzos también incluyen trabajar con la persona, por su petición, para determinar si una factura por servicios debe enviarse a la persona para ayudarlo a pagar el deducible de una sola vez. Esto ocurrirá cuando el individuo esté programando sus servicios, durante el pre-registro, mientras que el individuo sea admitido en el hospital, tras el alta, o por un tiempo razonable después de salir del hospital. La información que el hospital obtenga se mantendrá de acuerdo a las leyes de privacidad y seguridad federales y estatales aplicables.

El hospital también notificará al paciente durante el proceso de aplicación de su responsabilidad de informar tanto al hospital como a la agencia estatal que brinda la cobertura de servicios de salud por terceros que pueden ser responsables de pagar las reclamaciones, incluyendo pólizas de seguro en vivienda, vehículo, u otro seguro de responsabilidad civil. Si el paciente ha presentado una reclamación de terceros o ha presentado una reclamación contra un tercero, el hospital notificará al paciente de su obligación de notificar al proveedor y el programa estatal dentro de los 10 días de estas acciones. También se le debe informar al paciente que debe reembolsar a la agencia estatal correspondiente el importe de la asistencia médica cubierta por el programa estatal si hay una recuperación en la reclamación, o asignación de derechos al estado para que pueda recuperar su importe aplicable.

Para los contactos individuales del hospital, se intentará identificar si una persona califica para un programa de asistencia pública o un programa de asistencia financiera del hospital. Un individuo inscrito en un programa de asistencia pública puede tener derecho a ciertos beneficios. Las personas también pueden calificar para asistencia adicional según el programa de asistencia financiera del hospital y el ingreso documentado del individuo y los gastos médicos.

---

**Deberes del  
Paciente**

Antes de suministrar servicios de atención médica (a excepción de los servicios para estabilizar a un paciente con una condición médica de emergencia o que necesita atención de urgencia), se espera que el paciente suministre la información oportuna y precisa sobre su estado actual de seguro, información demográfica, cambios en los ingresos familiares o en la cobertura de la política del grupo (si la hay), y, si se conoce, la información sobre los deducibles o copagos exigidos por su seguro aplicable o programa financiero. La información detallada de cada artículo debe incluir, sin limitarse a:

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

El paciente debe hacerle seguimiento a su deuda con el hospital, incluyendo cualquier co-pago existente, co-seguro y deducibles, y contactar al hospital si necesita asistencia en el pago de una parte o el total de su factura. El paciente debe informar a su aseguradora actual (si la tiene) o a la agencia estatal que determina el estado de elegibilidad para un programa público de cualquier cambio en los ingresos familiares o estatus del seguro. El hospital también puede ayudar al paciente para actualizar su elegibilidad en un programa público cuando haya cambios en el ingreso de la familia o el estatus del seguro, siempre y cuando el paciente informe al hospital de dichos cambios.

También se exige a los pacientes notificar al hospital y al programa de aplicación del que están recibiendo asistencia (por ejemplo, MassHealth, Connector, Health Safety Net, o Dificultades de Orden Médico), cualquier información relacionada a un cambio en los ingresos de la familia, o si son parte de una reclamación de seguros que pueda cubrir el costo de los servicios prestados por el hospital. Si hay un tercero (como, pero no limitando a, seguro para la vivienda o automóvil) que es responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el paciente trabajará con el hospital o programa correspondiente (incluyendo, pero no limitando a, MassHealth, Connector, o Health Safety Net) para asignar el derecho a recuperar el importe pagado o adeudado por dichos servicios.

---

**Criterios de Elegibilidad para Asistencia Financiera Hospitalaria**

La asistencia financiera se extenderá a los pacientes/garantes sin seguro y que cumplen con criterios específicos, definidos a continuación. Estos criterios asegurarán que esta política de asistencia financiera se aplique consistentemente por parte del BIDMC. El BIDMC se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar esta política según sea necesario o apropiado.

El BIDMC hará esfuerzos diligentes para recolectar el estatus del seguro del

paciente y otra información para verificar la cobertura de los servicios de emergencia, hospitalización o atención médica ambulatoria que serán proporcionados por el Hospital. Toda la información se obtendrá antes de la entrega de cualquier servicio de salud emergencias y no emergencias (es decir, los procedimientos electivos definidos en esta política de crédito y cobro). El Hospital retrasará cualquier intento de obtener dicha información al suministrar cualquier servicio de nivel EMTALA de emergencia o atención de urgencia, si el proceso para obtener la información retrasará o interferirá con cualquiera de los exámenes de detección u servicios realizados para estabilizar la condición médica de emergencia.

Los esfuerzos razonables del hospital para investigar si un seguro de responsabilidad civil o de otro tipo pueden pagar el costo de los servicios prestados por el hospital incluye, 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) de 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 compensado, 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 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 al paciente.

Los recursos de pago (seguros por empleo, Medicaid, Fondos para Indigentes, Víctimas de Crímenes Violentos, etc.) se revisarán y evaluarán antes de considerar a un paciente para recibir asistencia financiera. Sí parece que un paciente puede ser elegible para otro tipo de asistencia, el BIDMC referirá al paciente a la agencia apropiada para recibir ayuda y completar las solicitudes y formas. Los solicitantes de asistencia deben agotar todas las otras opciones de pago, como condición para su aprobación para la asistencia financiera.

Los solicitantes de asistencia financiera son responsables de la aplicación para los programas públicos y búsqueda de la cobertura privada de la salud. A los pacientes/garantes que decidan no cooperar en la aplicación de los programas identificados por el BIDMC como posibles fuentes de pago se les puede negar la asistencia financiera. Se espera que los solicitantes contribuyan con el costo de su atención en función de su capacidad de pago según esta política.

El BIDMC revisará el Sistema de Verificación de Elegibilidad de

Massachusetts (EVS) para asegurar que el paciente no es un Paciente con Bajos Ingresos y no ha presentado una solicitud para una cobertura de 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, antes de presentar reclamaciones a la Oficina de la Health Safety Net para la cobertura de la deuda.

Si no hay una cobertura específica para los servicios prestados, el hospital trabajará con el paciente para determinar si existe una opción de programa diferente estatal, como la aplicación para Dificultades de Orden Médico a través de la Health Safety Net, que estaría disponible siguiendo los reglamentos de la Health Safety Net. El paciente debe suministrar toda la información necesaria conforme a lo solicitado por el hospital en un plazo adecuado para asegurar que el hospital pueda presentar una solicitud completa. El hospital se compromete a presentar la solicitud completa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a haber recibido toda la información necesaria por parte del paciente. Si la aplicación completa no se presenta dentro de los cinco días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria en el plazo solicitado por el hospital, no se pueden tomar acciones de cobro en contra del paciente con respecto a las facturas elegibles para Dificultades de Orden Médico.

Los pacientes/garantes que puedan calificar para Medicaid u otro seguro médico deben solicitar la cobertura o mostrar la prueba de que la han solicitado, u otro seguro de salud, por el Mercado Federal de Seguros para la Salud en los últimos seis (6) meses de la solicitud de la asistencia financiera de BIDMC. Los pacientes/garantes deben colaborar con el proceso de solicitud detallado en esta política para calificar para la asistencia financiera.

Los criterios que el BIDMC considerará al momento de evaluar la elegibilidad de un paciente para recibir la asistencia financiera incluyen:

- Ingresos familiares
- Activos
- Obligaciones médicas

El programa de asistencia financiera del BIDMC está disponible para todos los pacientes que cumplen los requisitos de elegibilidad establecidos en esta política, independientemente de su ubicación geográfica o estatus de residencia. La asistencia financiera se otorgará a los pacientes/garantes según las necesidades financieras y las leyes estatales y federales.

La asistencia financiera se ofrecerá a pacientes con seguros insuficientes elegibles, por lo que suministrar dicha asistencia estará en conformidad a un acuerdo contractual con el asegurador. La asistencia financiera generalmente no está disponible para el copago de pacientes o saldos en caso de que el paciente no cumpla con los requisitos de seguro.

Los pacientes con una Cuenta de Ahorros para Salud (HSA), Cuenta de Reembolso para la Salud (HRA), o una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) deben utilizar dichos fondos antes de recibir la asistencia financiera. El BIDMC se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en esta política en el caso de que se determine razonablemente que tales términos viola alguna obligación legal o contractual del BIDMC.

---

**Descuentos de Asistencia Financiera**

Según la evaluación a un solicitante sobre sus ingresos familiares, activos y deudas médicas, los pacientes pueden recibir una de las siguientes asistencias:

**Descuento por Pago Puntual:** A los pacientes sin cobertura de un tercero que no reúnan los requisitos para la Asistencia Pública o Asistencia Financiera se les otorgará un descuento del 30%. El pago debe hacerse antes de recibir los servicios prestados. Este descuento aplicaría también a los pacientes que pagan por servicios que no son médicamente necesarios.

Esto no impide que los pacientes/garantes apliquen y se beneficien de asistencia financiera adicional.

*Los pacientes asegurados que optan por pagar voluntariamente no cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera para la cantidad adeudada en alguna cuenta registrada como pago voluntario.*

**Asistencia Completa:** El BIDMC brindará atención al 100% de descuento bajo esta política para pacientes/garantes cuyo ingreso familiar bruto sea igual o inferior al 200% del Lineamiento Federal de Pobreza.

**Asistencia Parcial:** Se otorgará un descuento del 50% en los cargos del BIDMC por los servicios cubiertos por la póliza de asistencia financiera a cualquier paciente/garante sin seguro o con una póliza insuficiente cuyo ingreso bruto familiar es del 201%, pero inferior o igual al 400% del FPL.

**Dificultades de Orden Médico:** Se otorgará un descuento del 65% a los pacientes elegibles cuya deuda es mayor o igual al 25% de sus ingresos.

---

**Política de Asistencia Financiera**

La información de la política de asistencia financiera del BIDMC, así como su resumen en lenguaje sencillo y forma aplicación están disponibles de forma gratuita, en todos los sitios web públicos de los afiliados, en los hospitales y clínicas, y serán traducidos a cualquier idioma que sea el idioma nativo hablado por 1.000 o el 5% de los residentes en el área de servicio.

Además, el BIDMC hace referencia a las políticas de pago y asistencia financiera en todos los extractos de pacientes mensuales impresos y cartas de

cobro. La información sobre la política de asistencia financiera está disponible, en cualquier momento, a petición.

1. Los pacientes/garantes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento hasta doscientos cuarenta (240) días después de que el primer extracto de la cuenta después del alta está disponible.
2. Para ser considerado para recibir asistencia financiera, se exige a los pacientes/garantes cooperar y suministrar documentación financiera, personal u otra relevante para hacer una determinación de la necesidad financiera. Se puede obtener la forma de aplicación en cualquiera de las siguientes maneras:
  - a. En el sitio web público del BIDMC  
<http://www.bidmc.org/Patient-and-Visitor-Information.aspx>
  - b. En persona en la Unidad de Asesoría Financiera  
330 Brookline Ave  
East Campus/Rabb Building  
Room 111  
Boston, MA 02215  
(617) 667-5661
  - c. Llamando al siguiente número y pedir una copia por correo postal o correo electrónico
  - d. Llamando al siguiente número para pedir una copia electrónica
3. Los pacientes/garantes deben suministrar una rendición de cuentas de los recursos financieros de fácil acceso para el paciente/garante. Los ingresos de la vivienda pueden verificarse utilizando:
  - a. W2 actuales
  - b. Declaraciones de impuestos estatales o federales actuales
  - c. Los cuatro (4) talones de pago más recientes
  - d. Los cuatro (4) últimos extractos de cuentas de ahorro y/o corriente
  - e. Cuentas de ahorro para la salud
  - f. Arreglos de reembolso para la salud
  - g. Cuentas de gastos flexibles
4. Antes de evaluar la elegibilidad para la asistencia financiera, el paciente/garante debe demostrar que ha solicitado Medicaid u otro seguro de salud a través del Mercado Federal de Seguro para la Salud.
  - a. Los Asesores Financieros del BIDMC ayudarán a los pacientes/garantes a solicitar Medicaid y, posteriormente, con la solicitud de la asistencia financiera.
  - b. Si una persona solicita asistencia financiera durante la inscripción abierta del Mercado Federal de Seguros para la Salud, se le exigirá a dicha persona buscar una cobertura antes de la evaluación del BIDMC y sus Afiliados para cualquier aplicación de asistencia financiera.
5. El BIDMC puede *no* denegar la asistencia financiera bajo esta política basándose en la falta de un individuo para proporcionar información o

documentación que *no* está claramente descrita en esta política o la aplicación de asistencia financiera.

6. El BIDMC determinará la elegibilidad final de la asistencia financiera en los treinta (30) días hábiles tras recibir la aplicación completa.
7. La documentación de la determinación final de elegibilidad se para todo paciente con cuentas (con balance abierto) retroactivas a 6 meses a partir de la aplicación en la que no se ha recibido el pago del paciente. Se enviará una carta de determinación al paciente/garante.
8. Si un paciente/garante presenta una solicitud incompleta, se le explicará qué información falta. El paciente/garante tendrá treinta (30) días para suministrar la información solicitada. Si no se completa la aplicación, se negará la asistencia financiera.
9. La determinación de elegibilidad para la asistencia financiera basada en la presentación de una solicitud de asistencia financiera será válida durante un período de seis (6) meses para todos los servicios proporcionados por el BIDMC y sus afiliados, en base a la fecha de la carta de determinación e incluirá los recibos correspondientes a los seis (6) meses anteriores, incluyendo los de las agencias de morosidad a menos que se haya realizado un pago a la cuenta. Los pacientes que actualmente están recibiendo asistencia financiera de uno de los afiliados BID no tendrán que volver a solicitar la asistencia financiera para otro afiliado. Es deber del paciente/garantes notificar cualquier cambio financiero al BIDMC durante los seis (6) meses de elegibilidad. El no hacerlo puede ocasionar la pérdida de elegibilidad.

---

**Razones de la Denegación**

El BIDMC puede denegar una solicitud de asistencia financiera por varias razones, incluyendo, pero no limitando a:

- Ingresos suficientes
- Nivel de activos suficientes
- Paciente que no colaboró o respondió a los esfuerzos razonables para trabajar con el paciente/garante
- Aplicación para asistencia financiera incompleta a pesar de los esfuerzos razonables para trabajar con el paciente/garante
- Reclamación de seguro o responsabilidad pendiente
- Retención de pago de seguros y/o liquidación de los fondos del seguro, incluyendo los pagos enviados al paciente/garante para cubrir los servicios proporcionados por el BIDMC, y reclamaciones por lesiones personales y/o relacionadas a accidentes

---

**Elegibilidad Presuntiva**

El BIDMC entiende que no todos los pacientes pueden completar una aplicación para asistencia financiera o cumplir con la documentación. Puede haber casos en los cuales se establezca la calificación de un paciente/garante para asistencia financiera sin completar la aplicación. El BIDMC puede utilizar otra información para determinar si un paciente/garante no puede

pagar su cuenta y determinar su elegibilidad presuntiva.

La elegibilidad presuntiva podrá otorgarse a los pacientes según su elegibilidad para otros programas o circunstancias, tales como:

- Pacientes/garantes que se han declarado en quiebra. En los casos de quiebra, se amortizará el saldo de la cuenta a la fecha de la declaración de quiebra.
- Pacientes/garantes fallecidos sin sucesión.
- Pacientes/garantes que están sin vivienda
- Las cuentas devueltas por la agencia de cobro determinadas como incobrables debido a alguna de las razones anteriores y a que no se recibió ningún pago.
- Los pacientes/garantes que califican para programas estatales de Medicaid serán elegibles para recibir asistencia financiera en los costos asociados al programa o servicios no cubiertos.

Las cuentas de los pacientes a los que se les otorga elegibilidad presuntiva serán reclasificadas según la política de asistencia financiera. No serán enviadas a cobro ni serán objeto de otras acciones de cobro.

---

**Servicios Médicos de Emergencia**

Según la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencias y la Ley del Trabajo (EMTALA), ningún paciente se someterá a pruebas para asistencia financiera o se le solicitará información de pago antes de prestarle servicios de emergencia. El BIDMC podrá solicitar que los pagos del costo compartido del paciente (co-pagos) se hagan al momento del servicio, siempre y cuando dichas solicitudes no causen retraso en la detección o tratamiento necesario para estabilizar al paciente en una situación de emergencia.

---

**Importe Comúnmente Facturado**

El Importe Comúnmente Facturado (AGB) es el pago que se espera de los pacientes/garantes elegibles para la asistencia financiera. Para los que califiquen, esta cantidad no superará una tasa determinada usando el Método de Actualización. El BIDMC calcula el AGB dividiendo los pagos totales recibidos de todos los planes Comerciales y Medicare entre los cargos totales enviados a esos mismos contribuyentes para el año fiscal anterior. Para obtener más información, véase el Apéndice Cinco (5).

---

**Crédito y Cobros**

Las acciones que el BIDMC puede tomar por no recibir pagos se describen en una Política de Crédito y Cobros por separado. El público puede obtener una copia gratuita llamando al (617) 667-5661 o visitando el sitio web público del BIDMC: <http://www.bidmc.org/patient-and-visitor-information.aspx>

---

**Requisitos  
Regulatorios**

El BIDMC cumplirá con todas las leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales, y los requisitos de información que puedan aplicarse a las actividades según esta política. Esta política existe que el BIDMC rastree la asistencia financiera provista para asegurar que existe información precisa. La información sobre la asistencia financiera según esta política se reportará anualmente en la Forma 990, Anexo H, del IRS.

BIDMC documentará todas las asistencias financieras para mantener los controles adecuados y cumplir los requisitos internos y externos.

---

# Apéndice 1

Forma de  
Aplicación para  
Asistencia  
Financiera

## Aplicación para Asistencia Financiera

**Por favor, Imprímala**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ # de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Número de Registro Médico: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Calle Número de Apto.  
\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código Zip

Fecha de Servicios Hospitalarios: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

¿El paciente tenía seguro médico o Medicaid al momento de recibir los servicios del hospital?  
Sí  No

Si respondió “Sí”, adjunte una copia de la tarjeta del seguro (parte frontal y posterior) y complete:

Nombre de la Empresa Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_

\*\*Antes de aplicar para la asistencia financiera, usted debe haber aplicado para Medicaid en los últimos 6 meses y necesita mostrar la prueba de la denegación.

*Nota: La asistencia financiera puede no aplicar si se posee una Cuenta de Ahorros para Salud (HSA), Cuenta de Reembolso para Salud (HRA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondo similar designado para los gastos médicos de la familia. El pago de cualquier fondo establecido es adeudado antes de que se suministre la asistencia.*

**Para aplicar a la asistencia financiera, complete lo siguiente:**

Liste todos los miembros de la familia, incluyendo el paciente, padres, hijos y/o hermanos, naturales o adoptados, menores de 18 años viviendo en la residencia.

Miembro de la Familia	Edad	Relación con el Paciente	Fuente de Ingresos o Nombre del Empleador	Ingresos Brutos Mensuales
1.				
2.				
3.				
4.				

Además de la Aplicación para Asistencia Financiera, también necesitamos que adjunte la siguiente documentación a esta aplicación:

- Declaración de impuestos estatales o federales actuales
- W2 actual
- Los cuatro talones de pago más recientes
- Los cuatro extractos de cuentas de ahorro y/o corrientes más recientes

De no tenerlos disponibles, por favor llame a la Unidad de Asesoría Financiera al (617) 667-5661 para discutir que otra documentación puede suministrar.

Al firmar debajo, certifico que he leído cuidadosamente la Política de Asistencia Financiera y la Aplicación y todo lo que he declarado o cualquier documento adjunto es verdadero según mi conocimiento. Entiendo que es ilegal suministrar información falsa para obtener asistencia financiera.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

Si su ingreso es suplementado de alguna forma o usted declara ingresos de \$0,00 en esta aplicación, haga que la(s) persona(s) que provee ayuda a usted y su familia, complete la Declaración de Soporte.

**Declaración de Soporte**

He sido identificado(a) por el paciente/parte responsable como soporte financiero. Esta es la lista de los servicios y apoyo que suministro.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifico y verifico que toda la información dada es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que el firmar no me hace responsable de los gastos médicos del paciente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

Por favor, espere 30 días desde la fecha en que la aplicación lista sea recibida para determinar su elegibilidad.

Si es elegible, se otorga asistencia por seis meses desde la fecha de aprobación y es válida para todos los afiliados del Beth Israel Deaconess:

- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth

Sólo para el Equipo.	
Aplicación Recibida por:	
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>

## Apéndice 2

Aplicación para  
Dificultades de  
Orden Médico

### Aplicación para Dificultades de Orden Médico Por Favor, Imprímala

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

# de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Número de Registro Médico: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_

Dirección:

_____	_____	_____
Calle		Número de Apto.
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Código Zip

¿El paciente tenía seguro médico o Medicaid al momento de recibir los servicios del hospital?  
Sí  No

Si respondió “Sí”, adjunte una copia de la tarjeta del seguro (parte frontal y posterior) y complete:

Nombre de la Empresa Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_

*Nota: La asistencia financiera por Dificultades de Orden Médico puede no aplicar si se posee una Cuenta de Ahorros para Salud (HSA), Cuenta de Reembolso para Salud (HRA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondo similar designado para los gastos médicos de la familia. El pago de cualquier fondo establecido es adeudado antes de que se suministre la asistencia.*

**Para aplicar a la asistencia por dificultades de orden médico, complete lo siguiente:**

Liste todos los miembros de la familia, incluyendo el paciente, padres, hijos y/o hermanos, naturales o adoptados, menores de 18 años viviendo en la residencia.

Miembro de la Familia	Edad	Relación con el Paciente	Fuente de Ingreso o Nombre del Empleador	Ingresos Brutos Mensuales
1.				
2.				
3.				
4.				

Además de la Aplicación para Dificultades de Orden Médico, también necesitamos que adjunte la siguiente documentación a esta aplicación:

- Declaración de impuestos estatales o federales actuales
- W2 actual
- Los cuatro talones de pago más recientes
- Los cuatro extractos de cuentas de ahorro y/o corrientes más recientes
- Copias de todas las facturas médicas

De no tenerlos disponibles, por favor llame a la Unidad de Asesoría Financiera al (617) 667-5661 para discutir que otra documentación puede suministrar.

Liste todas las deudas médicas y suministre copias de las facturas incurridas en los doce meses previos:

Fecha del Servicio	Lugar del Servicio	Cantidad Adeudada
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, suministre una explicación breve de porque pagar estas facturas médicas es una dificultad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al firmar debajo, certifico que toda la información suministrada en la aplicación es verdadera según mi conocimiento, información y creencia.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

Por favor, espere 30 días desde la fecha en que la aplicación lista sea recibida para determinar su elegibilidad.

Si es elegible, se otorga asistencia por seis meses desde la fecha de aprobación y es válida para todos los afiliados del Beth Israel Deaconess:

- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth

Sólo para el Equipo.	
Aplicación Recibida por:	
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>

---

## Apéndice 3

---

### Gráfico de Descuentos Basado en los Ingresos

**Descuento por Pago Puntual:** A los pacientes sin cobertura de un tercero que no reúnan los requisitos para la Asistencia Pública o Asistencia Financiera se les otorgará un descuento del 30%. El pago debe hacerse antes de recibir los servicios prestados. Este descuento aplicaría también a los pacientes que pagan por servicios que no son médicamente necesarios.

### Nivel Federal de Pobre (FPL) para el año 2016

Tamaño del Hogar	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$11.880	\$15.800	\$17.820	\$23.760	\$29.700	\$35.640	\$47.520
2	16.020	21.307	24.030	32.040	40.050	48.060	64.080
3	20.160	26.813	30.240	40.320	50.400	60.480	80.640
4	24.300	32.319	36.450	48.600	60.750	72.900	97.200
5	28.440	37.825	42.660	56.880	71.100	85.320	113.760
6	32.580	43.331	48.870	65.160	81.450	97.740	130.320
7	36.730	48.851	55.095	73.460	91.825	110.190	146.920
8	40.890	54.384	61.335	81.780	102.225	122.670	163.560

Para cada miembro adicional sumar \$4.164,00 por año.

### Descuentos de Asistencia Financiera para pacientes elegibles:

Nivel de Ingresos	Descuento
Menos o igual al 200% del FPL	100% - Asistencia Completa
Entre el 201% al 400% del FPL	50% - Asistencia Parcial

### Descuento por Dificultades de Orden Médico para pacientes elegibles

Los pacientes serán determinados como elegibles para Dificultades de Orden Médico si las facturas médicas son mayores que o iguales al 25% de los ingresos brutos y recibirán un descuento del 65%.

## Apéndice 4

---

### Proveedores y Clínicas con Coberturas

Esta política cubre todos los cargos en los Hospitales (Instalaciones) a continuación:

Practicantes de Enfermería en las siguientes clínicas:

- Urología
- Cirugía de Mamas
- Asociados del Cuidado de la Salud (HCA)
- Cuidado del Cáncer de Próstata
- OBS/GIN
- Clínica de Cardiología

Clínicas Facturadas por el Hospital:

- Clínica de Mamas Multidisciplinaria
- Hematología/Oncología-SC y 7F
- Neurología Cognitiva
- Unidad Torácica Multi-Especialidades
- Optometría
- Oncología Cutánea
- Clínica de la Voz y el Habla
- Medicina Osteomuscular
- Centro de Salud Comunitaria de Bowdoin
- Optometría Lexington
- Clínica Rectal–Multidisciplinaria
- Podología de Chelsea
- Centro de Servicios Globales para el Cáncer BID
- Enfermería de Tumor Cerebral

Los siguientes grupos *no* cuentan con una cobertura bajo esta política:

- Cuerpo de Médicos de Harvard (HMFP)
- Asociados del Cuidado de la Salud (HCA)
- Beth Israel Deaconess Health Care (APG)
- Grupo Médico Atrius Health
- Médicos del Departamento de Emergencia del BIDMC
- Médicos de Atención de Urgencias del Chestnut Hill
- Cualquier otro médico o grupo de médicos no especificado en la lista anterior “Proveedores y Clínicas con cobertura”

Los pacientes deben solicitarle, directamente, a sus médicos la información sobre la asistencia financiera.

## Apéndice 5

---

**Importe  
Comúnmente  
Facturado  
(AGB)**

Por el IRS 501(r), los hospitales deben limitar los cargos a los pacientes y servicios calificados según nuestra Política de Asistencia Financiera (PAF) por los Importes Comúnmente Facturados (AGB) a las Aseguradoras Comerciales y Medicare utilizando el Método de Actualización. El BIDMC calcula el AGB dividiendo los pagos totales recibidos de todos los planes Comerciales y Medicare entre los cargos totales enviados a esos mismos contribuyentes para el año fiscal anterior. El cálculo incluye los co-pagos, coaseguros y deducibles del paciente.

Por ejemplo:

<u>Pagos Totales</u>	<u>\$510.000.000</u>	= 51%
Cargos Totales	\$1.000.000.000	

Pagos totales de las Aseguradoras y Medicare igual a \$510.000.000  
Pagos totales enviados a la Aseguradoras y Medicare igual a \$1.000.000.000  
AGB 51%

El AGB está sujeto a cambios en cualquier momento debido a las siguientes razones:

- Cambios en los contratos de las Aseguradoras y Medicare
- Acuerdos recibidos por los planes de las Aseguradoras y Medicare

El BIDMC publicará cualquier cambio en el AGB antes de su implementación.

---

## Apéndice 6

---

### Acceso Público a Documentos

La información en la Política de Asistencia Financiera del BIDMC, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la Aplicación para Asistencia Financiera, Aplicación para Dificultades de Orden Médico y la Política de Crédito y Cobros del BIDMC estará a disposición de los pacientes y comunidad beneficiada por el BIDMC a través varias fuentes, de forma gratuita.

1. Los pacientes y garantes pueden solicitar copias de todos los documentos relacionados a la Asistencia Financiera y al Crédito y Cobros a través de correo o en persona en:

BIDMC  
Unidad de Asesoría Financiera  
East Campus/Rabb  
Room 111  
Boston, MA 02215

La Unidad de Asesoría Financiera también está disponible para ayudar a los pacientes y garantes para completar tanto la Aplicación de la Asistencia Financiera como la Aplicación para Dificultades de Orden Médico.

2. Los pacientes y garantes pueden solicitar copias de todos los documentos relacionados a la Política de Asistencia Financiera y Crédito y Cobros por teléfono al (617) 667-5661

3. Los pacientes y garantes pueden descargar copias de todos los documentos relacionados a la Política de Asistencia Financiera y Crédito y Cobros a través del sitio web público del BIDMC:

<http://www.bidmc.org/patient-and-visitor-information.aspx>

La Política de Asistencia Financiera, el Resumen en Lenguaje Sencillo, y las Aplicaciones para Asistencia Financiera, Dificultades de Orden Médico y la Política de Crédito y Cobros están disponibles en:

- Inglés
- Chino Simplificado
- Chino Tradicional
- Español
- Ruso
- Portugués
- Vietnamita

El BIDMC ha publicado avisos (señales) de la disponibilidad de la asistencia financiera como se describe en esta política de crédito y cobro en los siguientes lugares:

1. Áreas de hospitalización, clínicas y áreas de admisión y/o espera/registro del departamento de emergencia;
2. Áreas de asesoría financiera para el paciente; y
3. Áreas de las oficinas comerciales abiertas a los pacientes

Los avisos son claramente visibles (8,5” x 11”) y legibles para los pacientes que visitan estas áreas y están traducidos al español. Los avisos dicen:

**AVISO DE ASISTENCIA FINANCIERA**

El Centro Médico ofrece una variedad de programas de asistencia financiera a los pacientes que califiquen.

Para determinar usted califica para recibir asistencia con sus facturas del hospital, por favor visite nuestra oficina de asesoría financiera en el 1er piso del edificio Rabb o llame al 617-667-5661 para obtener información sobre los diferentes programas y su disponibilidad.

---

**Historial de la Política**

<b>Fecha</b>	<b>Acción</b>
Septiembre de 2016	Política aprobada por la Junta de Directivos

---