

Política de créditos y cobros

Propósito

Esta Política de créditos y cobros describe las prácticas vigentes de facturación, créditos y cobros para los pacientes de The Children's Hospital Corporation, que opera con el nombre de Boston Children's Hospital (el "Hospital"). Hay una lista de consultorios médicos, centros y otras instalaciones del Hospital que prestan Servicios de emergencia y Servicios médicamente necesarios a los que se aplica esta Política de créditos y cobros, como se describe en este documento. Además, ciertas disposiciones de esta Política de créditos y cobros, según se explican específicamente en este documento, se aplican a los servicios que se prestan en las instalaciones del Hospital o en las instalaciones de la Fundación de médicos relacionada con el Hospital (las "Fundaciones"), donde el Hospital ofrece sistemas de apoyo administrativo y personal mediante los clínicos de la Fundación.

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 su capacidad de pago.
2. Esta Política de créditos y cobros se aplica a todos los Servicios de emergencia y otros Servicios médicamente necesarios (como se define abajo) que presta el Hospital. Además, ciertas disposiciones de esta Política de créditos y cobros se aplican a los Servicios médicamente necesarios que las Fundaciones prestan en ciertos centros de la Fundación. 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 por raza, color, país de origen, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad o estado de paciente con ingresos bajos (como se define abajo), y se aplicarán las políticas y los procedimientos descritos en esta Política de créditos y cobros sin discriminación. El Hospital prohíbe cualquier medida que pueda desanimar a las personas a buscar Servicios de emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir el tratamiento para condiciones médicas 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, de acuerdo con su Política de asistencia económica, ayudarán a los pacientes/garantes (como se define abajo) con el proceso para completar las solicitudes para los Programas de salud pública disponibles (como se definen abajo), siempre que sea posible.

5. El Hospital y las Fundaciones pueden dar asistencia económica a los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad que se describen en su Política de asistencia económica.
6. El Hospital y las Fundaciones (a) se abstendrán de emprender iniciativas para cobrar el pago de los Servicios de emergencia y de Servicios médicamente necesarios (como se define abajo) a pacientes que están exentos de la acción de cobro según esta Política de crédito y cobro, (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 de los pacientes y la elegibilidad para participar en programas públicos o del Hospital.
7. El Hospital y las Fundaciones pueden, de acuerdo con esta Política de créditos y cobros y con su Política de descuentos para pacientes sin seguro, ampliar los descuentos más allá de los disponibles según su Política de asistencia económica, basado en el caso, para reconocer casos únicos de dificultad económica.

Definiciones

Cantidades generalmente facturadas (AGB): las cantidades generalmente facturadas por Servicios médicamente necesarios a personas que tienen un seguro que cubre dichos Servicios médicamente necesarios. Las AGB se calcularán utilizando el "Método retroactivo", y como se describe con más detalle en la Política de asistencia económica del Hospital, en la sección titulada "Limitación en los cargos".

Ingresos contables: según lo definido en los Reglamentos de Health Safety Net.

Servicios elegibles: cargos del Hospital o del centro médico de la comunidad que son elegibles para pago a través de Health Safety Net según los Reglamentos de Health Safety Net.

Condición médica de emergencia: 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).

Servicios de emergencia: servicios médicamente necesarios que se le prestan a una persona con una condición médica de emergencia.

Niveles federales de pobreza (FPL): umbrales de ingresos emitidos anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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.

Health Safety Net: el programa de pago establecido y administrado de acuerdo con M.G.L. c.188E, Sección 65.

Reglamentos de Health Safety Net: los reglamentos establecidos en el Título 101 CMR 613.00, et. Seq.

Residente de Massachusetts: un residente del estado de Massachusetts que cumple los criterios establecidos en el Título 130 CMR 503.002.

Ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) de MassHealth: ingresos brutos ajustados modificados que se usan para determinar la elegibilidad para MassHealth, incluyendo, entre otros, los períodos de tiempo vigentes para medir los MAGI y determinar dicha elegibilidad.

Dificultad médica: un tipo de elegibilidad de Health Safety Net que corresponde a los Residentes de Massachusetts en cualquier nivel de Ingresos contables, cuyos gastos médicos permitidos hayan agotado sus Ingresos contables o los del garante de tal manera que no pueden pagar los Servicios elegibles, como se describe en 101 CMR 613.05.

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 los servicios (a) no incluidos como beneficios cubiertos/servicios elegibles según el Plan médico privado o el Programa público de atención médica 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 su plan médico privado o Programa público de asistencia de atención médica, o (c) que presta un proveedor que no está incluido en la red del plan médico privado o del Programa de asistencia de salud pública del paciente. Los Servicios no cubiertos no incluyen los Servicios de emergencia.

Obligación económica del paciente: todos los copagos, el coaseguro y los deducibles que el paciente/garante debe pagar según los términos del plan médico privado o del Programa de asistencia de salud pública en el que el paciente está inscrito o ha calificado.

Plan médico privado: cobertura de servicios de atención médica que se prestan según el seguro médico, plan médico u otra cobertura, o por algún otro plan, 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.

Proveedores afiliados: los proveedores de atención médica individuales, los grupos de consultorios médicos y otras personas y entidades que prestan Servicios

de emergencia y otros Servicios médicamente necesarios en el Hospital, incluyendo las clínicas del Hospital y los centros de salud autorizados por el Hospital. Hay una lista de los proveedores afiliados al Hospital, según se describe en esta Política de créditos y cobros.

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, planes subsidiados que se ofrecen según la Ley del cuidado de salud a bajo precio, como los planes ConnectorCare, el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), otros programas de Medicaid y Medicare.

Otros fondos: incluye otros recursos y fuentes de fondos que el paciente/garante posee, tiene a su disposición o son para su beneficio, y que se pueden utilizar para pagar la atención médica del paciente incluyendo, entre otros, los que se obtienen a través de organizaciones de caridad, familiares, amigos, terceros y fondos de fideicomisos (incluyendo los fondos disponibles mediante *crowdfunding* y otros métodos similares de recaudación de fondos).

Atención de urgencia: Servicios médicamente necesarios que el Hospital presta después del inicio repentino de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas de gravedad suficiente (incluyendo dolor grave), tal que a criterio razonable de una persona con conocimiento prudente, la ausencia de atención médica en un período de 24 horas podría poner en peligro la salud del paciente, afectar las funciones corporales o causar disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los Servicios de atención de urgencia se prestan para condiciones médicas que no ponen en peligro la vida y que no representan un riesgo alto de daño grave para la salud de una persona. Los servicios de atención de urgencia no incluyen los servicios electivos.

Clasificación de servicios/aplazamiento o rechazo de servicios

Las personas pueden llegar o las pueden llevar para un tratamiento no programado en el Departamento de Emergencias del Hospital, o llegar o que alguien más las lleve de otra manera al campus principal del Hospital y pedir un examen o tratamiento para lo que puede ser una condición médica de emergencia, o alguien más puede pedirlo en su nombre. Se evaluará a cualquier paciente que se presente para recibir Servicios de emergencia sin importar la cobertura de seguro del paciente ni su capacidad de pago, de acuerdo con la Ley federal de tratamiento médico de emergencia y de trabajo de parto (EMTALA). Después de evaluar a un paciente en el Departamento de Emergencias, el médico tratante en el Departamento de Emergencias clasifica los servicios como Servicios de emergencia o Atención de urgencia (de acuerdo con las definiciones arriba indicadas), o como Servicios no urgentes.

Los servicios electivos y los servicios programados son Servicios no urgentes y, como tales, no son Servicios de emergencia ni de Atención de urgencia,

independientemente del entorno en el que se prestan. El Hospital usa estas clasificaciones con el fin de determinar la cobertura de cuenta incobrable de emergencia y de atención de urgencia según Health Safety Net.

El Hospital prohíbe cualquier medida que pueda desanimar a las personas a buscar Servicios de emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir el tratamiento por condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación, no discriminatoria, de los Servicios de emergencia.

Además, el Hospital no aplazará ni rechazará el tratamiento de los pacientes que se presenten para Servicios de emergencia o Atención de urgencia, o que estén inscritos en un Programa de asistencia de salud pública, únicamente por consideraciones financieras. El Hospital se reserva el derecho de aplazar o denegar la prestación de Servicios que no son de emergencia ni de Atención no urgente a un paciente, incluso en situaciones en las que el paciente/garante se niegue a cumplir los requisitos del depósito o carezca de recursos para pagar los servicios, ya sea de forma privada mediante otros fondos, y se niegue a solicitar o usar la cobertura del plan médico privado disponible o los Programas de asistencia de salud pública a los que el paciente pueda recurrir o para los que el paciente sea elegible, o se niegue a dar la documentación necesaria para dichas solicitudes.

Procedimientos para recopilar información financiera del paciente/garante

A. Obtención de información: Antes de la prestación de cualquier servicio de atención médica (excepto en los casos de Servicios de emergencia y Atención de urgencia), se espera que el paciente/garante dé información oportuna y precisa de la cobertura o elegibilidad del plan médico privado o del Programa de asistencia de salud pública del paciente para tal cobertura; información demográfica; cambios en el estado de la cobertura del plan médico privado o del Programa de asistencia de salud pública; e información de cualquier deducible, copago y coaseguro que se adeude basado en la cobertura existente del paciente u otras obligaciones de pago. La información detallada podrá incluir:

1. Nombre completo del paciente, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, número de seguro social (si se conoce), cobertura actual del plan médico privado o del Programa de asistencia de salud pública, información de la ciudadanía y residencia, y los recursos financieros del paciente/garante que pueden usarse para pagar la atención médica del paciente;
2. Nombre completo del garante del paciente, dirección, teléfonos, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, número de seguro social (si se conoce), cobertura actual del plan médico privado o del Programa de asistencia de salud pública y los recursos financieros que pueden usarse para pagar la atención médica del paciente; y
3. Otros recursos que pueden usarse para pagar la atención médica del paciente, incluyendo, entre otros, otros fondos, otros programas de seguros, pólizas de seguro de automóvil o de vivienda si el tratamiento se debió a un accidente, programas de compensación de los trabajadores y pólizas de

seguro para estudiantes.

4. Documentación que verifique la información arriba descrita.

Cuando la información necesaria o la verificación aceptable de la información no se entregan en el momento en que se programa una admisión o una consulta para paciente ambulatorio, se harán intentos sucesivos para recopilar la información necesaria posterior al servicio/posterior al alta.

B. Momentos de recopilación de datos: abajo se identifican los momentos en los que se hará el intento de recopilar esta información y quién lo hará:

1. **Mientras se programa una admisión o una consulta para paciente ambulatorio:** el consultorio del médico o el miembro del personal del Hospital que programa el servicio solicitará la información financiera.
2. **Durante la verificación de la información del paciente:** el personal de Servicios Financieros para Pacientes, el consultorio del médico o el personal del Hospital que verifica la información del paciente antes del servicio solicitará la información financiera.
3. **Día de la admisión/en el momento de prestar el servicio; durante la hospitalización; en el momento del alta; y posterior al alta/posterior al servicio:** Servicios Financieros para Pacientes, los coordinadores de la atención médica al paciente o los administradores de la atención médica, según corresponda. Cuando esté en duda algún aspecto de la información financiera del paciente/garante, se podrá remitir al paciente/garante a Servicios Financieros para Pacientes para aclarar la información. Este proceso se aplica a los Servicios de emergencia y los servicios programados (tan pronto como sean razonablemente viables después del servicio o la admisión, de acuerdo con el requisito según EMTALA).
4. **Servicios de emergencia:** El personal de registro del Departamento de Emergencias hará las entrevistas, obtendrá y verificará toda la información financiera y del paciente que sea necesaria, tan pronto como lo permitan las normas de EMTALA. La información que no se obtenga en el momento del servicio o la admisión se pedirá a través de contactos del paciente o del garante y entrevistas durante toda la hospitalización del paciente, o en el momento del alta si no se tuvo éxito en los demás intentos. Si el paciente o el garante lo autorizan, se contactarán a otras personas para obtener información para evaluar la capacidad del paciente o el garante para pagar los servicios prestados.

Además, los pacientes o los garantes pueden dar información a través del Portal del paciente o en uno de los quioscos de registro del Hospital situados en varias áreas del Hospital.

C. Verificación del Hospital de la información financiera del paciente:

El personal de Servicios Financieros para Pacientes, el personal administrativo del departamento clínico o los coordinadores de atención médica al paciente emprenderán todas las iniciativas razonables y diligentes para verificar la información financiera dada por el paciente, tan pronto como sea posible, después de que esta se haya entregado, hasta el momento del alta o la prestación de un servicio para paciente ambulatorio. Para los servicios prestados a un paciente sin seguro, el personal de Servicios Financieros para Pacientes verificará a través del

programa de MassHealth o los sistemas de verificación de la Dirección Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts, ya sea si el paciente es elegible o si ha presentado una solicitud para MassHealth, ConnectorCare u otros Programas de asistencia de salud pública. Si la información no se puede verificar antes del alta o la prestación de un servicio para paciente ambulatorio, el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o sus agentes pueden tratar de verificar la información durante el proceso de facturación y cobro.

Las iniciativas razonables y diligentes del Hospital para verificar la información del paciente incluirán, entre otros, solicitar información de la cobertura del paciente y su elegibilidad para la cobertura, consultar cualquier base de datos de plan médico privado o público que esté disponible, verificar la obligación de un tercero pagador conocido, presentar reclamos a todos los planes médicos responsables identificados, cumplir los requisitos de autorización y facturación de dichos planes médicos, y apelar un reclamo denegado cuando el servicio es pagadero, en su totalidad o en parte, por una compañía de seguros.

El Hospital también emprenderá iniciativas razonables y diligentes para investigar si un recurso de terceros puede ser responsable de los servicios que el Hospital presta, incluyendo, entre otros: (1) una póliza de responsabilidad civil de automóvil o de propietario de vivienda, (2) pólizas de seguro de protección por lesión personal o accidente general, (3) programas de compensación de los trabajadores y (4) pólizas de seguro de estudiante, entre otros. Tras la identificación de un recurso de tercero responsable con respecto a cualquier servicio por el que el Hospital haya recibido un pago del programa Health Safety Net, el Hospital devolverá dicho pago al programa Health Safety Net. El Hospital informará a los pacientes de su obligación de informar al Programa de asistencia de salud pública apropiado sobre cualquier cambio en los ingresos o en el estado del seguro.

D. Revelación de información/asignación de beneficios: Al paciente/garante se le puede pedir que firme una asignación de beneficios u otras fuentes de pago de terceros (por ejemplo, pagos que resulten de demandas por agravio) directamente para el Hospital por los servicios prestados, así como una autorización para revelar información según sea necesario para cumplir la asignación de esos beneficios. La autorización también deberá indicar que el paciente/garante tendrá la obligación económica de los cargos que no cubra la asignación.

E. Confirmación de la obligación económica para los Servicios no cubiertos: Cuando antes de la prestación de los servicios no se obtiene la autorización obligatoria que pide el plan médico privado del paciente, el Programa de asistencia de salud pública del paciente u otro pagador responsable, o cuando un servicio no está cubierto por el plan médico privado del paciente o Programa de asistencia de salud pública del paciente, incluyendo, entre otros, cuando el Hospital o el médico no es un proveedor de la red según la cobertura del plan médico privado o del Programa de asistencia de salud pública del paciente, el paciente/garante deberá firmar una declaración en la que acuse recibo del aviso de ausencia de la autorización obligatoria o la falta de cobertura para los servicios, y en la que se le informará de su obligación económica por los servicios que en última instancia se determinaron como Servicios no cubiertos.

Si se determina en cualquier momento durante el tratamiento del paciente que el paciente/garante no puede pagar, el paciente/garante que no puede pagar los servicios prestados será remitido a los asesores financieros del Hospital para que lo ayuden a identificar algún plan médico privado o Programas de asistencia de salud pública a los que pueda ser elegible, y cualquier asistencia económica o programas de descuentos en los que pueda calificar.

Pago

En general, se espera el pago completo después de recibir una factura del Hospital. En última instancia, es obligación del paciente/garante dar seguimiento y pagar oportunamente las facturas no pagadas por la atención médica que el paciente recibió en el Hospital, incluyendo los copagos, coaseguros y deducibles existentes.

A. Depósitos/obligación económica del paciente

1. **Servicios de emergencia:** El Hospital no pedirá a ningún paciente/garante un depósito previo al tratamiento ni el pago de ninguna obligación económica del paciente como condición para recibir Servicios de emergencia, independientemente de la capacidad de pago del paciente/garante.
2. **Servicios que no son de emergencia:** El Hospital puede pedir un depósito previo a la admisión o el pago de cualquier obligación económica del paciente por servicios para pacientes ambulatorios o hospitalarios que no sean de emergencia a un paciente/garante, si el paciente carece de cobertura suficiente para los servicios que se prestarán, no está exento de acciones de cobro ni ha firmado un Plan de pago con el Hospital.
3. **Disposiciones especiales para pacientes que calificaron para la cobertura del Programa Health Safety Net:** A ningún paciente que se determine que es un paciente con ingresos bajos se le pedirá que pague un depósito, excepto cuando: (a) un paciente que se determine que es un paciente con ingresos bajos con un requisito de deducible deba dar un depósito hasta del 20 % del deducible, hasta \$500; y (b) un paciente elegible según la definición de dificultad médica deba dar un depósito hasta del 20 % de su aportación por dificultad médica, hasta \$1000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en el Título 101 del CMR 613.08.

B. Descuentos: Los descuentos en las cuentas de los pacientes no son elegibles para Health Safety Net y tampoco se presentarán ante este para su consideración. El Hospital ofrece hasta el 40 % de descuento en los cargos a los pacientes sin seguro, dependiendo de la puntualidad del pago, según la Política de descuentos para pacientes sin seguro del Hospital. Los criterios de elegibilidad y otros términos relacionados con los descuentos para pacientes sin seguro se describen en la Política de descuentos para pacientes sin seguro del Hospital, a la que los pacientes tienen acceso a través de los asesores financieros del Hospital y en www.childrenshospital.org/financialassistance.

C. Planes de pago: En caso de que un paciente/garante no pueda pagar la factura del Hospital, una vez recibida, por la atención médica que se le dio al paciente, y se determine que el paciente no es elegible para Health Safety Net ni

otra cobertura de plan médico privado o Programas de asistencia de salud pública pertinentes, ni califique para asistencia económica según la Política de asistencia económica del Hospital, el Hospital podrá ofrecer al paciente/garante un plan de pagos durante un período de tiempo prolongado.

1. El Hospital ofrecerá a los pacientes con ingresos bajos y a los pacientes que califican para dificultad médica que tengan un saldo de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, un plan de pago de al menos un año sin intereses, con un pago mensual mínimo de no más de \$25. A los pacientes con ingresos bajos y a los pacientes que califican para dificultad médica que tengan un saldo de más de \$1,000, después del depósito inicial, se les ofrecerá un plan de pago de dos años sin intereses. En casos de circunstancias extraordinarias, las solicitudes para los planes de pago de dos años se considerarán caso por caso.
2. Para todos los demás pacientes/garantes, en casos de circunstancias extraordinarias, el Hospital puede ofrecerles planes de pago por las cantidades y duración que sean apropiadas a las circunstancias, que se considerarán caso por caso.
3. Por lo general, el hospital no ofrece un plan de pago del deducible en los servicios para pacientes ambulatorios.

Ayuda para enviar una solicitud de asistencia económica

El Hospital dará información a los pacientes/garantes y ayuda para solicitar o calificar para Programas de asistencia de salud pública y otros programas de asistencia económica, incluyendo MassHealth, Connector Care, calificar como Paciente con ingresos bajos según los Reglamentos de Health Safety Net y otros programas de Medicaid, y los programas de asistencia económica y descuentos para pacientes sin seguro del Hospital. El Hospital emprenderá iniciativas razonables para dar servicios de traductor a los pacientes y garantes que tengan un dominio limitado del inglés.

Los pacientes/garantes deben dar toda la documentación necesaria para las solicitudes. El Hospital no tiene ninguna función en las determinaciones de elegibilidad para los Programas de asistencia de salud pública, sino que son las agencias responsables de administrar esos programas quienes las toman. Es obligación del paciente/garante informar al Hospital de todas las determinaciones de cobertura que tomen esas agencias y de cualquier cambio en la elegibilidad del paciente para dichos programas.

A. Aviso público sobre disponibilidad de asistencia económica. El Hospital colocará avisos que notifiquen a los pacientes la disponibilidad de asistencia económica y de la asistencia que ofrece el Hospital para facilitar la solicitud del paciente para otros Programas de asistencia de salud pública, e informará en qué instalaciones del Hospital los pacientes y sus familias pueden solicitar tal asistencia. Estos avisos se publicarán en las áreas de registro/admisiones de emergencia, en las áreas para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, y en las oficinas comerciales que los pacientes utilizan habitualmente.

B. Aviso individual sobre disponibilidad de asistencia económica. El Hospital dará, (i) durante el registro inicial del paciente en el Hospital; (ii) en todas las facturas y en otras acciones de cobro por escrito; y (iii) cuando el Hospital tenga conocimiento de un cambio en la elegibilidad del paciente o en la cobertura de atención médica, un aviso individual de la disponibilidad de asistencia económica y Servicios elegibles (según se define en los Reglamentos de Health Safety Net) y otros Programas de asistencia de salud pública, y podrá dar asistencia a los pacientes que quieran enviar una solicitud para dichos programas.

C. Acceso electrónico a la Política de crédito y cobro y otras políticas. Los pacientes/garantes pueden acceder a las copias de esta Política de crédito y cobro, la Política de asistencia económica, la Política de descuentos para pacientes sin seguro del Hospital y de las Fundaciones, al Cálculo de AGB y otros documentos utilizados para notificar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia, visitando www.childrenshospital.org/financialassistance.

Prácticas de facturación/cobro; Determinaciones de deudas incobrables

Las iniciativas de cobro y facturación continuas que el Hospital aplica a las cuentas de los pacientes sin seguro son las mismas que aplica a las cuentas de otros pacientes. Las copias de la facturación estándar y las cartas de aprobación/denegación de asistencia económica del Hospital se pueden consultar como se describe en esta Política de crédito y cobro.

A. Determinaciones de Servicios elegibles. El Hospital cumple los reglamentos y directrices que emite el estado de Massachusetts en la administración de la elegibilidad de reclamos de Health Safety Net y de otros programas de asistencia de salud pública de Massachusetts.

El Hospital cumple los requisitos de facturación vigentes, incluyendo, entre otros, los reglamentos del Departamento de Salud Pública (Título 105 del CMR 130.332) respecto a la falta de pago de servicios específicos o readmisiones que el Hospital determine que fueron consecuencia de un evento grave que se debe informar (Serious Reportable Event, SRE). Los SRE que no ocurren en el Hospital se excluyen de esta determinación de falta de pago. El Hospital tampoco solicita el pago de los Servicios elegibles que se le prestan a un Paciente con ingresos bajos o los Servicios cubiertos que se le prestan a las personas inscritas en MassHealth relacionados con reclamos cuyo pago fue inicialmente denegado por la compañía de seguros del Paciente con ingresos bajos debido a un error administrativo de facturación del Hospital.

B. Pacientes/garantes exentos de acciones de cobro: El Hospital y las Fundaciones no facturan ni participan de ninguna otra manera en acciones de cobro con respecto a los Servicios médicamente necesarios que prestan a un paciente que afirme que:

1. Está inscrito en MassHealth, recibe beneficios según el programa Ayuda de Emergencia para Adultos Mayores, Personas Discapacitadas y Niños (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, EAEDC) (excepto que

- el Hospital pueda facturar a tales pacientes la Obligación económica del paciente según estos programas de asistencia). El Hospital podrá iniciar la facturación a un paciente que afirme que participa en alguno de esos programas, pero que no da un comprobante de dicha participación; sin embargo, al momento de que el Hospital reciba una prueba satisfactoria de que el paciente participa en uno o más de estos programas y una solicitud firmada, deberá suspender las actividades de cobro.
2. Un participante en el Plan de Seguridad Médica para Niños (Children's Medical Security Plan, CMSP) cuyos MAGI de MassHealth son iguales o menores que el 400 % de los Niveles federales de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). El Hospital puede iniciar la facturación a un paciente que afirme que participa en el CMSP, pero que no da un comprobante de dicha participación; sin embargo, al momento de que el Hospital reciba una prueba satisfactoria de que el paciente participa en CMSP, deberá suspender las actividades de cobro.
 3. Un Paciente con ingresos bajos (que no sea un paciente con ingresos bajos solo para servicios dentales) está exento de una acción de cobro por los servicios elegibles recibidos solo durante el período para el que se determinó que es un paciente con ingresos bajos (excepto por los copagos y los deducibles relacionados con dichos Servicios elegibles). El Hospital puede facturar a los Pacientes con ingresos bajos por los Servicios elegibles que se prestaron antes de su determinación como Pacientes con ingresos bajos, solamente después de que su estado como Pacientes con ingresos bajos haya vencido o, de otra manera, se haya cancelado.
 4. Un Paciente con ingresos bajos (que no sea un paciente con ingresos bajos solo para servicios dentales) con MAGI de MassHealth o Ingresos contables familiares por dificultad médica (como se describe en el Título 101 del CMR 613.04 (2)) del 400 % del FPL, está exento de las acciones de cobro para la parte de la factura que supere el deducible del Paciente con ingresos bajos y se le podrán facturar los copagos y los deducibles conforme a las normas estatales. El Hospital puede seguir facturando a los Pacientes con ingresos bajos por los servicios que se prestaron antes de su determinación como Pacientes con ingresos bajos; sin embargo, solamente después de que su estado como pacientes con ingresos bajos haya vencido o, de otra manera, se haya cancelado.
 5. Un paciente que ha calificado para la dificultad médica, con respecto a la cantidad de la factura que excede la aportación para la dificultad médica (según se calcula de acuerdo con los reglamentos de Health Safety Net). Si un reclamo que ya se presentó como Cuenta incobrable de emergencia resulta elegible para el pago de dificultad médica según Health Safety Net, el Hospital deberá cesar la actividad de cobro para esos servicios.
 6. Un paciente al que el Hospital o una Fundación estaba ayudando a solicitar la dificultad médica, si el Hospital o la Fundación, según corresponda, no presentó la solicitud del paciente dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la finalización de la solicitud y la entrega de toda la documentación necesaria por el paciente/garante al Hospital o a la Fundación, con respecto a cualquier factura que hubiera sido elegible para el pago de la dificultad médica, en el caso de que se haya presentado la solicitud y hubiera sido aprobada.

Los Pacientes con ingresos bajos no están exentos de las acciones de cobro

por servicios aparte de los Servicios elegibles que se prestan a solicitud del paciente/garante y para los que el paciente/garante aceptó ser responsable; siempre que a los pacientes con ingresos bajos no se les facturen reclamos relacionados con errores médicos o reclamos denegados por la compañía de seguros principal del paciente debido a un error administrativo o de facturación. El Hospital obtendrá el consentimiento por escrito del paciente/garante para que se le facturen dichos servicios.

A solicitud de un paciente, el Hospital o la Fundación, según corresponda, puede facturar a un Paciente con ingresos bajos para permitir que dicho paciente cubra el deducible único que exige el estado.

C. Facturación inicial: A excepción de los pacientes exentos de una acción de cobro como se describe arriba, el Hospital dará una factura inicial al paciente/garante o a un tercero especificado.

D. Seguimiento de cobro: El Hospital usa agencias externas para las actividades de cobro en las cuentas de pago por cuenta propia, y les exige a esas agencias que cumplan las normas que se especifican en las políticas de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital relacionadas con las prácticas de cobro vigentes cada cierto tiempo, las que deben ser congruentes con esta Política de crédito y cobro. Todas las cuentas de los pacientes que no están exentos de la acción de cobro estarán sujetas a la actividad continua de cobro y recibirán un mínimo de tres acciones de cobro. Las acciones de cobro por parte del Hospital o su agente designado pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

1. Factura inicial enviada al paciente/Garante y cualquier otra parte o partes responsables de las obligaciones económicas del paciente;
2. Otros estados de cuenta (enviados cada 30 días después de la determinación de la obligación del pago por cuenta propia);
3. Carta de seguimiento (enviada mediante correo de primera clase o correo certificado);
4. Llamadas telefónicas, notificaciones electrónicas (por ejemplo, a través de direcciones de correo electrónico), avisos de contacto personal;
5. Aviso final para saldos superiores a \$1,000 (enviado por correo certificado); y
6. Reuniones con el garante u otra parte responsable.

El Hospital mantendrá un archivo para cada paciente que incluya toda la documentación de las iniciativas de cobro del Hospital, incluyendo copias de facturas, cartas de seguimiento, informes de contactos telefónicos y personales y otras iniciativas tomadas.

E. Correo devuelto: Las cuentas para las que se reciba notificación de correo devuelto serán investigadas para localizar al paciente o al Garante. Las iniciativas que se emprendan para obtener una dirección actual incluirán, como mínimo:

1. revisión de todos los expedientes internos y de las citas para determinar si se ha documentado alguna dirección más actual;
2. comunicación con algún familiar o amigo conocido; y
3. revisión del directorio telefónico actual.

El Hospital puede contratar agencias externas u otros proveedores para la ejecución de otras actividades de localización de deudores morosos. Se documentarán las iniciativas para localizar a la parte responsable de la obligación o la dirección correcta en las facturas devueltas como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar".

F. Bancarrotas: Al momento de recibir el aviso legal de la bancarrota del paciente/Garante, toda la actividad de cobro cesará y se ajustará la cuenta. Los casos de bancarrota no serán elegibles para Health Safety Net ni tampoco se presentarán ante este para su consideración.

G. Determinación de cuenta incobrable: Si después de las iniciativas razonables de cobro no se obtiene el pago de los cargos en una cuenta, el saldo de la cuenta puede clasificarse como cuenta incobrable de acuerdo con esta Política de crédito y cobro y cualquier otra política pertinente del Departamento de Finanzas (que será congruente con esta Política de crédito y cobro); siempre que las Obligaciones económicas del paciente no se incluyan en la Cuenta incobrable para propósitos de presentar reclamos según Health Safety Net.

Condiciones para la determinación inmediata de una cuenta incobrable: Cuando se obtiene información para designar una cuenta como cuenta incobrable en algún momento durante el proceso de seguimiento de cobro, es posible que la cuenta se considere inmediatamente como una cuenta incobrable sin ninguna otra acción de cobro. En esta categoría se incluye:

1. Intento fallido de identificar la causa del incumplimiento de la entrega del correo que se devuelve como imposible de entregar. Las cuentas que son imposibles de entregar o que tienen una "dirección incorrecta" se clasifican para que Servicios Financieros para Pacientes les dé seguimiento y se investigue el contacto/la dirección correcta antes de colocar la cuenta en un estado de cuenta incobrable.
2. Intento fallido para identificar un teléfono activo después de que el teléfono del paciente/Garante se ha desconectado.
3. Aviso por escrito o verbal de que el paciente/Garante está renuente o se niega a pagar.
4. Recepción de un aviso oficial de una compañía de seguros u otro pagador responsable respecto a que se le pagaron los beneficios al suscriptor, y que por lo menos se hizo un intento fallido de comunicarse con el paciente/Garante después de recibir el aviso de la compañía de seguros/otro pagador responsable.

H. Facturación de cuenta incobrable por servicios de emergencia a Health Safety Net: Además de cumplir las prácticas de cobro descritas arriba, el Hospital enviará una carta certificada a los pacientes (excepto un paciente de quien los avisos se han devuelto como "imposible de entregar" o "dirección incorrecta") que tengan un saldo pendiente de más de \$1,000 en Servicios de emergencia y servicios relacionados antes de facturar el saldo a Health Safety Net. El saldo de la cuenta se facturará a Health Safety Net solo después de que no se haya pagado durante más de 120 días a partir de la fecha del aviso de facturación inicial. Las iniciativas de cobro razonables que se emprendan durante ese período se documentarán en el expediente financiero del paciente. Para los servicios prestados a un paciente sin seguro, el personal de Servicios Financieros para Pacientes

validará a través del Sistema de verificación de elegibilidad de MassHealth, que el paciente no es elegible o no ha presentado una solicitud para MassHealth y que el paciente no es un Paciente con ingresos bajos.

I. Iniciativas extraordinarias de cobro y ejecución legal: En general, el Hospital no emprende "acciones extraordinarias de cobro". Las acciones extraordinarias de cobro incluyen vender la deuda a otro proveedor u otra entidad; presentar informes sobre información adversa de una persona a una agencia de informes de créditos del consumidor o una oficina de crédito; aplazar, denegar o exigir un pago antes de prestar los Servicios médicamente necesarios debido a la falta de pago de la persona de una o más facturas correspondientes a atención previamente prestada según la Política de asistencia económica del Hospital; colocar un gravamen o ejecutar una hipoteca sobre la residencia personal de un individuo o la propiedad de un automóvil; embargar salarios; y presentar una demanda civil. Cualquier decisión para ejecutar alguna acción extraordinaria de cobro deberá contar con un voto del Consejo de Administración. El Hospital y sus agentes deberán demostrar ante el Consejo de Administración que se emprendieron iniciativas razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia según su Política de asistencia económica antes de recomendar alguna acción extraordinaria de cobro. Las Acciones extraordinarias de cobro no se iniciarían hasta por lo menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital entrega el primer estado de cuenta posterior al alta correspondiente a la atención médica, y se deberá demostrar que se envió un aviso por escrito al paciente sobre la disponibilidad de asistencia económica al menos 30 días antes de la ejecución. Además, el aviso por escrito debería incluir la actividad extraordinaria de cobro que el Hospital intentaría iniciar, así como la fecha de inicio de la actividad. En caso de acciones extraordinarias de cobro ejecutadas, el Hospital suspendería todas las acciones si recibe una Solicitud de asistencia económica. Una solicitud de este tipo permitiría un período de revisión que no excederá los 30 días.

J. Accidentes de automóvil: El Hospital presentará un reclamo por Servicios elegibles prestados a un Paciente con ingresos bajos lesionado en un accidente de automóvil solamente si (1) investigó si el paciente, el conductor o el propietario del otro automóvil tenía una póliza de seguro de responsabilidad civil para el automóvil; (2) emprendió todas las iniciativas para que el paciente dé la información de un tercero responsable del pago; (3) tiene evidencias de esas iniciativas, incluyendo la documentación de las llamadas telefónicas y cartas dirigidas al paciente; y (4) si corresponde, presentó adecuadamente un reclamo de pago a la compañía de seguros de responsabilidad civil de automóvil. Para los accidentes de automóvil y todas las otras recuperaciones sobre los reclamos previamente facturados a Health Safety Net, el Hospital informará cualquier cantidad recuperada a la Oficina de Health Safety Net. La recuperación se liquidará contra el reclamo por Servicios elegibles.

El Hospital documentará la actividad involucrada para la clasificación y los informes de una cuenta como cuenta incobrable. A medida que el Hospital mantiene un sistema "electrónico" para manejar tanto las cuentas de los pacientes hospitalizados como de los pacientes ambulatorios, la documentación de la actividad de estos servicios se puede conservar en el sistema informático del Hospital en anotaciones globales a diferencia de las copias impresas.

Derechos y obligaciones del paciente

- A.** El Hospital informará a los pacientes sobre sus derechos a:
1. solicitar MassHealth, el Programa de Asistencia de Pago de Primas operado por Health Connector, un plan médico calificado, determinación de Pacientes con ingresos bajos y dificultad médica; y
 2. un plan de pago, como se describe en esta Política de crédito y cobro y en los Reglamentos de Health Safety Net pertinentes, si se determina que el paciente es un Paciente con ingresos bajos o si califica para la dificultad médica.
- B.** Un paciente que recibe servicios elegibles debe:
1. entregar toda la documentación necesaria;
 2. informar a MassHealth de cualquier cambio en los MAGI de MassHealth o Ingresos contables familiares por dificultad médica (como se describe en los Reglamentos de Health Safety Net) o estado del seguro, incluyendo, entre otros, los ingresos, las herencias, las donaciones y las distribuciones de fideicomisos, la disponibilidad de seguro médico y la obligación de terceros;
 3. rastrear el deducible del paciente y entregar la documentación al Hospital de que se ha alcanzado el deducible cuando se determina que más de un familiar es un Paciente con ingresos bajos o si el paciente o los familiares reciben el Servicio elegible de más de un proveedor; e
 4. informar a la Oficina de Health Safety Net o la Agencia de MassHealth cuando el paciente esté involucrado en un accidente, sufra una enfermedad o lesión, u otra pérdida que tenga o pueda resultar en una demanda legal o reclamo de seguro. El paciente debe:
 - a. presentar un reclamo para recibir una remuneración, si corresponde; y
 - b. aceptar cumplir todos los requisitos de M.G.L. c. 118E, incluyendo, entre otros:
 - (1) ceder a la Oficina de Health Safety Net el derecho de recuperar una cantidad igual al pago de Health Safety Net originado en las ganancias de cualquier reclamo u otro proceso en contra de un tercero;
 - (2) dar información del reclamo o cualquier otro proceso y cooperar completamente con la Oficina de Health Safety Net o la persona designada, a menos que la Oficina de Health Safety Net determine que la cooperación no sería de beneficio o que ocasionaría un daño grave o trastorno emocional al paciente;
 - (3) notificar a la Oficina de Health Safety Net o a la Agencia de MassHealth por escrito y en un plazo de 10 días después de la presentación de algún reclamo, demanda civil u otro proceso; y
 - (4) reembolsar a Health Safety Net el dinero recibido de un tercero por todos los Servicios elegibles que se prestaron en la fecha o después de la fecha del accidente u otro incidente, tras convertirse en un Paciente con ingresos bajos con el propósito del pago de Health Safety Net, siempre que solo se reembolsen los pagos de Health Safety Net hechos como consecuencia del accidente u otro incidente.

Publicación/disponibilidad de la Política de créditos y cobros, Lista de proveedores afiliados, Facturas y cartas de aprobación/denegación de asistencia económica, Política de asistencia económica y Resumen en lenguaje sencillo, Política de descuentos para pacientes sin seguro y Cálculo de las cantidades generalmente facturadas

A. Los pacientes, los garantes y demás miembros del público pueden obtener una copia gratis de esta Política de créditos y cobros, la Lista de proveedores afiliados, los Ejemplos de facturas y cartas de aprobación/denegación de asistencia económica, la Política de asistencia económica y el Resumen en lenguaje sencillo, la Política de descuentos para pacientes sin seguro y el Cálculo de cantidades general facturadas, mediante cualquiera de estos métodos:

1. Publicación en Internet: esta Política de crédito y cobro y demás documentos están en línea en:
www.childrenshospital.org/financialassistance.
2. En Persona: las copias impresas de la (i) Política de crédito y cobro del Hospital, (ii) la Lista de proveedores afiliados, (iii) las copias de facturas y cartas de aprobación/denegación de asistencia económica, (iv) la Política de asistencia económica y un Resumen en lenguaje sencillo, (v) el cálculo de las cantidades generalmente facturadas, y (vi) la Política de descuentos para pacientes sin seguro, están disponibles en las instalaciones del hospital situado en 300 Longwood Avenue, Boston, MA, Farley Building, oficina 160.
3. Por Correo: el público también puede pedir copias de estos documentos por correo llamando a Atención al Cliente de Servicios Financieros para Pacientes al (617)-355-3397 o a Asesoramiento Financiero para Pacientes al 617-355-7201.

B. Con el objetivo de ayudar a quienes tienen poco dominio del inglés, se han traducido a varios idiomas: la Política de crédito y cobro, la Política de asistencia económica, el Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica, la Solicitud de asistencia económica, la Política de descuentos para pacientes sin seguro y el Cálculo de cantidades generalmente facturadas.

C. Comunicación en el lugar: El hospital emprenderá iniciativas para comunicar sus Políticas de crédito y cobro a través de diferentes métodos.

1. Se colocarán letreros en las áreas para pacientes hospitalizados, clínicas y área de admisión/registro indicando la disponibilidad de asistencia económica y las políticas de crédito y cobro.
2. En varios lugares visibles del Hospital, se colocarán avisos públicos u otras medidas calculadas de manera razonable para atraer la atención de los visitantes, incluyendo, entre otros, las áreas de pacientes hospitalizados, clínicas y el área de admisión/registro de emergencias.

3. Se entregará una copia de esta Política de crédito y cobro 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. Lista de proveedores afiliados
2. Ejemplos de facturas y cartas de aprobación/rechazo de asistencia económica
3. Política de asistencia económica
4. Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica
5. Solicitud de asistencia económica
6. Política de descuentos para pacientes sin seguro
7. Programa de asistencia económica para pacientes internacionales

Atributos del documento

Titulo	Política de créditos y cobros		
Autores	Director de Cumplimiento Normativo Fiscal y Financiero	Fecha de vigencia	
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:	
Aprobado	<hr/> Consejo de Administración de Boston Children's Hospital		