

Política de descuentos para pacientes sin seguro

Propósito

- El propósito de este documento es establecer la política de The Children's Hospital Corporation que opera con el nombre de Boston Children's Hospital (el "Hospital") y sus Fundaciones de médicos afines (las "Fundaciones") con respecto a los descuentos disponibles para pacientes elegibles que reciben servicios en las instalaciones del Hospital o en las instalaciones de la Fundación donde se ofrecen sistemas de apoyo administrativo y personal a través del Hospital, para los que el paciente no tiene cobertura de plan médico privado (como se define abajo) ni cobertura de ningún Programa de asistencia de salud pública (como se define abajo), o que son Servicios no cubiertos (como se define abajo) por dicha cobertura. Esta póliza no se aplica a soluciones de salud, recetas de Boston Children compañía limitada que actúa como farmacia de Boston Children.

Declaraciones de la política

1. El Hospital y las Fundaciones tienen el compromiso de ser recursos para los niños que tienen necesidad de atención médica, sin importar el estado del seguro ni su capacidad de pago.
2. Esta Política se aplica a todos los Servicios de emergencia (como se define abajo) y otros Servicios médicamente necesarios (como se define abajo) que el Hospital y las Fundaciones prestan. Los Servicios de emergencia y otros Servicios médicamente necesarios no incluyen procedimientos cosméticos electivos.
3. El Hospital prestará Servicios de emergencia a todos los pacientes, sin discriminación e independientemente de que un paciente sea elegible o no para recibir asistencia según esta Política de descuentos para pacientes sin seguro. El Hospital prohíbe cualquier medida que pueda desanimar a las personas a recurrir a Servicios de emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir los Servicios de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación, no discriminatoria, de los Servicios de emergencia.
4. El Hospital y las Fundaciones, mediante la Unidad de Asesoramiento Financiero del Hospital, ayudarán a los pacientes/garantes (como se define abajo) con el proceso para completar las

solicitudes/calificar para los Programas de asistencia de salud pública disponibles (como se define abajo), siempre que sea posible.

5. Para los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad descritos en esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, el descuento pertinente se aplicará a la factura del paciente por Servicios de emergencia y otros Servicios médicamente necesarios.
6. El Hospital y las Fundaciones (a) se abstendrán de emprender iniciativas para cobrar el pago de los Servicios de emergencia y Servicios médicamente necesarios a pacientes que están exentos de acción de cobro según esta Política de crédito y cobro del Hospital y los reglamentos de Health Safety Net relacionados, (b) reembolsarán todo cobro que hayan recibido de dichos pacientes por Servicios de emergencia y Servicios médicamente necesarios, y (c) compartirán información entre ellos del seguro y la elegibilidad de los pacientes para Programas de asistencia de salud pública u otros programas de asistencia económica que el Hospital y las Fundaciones ofrecen.
7. El Hospital y las Fundaciones pueden ofrecer tarifas para casos de personas sin seguro en los servicios combinados especificados, como cirugía plástica que no es médicamente necesaria y ciertos procedimientos cardíacos. Los descuentos descritos en esta política no aplican a dichas tarifas de casos especiales.
8. El hospital y las Fundaciones pueden, de acuerdo con la Política de crédito y cobro, ampliar los descuentos más allá de los descritos en esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, según cada caso, para reconocer casos únicos de dificultad financiera.
9. Las Fundaciones pueden mantener otras políticas de descuentos para pacientes que reciben los servicios de una Fundación en un centro no afiliado con el hospital (por ejemplo, pacientes cuyos servicios no están programados en los sistemas de información del hospital).
10. El incumplimiento de los procedimientos descritos en este documento puede resultar en que el Hospital o las Fundaciones retrasen o denieguen un descuento disponible según esta Política de descuentos para pacientes sin seguro.

Definiciones

Paciente nacional: un paciente que es residente de los Estados Unidos.

Servicios de emergencia: Servicios médicamente necesarios que se prestan después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas de gravedad suficiente, incluyendo dolor grave, que si no se recibe atención médica inmediata, a criterio razonable de una persona prudente con conocimiento promedio de la salud y la medicina, podría poner en grave peligro la salud de la persona o de otra persona, producir el deterioro grave de la función corporal o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, según se define con más detalle en el Título 42 del USC, Sección 1395dd(e)(1)(B).

Garante: una persona o grupo de personas, incluyendo, entre otros, los padres, tutores y familiares del paciente, que asumen la obligación de pago de la totalidad o parte de los cargos por los servicios del Hospital o de las Fundaciones.

Paciente internacional: un paciente que no es residente de los Estados Unidos.

Servicios médicamente necesarios: servicios mediante los que, de manera razonable, se espera prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o disfunción, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultar en una enfermedad o dolencia.

Servicios no cubiertos: los servicios no cubiertos incluyen Servicios médicamente necesarios que (a) no están incluidos como beneficios cubiertos/servicios elegibles según la cobertura del plan médico privado o el Programa de asistencia de salud pública del paciente, y por los que el paciente es económicamente responsable del pago a los proveedores de dichos servicios; (b) incluidos como beneficios cubiertos/servicios elegibles, pero que se prestan después de que el paciente haya agotado todos los beneficios de la cobertura de su plan médico privado o Programa de asistencia de salud pública; o (c) que presta un proveedor que no está incluido en la red del plan médico/programa.

Plan médico privado: cobertura de servicios de atención médica que se prestan según el seguro médico, plan médico u otra cobertura, o según algún otro fondo o fideicomiso de salud, bienestar u otro plan establecido con el propósito de pagar o resolver el pago de los servicios de atención médica que se prestan a las personas inscritas en, o que califican para, dicho seguro, plan o programa. Sin limitar la generalidad de lo anterior, el plan médico privado incluye cualquier arreglo de una Embajada, autoridad sanitaria extranjera u otro gobierno extranjero o entidad cuasi gubernamental que resuelva el pago de los servicios de atención médica prestados a sus ciudadanos, residentes y otras personas.

Programas de asistencia de salud pública: programas que un gobierno estatal o federal establece para pagar o de otra manera hacerse cargo del costo de los servicios de atención médica cubiertos/elegibles que se prestan a las personas que cumplen los criterios de elegibilidad del programa. Los Programas de asistencia de salud pública incluyen, entre otros, MassHealth, Health Safety Net, ConnectorCare, otros programas de Medicaid y Medicare.

Residente: para los propósitos de esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, si un paciente es o no residente de los Estados Unidos se determinará sobre la misma base y aplicando los mismos criterios utilizados por MassHealth con respecto a los programas administrados por la Dirección Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos del estado de Massachusetts.

Criterios de elegibilidad para descuentos para pacientes sin seguro

Para ser elegible para recibir descuentos para pacientes sin seguro según esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, generalmente, los pacientes deben cumplir los siguientes criterios de elegibilidad:

1. Los servicios que se prestarán deben ser Servicios de emergencia u otros Servicios médicamente necesarios;
2. El paciente no es elegible/no califica para recibir asistencia económica según la Política de asistencia económica del Hospital y las Fundaciones;
3. El paciente no es elegible/no califica para ninguna cobertura de los Servicios de emergencia u otros Servicios médicamente necesarios que el Hospital o las Fundaciones prestan al paciente bajo ningún plan médico privado o Programa de asistencia de salud pública. Para los propósitos de esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, se considerará que el paciente no califica para la cobertura del plan médico privado o Programa de asistencia de salud pública con respecto a los Servicios no cubiertos; y
4. El paciente/garante, en el período de sesenta (60) días anterior al comienzo de la prestación de los Servicios de emergencia u otros Servicios médicamente necesarios, no discontinuó de manera voluntaria la cobertura o la calificación según las coberturas del plan médico privado o los Programas de asistencia de salud pública.

Procedimientos para solicitar y aplicar descuentos para pacientes sin seguro

Siempre que (a) los asesores financieros del Hospital determinen que el paciente no es elegible/no califica para recibir asistencia económica según la Política de asistencia económica del Hospital y de las Fundaciones, (b) se confirme que el paciente no es elegible/no califica, ni está cubierto, para recibir cobertura de ningún plan médico privado ni Programa de asistencia de salud pública con respecto a los Servicios de emergencia y otros Servicios médicamente necesarios que se prestan al paciente, y (c) el paciente cumpla todos los criterios de elegibilidad descritos en esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, por lo general, se aplicarán los siguientes procedimientos:

1. Si el paciente es un Paciente nacional, Servicios Financieros para Pacientes dará al paciente/garante un cálculo de los cargos por los Servicios médicamente necesarios que se prestarán (el "Presupuesto") y se aplicará el Descuento para pacientes nacionales al presupuesto. El paciente/garante debe pagar la cantidad establecida en el presupuesto neto del descuento para pacientes nacionales, en su totalidad, antes de la prestación de los Servicios médicamente necesarios incluidos en el presupuesto; siempre que, con respecto a los Servicios de emergencia, no se dé ningún presupuesto ni se exija el pago antes de la prestación de los Servicios de emergencia, y el descuento para pacientes nacionales se aplicará a la factura de los Servicios de emergencia si el paciente/garante paga, o firma un plan de pago con el Hospital por los Servicios de emergencia en un plazo de cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción de la factura por dichos Servicios de emergencia; o
2. Si el paciente es un paciente internacional, Servicios financieros para pacientes dará un cálculo al paciente/garante. El paciente/garante debe pagar la cantidad establecida en el cálculo, en su totalidad, antes de la prestación de los Servicios médicamente necesarios que

se incluyen en el cálculo; siempre que, (a) con respecto a los Servicios de emergencia, no se dará ningún cálculo y no se necesitará el pago antes de la prestación de los Servicios de emergencia; y (b) el paciente/garante debe pagar los Servicios de emergencia en los cuarenta y cinco (45) días después de recibir la factura de dichos Servicios de emergencia para poder ser elegible para el descuento para pacientes internacionales. Una vez finalizado el tratamiento del paciente internacional del Hospital o las Fundaciones, se aplicarán los descuentos para pacientes internacionales en las facturas de los Servicios médicamente necesarios y en los Servicios de emergencia, si los hubiera, dados al paciente internacional; y, si la aplicación de los descuentos para pacientes internacionales da como resultado un saldo acreedor con respecto a la factura del paciente internacional, el Hospital/Fundaciones, según corresponda, reembolsará al paciente/garante la cantidad total de dicho saldo acreedor; o, si la aplicación de los descuentos para pacientes internacionales deja un saldo pendiente de pago al Hospital o a las Fundaciones, el paciente/garante deberá pagar el saldo pendiente en su totalidad, en cuarenta y cinco (45) días después de recibir las facturas para poder recibir los descuentos para pacientes internacionales con respecto a todos los Servicios médicamente necesarios y Servicios de emergencia, si los hubiera, prestados durante el tratamiento del paciente.

Descuentos disponibles

1. El Hospital y las Fundaciones ofrecen a los Pacientes nacionales que cumplen los criterios de elegibilidad descritos en esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, un descuento del 40 % con respecto a los Servicios de emergencia elegibles y los Servicios médicamente necesarios elegibles.
2. El Hospital ofrece a los Pacientes internacionales que cumplen los criterios de elegibilidad descritos en esta Política de descuentos para pacientes sin seguro hasta el 24 % de descuento, y las Fundaciones ofrecen a los Pacientes internacionales que cumplen los criterios de elegibilidad descritos en esta Política de descuentos para pacientes sin seguro hasta el 10 % de descuento, con respecto a los Servicios de emergencia elegibles y los Servicios médicamente necesarios elegibles.
3. Estos descuentos no se aplican a ningún servicio prestado por el Hospital o las Fundaciones que sean servicios cubiertos o servicios elegibles según alguna cobertura de plan médico privado o algún Programa de asistencia de salud pública.

Publicación/disponibilidad de la Política de descuentos para pacientes sin seguro, la Política de asistencia económica, la Política de créditos y cobros y el presupuesto de las cantidades generalmente facturadas

1. El público puede obtener una copia de esta Política de descuentos para pacientes sin seguro, la Política de asistencia económica, la Política de crédito y cobro y el presupuesto de las cantidades generalmente facturadas, sin cargo, mediante cualquiera de los siguientes métodos:

- a. Publicación en Internet: La Política de asistencia económica, la Política de crédito y cobro y la Política de descuentos para pacientes sin seguro del Hospital y de las Fundaciones, y un Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica, así como la Solicitud de asistencia económica, están disponibles en línea en: www.childrenshospital.org/financialassistance
 - b. En persona: Las copias impresas de la Política de asistencia económica, la Política de crédito y cobro y la Política de descuentos para pacientes sin seguro del Hospital y de las Fundaciones, y un Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica, así como la Solicitud de asistencia económica, están disponibles en las instalaciones del Hospital situado en 300 Longwood Avenue, Boston, MA, Farley Building, oficina 160.
 - c. Por correo: El público puede pedir una copia por correo llamando a Atención al Cliente de Servicios Financieros para Pacientes al (617)-355-3397 o llamando a Asesoramiento Financiero para Pacientes al 617-355-7201.
2. Con el objetivo de ayudar a quienes tienen poco dominio del inglés, se han traducido estos documentos a varios idiomas: la Política de asistencia económica, el Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica, la Solicitud de asistencia económica, la Política de crédito y cobro y el presupuesto de cantidades generalmente facturadas.
 3. Comunicación en el lugar: El hospital emprenderá iniciativas para comunicar la disponibilidad de asistencia económica y otros descuentos a través de diferentes métodos.
 - a. Se colocarán avisos en las áreas de admisión con relación a la disponibilidad de asistencia económica.
 - b. En varios lugares visibles del Hospital, se colocarán avisos públicos u otras medidas calculadas de manera razonable para atraer la atención de los visitantes.
 - c. Se entregará una copia de esta Política de descuentos para pacientes sin seguro a todos los pacientes, ya sea en el momento de la admisión o como parte del proceso del alta.

Más documentos, políticas y programas relacionados

1. Política de asistencia económica
2. Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica
3. Solicitud de Asistencia económica
4. Política de crédito y cobro
5. Cálculo de las cantidades generalmente facturadas
6. Programa de asistencia económica para pacientes internacionales

Atributos del documento

| | |
|---------------|--|
| Título | Política de descuentos para pacientes sin seguro |
|---------------|--|

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
| Autores | Thomas Pellegriti, Director de Cumplimiento Normativo Fiscal y Financiero | Fecha de vigencia | 9/30/2016 |
| Revisado/ Revisado por | Vicepresidente, Servicios Financieros para Pacientes, Boston Children's Hospital Director Financiero, Boston Children's Hospital Vicepresidente Sénior y Director Jurídico, Boston Children's Hospital | Fechas en que se revisó/ revisado: | 12/7/2021 12/10/2021 |
| Aprobado | 2/20/2021 | Effective Date | 03/1/2023 |
| <hr/> Consejo de Administración de Boston Children's Hospital | | | |