

# Política de asistencia financiera de Massachusetts Eye and Ear Infirmary

## ÍNDICE

Introducción	1
I. Cobertura de servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios	2
A. Servicios de cuidados urgentes y de emergencia	3
B. Servicios sin carácter urgente o de emergencia	4
C. Sedes del hospital que brindan servicios médicamente necesarios cubiertos por la Política de asistencia financiera	4
II. Programas de asistencia pública y asistencia financiera del Hospital	5
A. Resumen general de la cobertura de salud y de los programas de asistencia financiera	5
B. Programas estatales de asistencia pública	5
C. Asistencia financiera del Hospital	6
C.1 Asistencia financiera del Hospital a través de Health Safety Net	6
C.2 Asistencia financiera adicional del Hospital	7
D. Límites de cargos	9
E. Notificaciones y solicitudes para programas de asistencia financiera del Hospital y de asistencia pública	9
E.1 Notificaciones de opciones disponibles de asistencia financiera del Hospital y de asistencia pública	9
E.2 Solicitud para programas de asistencia financiera del Hospital y asistencia pública	10
E.3 Función de los coordinadores financieros del hospital/consejero certificado especializado en solicitudes	11

## **Política de asistencia financiera de Massachusetts Eye and Ear Infirmary**

Esta Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) se aplica a Massachusetts Eye and Ear Infirmary (el “Hospital”) y a las sedes y proveedores específicos identificados en la presente política.

La Política de asistencia financiera del Hospital tiene como objetivo cumplir con las leyes y normas estatales y federales en el desempeño de las funciones descritas en la política. El Hospital actualiza su FAP cada vez que hay cambios significativos en las normas estatales y federales, y presentará dichos cambios ante la Junta Directiva o ante una entidad/persona autorizada por la Junta para revisar/aprobar la FAP. Cuando en un futuro se desarrollen opciones de cobertura, como resultado de propuestas federales y estatales de reforma del cuidado de la salud, el Hospital realizará los cambios correspondientes a la presente FAP.

El Hospital es el cuidador de primera línea que brinda cuidados médicamente necesarios a todas las personas que se presentan en este establecimiento y en sus sedes, independientemente de si tienen capacidad de pago o no. El Hospital ofrece este cuidado a **todos** los pacientes que llegan a nuestro establecimiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Por ello, el Hospital está comprometido a brindar cuidados y servicios de alta calidad a todos nuestros pacientes. Como parte de este compromiso, el Hospital trabaja con personas con ingresos y recursos limitados para que encuentren opciones disponibles y puedan cubrir así el costo del cuidado que reciben.

El Hospital ayudará a que las personas no aseguradas y subaseguradas soliciten cobertura médica a través de un programa de asistencia pública (entre ellos MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net, y Medical Hardship) o el programa de asistencia financiera del Hospital, y trabajará con las personas para que se inscriban según corresponda. La asistencia que brindan estos programas se determina mediante la revisión del ingreso familiar, de los bienes, del tamaño de la familia y de todos los gastos, entre otras cosas, de cada persona.

Si bien el Hospital brinda asistencia a los pacientes para que obtengan cobertura médica mediante programas públicos y asistencia financiera a través de otras fuentes cuando sea apropiado, inclusive el mismo Hospital, es posible que el Hospital deba facturar y recaudar adecuadamente ciertos pagos, que pueden incluir, entre otros, copagos, deducibles, depósitos y otros montos pertinentes por los que el paciente se hace responsable. Cuando el paciente se registra para recibir servicios o cuando recibe una factura, el Hospital alienta a que el paciente se comunique con nuestro personal para determinar si dicho paciente o un familiar necesitan y son elegibles para recibir asistencia financiera.

Cuando se trabaja con pacientes para que encuentren asistencia pública o cobertura disponibles a través de la asistencia financiera del Hospital, el Hospital no discrimina por la raza, color, lugar de procedencia, ciudadanía, condición de extranjero, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en lo que respecta a sus políticas o a la aplicación de

dichas políticas y con respecto a la adquisición y verificación de información financiera, los depósitos de preadmisión y pretratamiento, los planes de pago, las admisiones diferidas o rechazadas, la determinación de que una persona es un paciente con bajos ingresos según lo determina el sistema de elegibilidad de MassHealth/Connector de Massachusetts, o la ratificación de información para determinar si el paciente es un paciente con bajos ingresos.

Entendemos que cada persona tiene una situación financiera única. Cada solicitud de asistencia se maneja de manera confidencial y requiere la cooperación del solicitante. Puede obtener información y ayuda sobre la elegibilidad de los programas de asistencia pública y sobre la cobertura que brindan los programas de asistencia financiera del hospital comunicándose con los Coordinadores Financieros del Hospital:

Mass Eye and Ear Financial Coordinators  
243 Charles Street  
Boston, MA 02114  
Horario de atención: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.  
Número de teléfono: 617-573-5664  
Correo electrónico: [Financial\\_Coordinators@MEEL.HARVARD.EDU](mailto:Financial_Coordinators@MEEL.HARVARD.EDU)

Puede encontrar más información sobre esta política y sobre el programa de asistencia financiera del Hospital, incluidos el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de la FAP, en el sitio web del hospital:

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

Las medidas que el Hospital pueda llegar a tomar en casos de incumplimiento en el pago se encuentran descritas en la Política de facturación y cobro del Hospital. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de la Política de facturación y cobro a través de los Coordinadores Financieros del Hospital o en el sitio web del Hospital:

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

## **I Cobertura de servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios**

El Hospital brinda servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios a todos los pacientes que se presenten en alguna de las sedes del Hospital independientemente de su capacidad de pago. Los servicios médicamente necesarios incluyen aquellos que se pueden esperar razonablemente que prevengan, diagnostiquen, eviten el empeoramiento, alivien, mejoren o curen condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, u ocasionen una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios ambulatorios y de internación según lo autoriza el Título XIX de la Ley de Seguridad Social.

El profesional médico tratante determinará el tipo y el nivel de cuidado y de tratamiento necesarios para cada paciente según los síntomas clínicos que presenten y siguiendo los

estándares médicos correspondientes. El Hospital cumple con los requisitos establecidos en la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) al llevar a cabo un examen de detección médica a pacientes que se presenten en las sedes del Hospital buscando servicios de emergencia para determinar si existe una condición médica de emergencia.

La clasificación de servicios de emergencia y de servicios sin carácter de emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como también en la decisión médica del médico clínico tratante. Las definiciones de servicios de cuidado urgente o de emergencia que se brindan a continuación son utilizadas también por el Hospital con el fin de determinar la cobertura de una deuda incobrable permitida por su carácter de emergencia o de urgencia de conformidad con el programa de asistencia financiera del Hospital, inclusive Health Safety Net.

#### **A. Servicios de cuidados urgentes y de emergencia**

Cualquier paciente que concurra al Hospital solicitando asistencia de emergencia será evaluado teniendo en cuenta los síntomas clínicos que presente, sin importar su identificación, cobertura de seguro o capacidad de pago. El Hospital no participará de actividades que desalienten a las personas a buscar cuidado médico de emergencia, actividades tales como solicitarles a los pacientes que paguen antes de recibir tratamiento por alguna condición médica de emergencia, o interferir con los exámenes y servicios de cuidado médico de emergencia al discutir primero el programa de asistencia financiera del Hospital o la elegibilidad para los programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de emergencia incluyen tratamiento para lo siguiente:
  - i. Una condición médica física o mental —que se manifieste a través de síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor agudo— *que ante la ausencia de atención médica inmediata cualquier lego prudente, con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, razonablemente esperaría que cause un grave peligro a la salud de la persona o de otra persona, un deterioro grave en las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo*, o, en relación con una mujer embarazada, según lo definido en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
  - ii. De conformidad con los requisitos federales, la ley EMTALA se aplica a cualquier persona que concurra a la propiedad de un Hospital solicitando exámenes o tratamiento para una emergencia (como se definió anteriormente) o que ingresa al departamento de emergencia solicitando exámenes o tratamiento para una condición médica. Comúnmente, las personas sin cita previa concurren al departamento de emergencia. No obstante, las personas sin cita que solicitan servicios para una condición médica de emergencia en otra unidad, clínica o área complementaria de servicios de internación/ambulatorios también será evaluada para, posiblemente, ser transferida a un centro más adecuado en el que le realicen un examen de detección médica según lo establecido en la ley EMTALA. Se les brindarán al paciente exámenes y tratamientos de condiciones médicas de emergencia, o cualquier otro servicio prestado en la medida de lo requerido por la ley EMTALA, y se los calificará como cuidado de emergencia. La determinación

de la existencia de una condición médica de emergencia la realiza el médico clínico tratante u otro personal médico calificado del Hospital como se documenta en la historia clínica del Hospital.

- b. Los servicios de cuidado urgente incluyen tratamiento para lo siguiente:
  - i. Servicios médicamente necesarios brindados en un hospital de agudos tras la aparición repentina de una condición médica física o mental —que se manifieste a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor agudo)— *que ante la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas cualquier lego prudente razonablemente esperaría que cause un grave peligro a la salud de un paciente, un deterioro grave en las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del organismo.* Los servicios de cuidado urgente están destinados a condiciones médicas que no ponen en peligro la vida del paciente y no presentan un alto riesgo de daño grave la salud de una persona. Los servicios de cuidado urgente no incluyen cuidados primarios u optativos.

**B. Servicios sin carácter de emergencia o urgencia:**

Si (1) el médico clínico tratante de un paciente determina que reúne los requisitos para recibir cuidados sin carácter de emergencia o urgencia; o (2) un paciente pide recibir cuidados y tratamiento tras la estabilización de una condición médica de emergencia, es posible que el Hospital considere que dicho cuidado es un servicio primario u optativo.

- a. Los servicios primarios u optativos incluyen cuidado médico sin carácter de emergencia o urgencia y que las personas o sus familias exigen para poder conservar la salud y prevenir una enfermedad. Normalmente, estos servicios son procedimientos o visitas médicas programadas con anterioridad o en el mismo día por el paciente o el proveedor de cuidados de la salud en una sede del hospital, que incluye el campus principal, una sede o consultorio externo, o un consultorio médico o una clínica afiliados.
- b. Los servicios de cuidado de la salud sin carácter de emergencia o urgencia (es decir, los cuidados primarios u optativos) pueden ser retrasados o diferidos según lo que se haya consultado con el personal clínico del Hospital, así también como con el proveedor tratante de cuidados primarios del paciente en caso de que esté disponible y corresponda. El Hospital puede negarse a brindarle a un paciente servicios sin carácter de emergencia o urgencia si el paciente está médicamente estable y el Hospital no puede obtener, del paciente o de otras fuentes, la fuente de pago o la información de elegibilidad correspondiente para que una compañía aseguradora de salud pública o privada cubra el costo del cuidado que no es de emergencia ni urgente. La cobertura de los servicios del cuidado de la salud se determina y se detalla en los manuales de cobertura y necesidad médica de las compañías aseguradoras de salud públicas y privadas. Si bien el Hospital intentará determinar la cobertura basándose en la cobertura de seguro disponible y conocida del paciente, puede facturarle al paciente si los servicios no son reembolsables y si el paciente ha aceptado recibir facturas.

- c. Es posible la cobertura de un programa de asistencia financiera público, privado o de un hospital no se aplique a ciertos procedimientos primarios u optativos que no sean reembolsables por dichas opciones de cobertura. Si el paciente no está seguro de si un servicio está cubierto, puede comunicarse con los Coordinadores Financieros del Hospital para determinar qué opciones de cobertura se encuentran disponibles. La información de contacto se encuentra a continuación.

Financial Coordinators

243 Charles Street

Boston, MA 02114

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Número de teléfono: 617-573-5664

**Correo electrónico: [Financial\\_Coordinators@MEEI.HARVARD.EDU](mailto:Financial_Coordinators@MEEI.HARVARD.EDU)**

**C. Sedes del Hospital que brindan servicios médicamente necesarios cubiertos por la Política de asistencia financiera:**

La FAP del hospital cubre las siguientes sedes donde los pacientes también podrán obtener información sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública:

- Boston (Campus principal) - 243 Charles Street Boston, MA 02114
- Mass Eye and Ear Braintree - 250 Pond Street, 1st Floor Braintree, MA 02184
- Mass Eye and Ear Concord - 54 Baker Street Extension, Suite #303 Concord, MA 01742
- Mass Eye and Ear East Bridgewater - One Compass Way, Suite #100 East Bridgewater, MA 02333
- Mass Eye and Ear Longwood - 800 Huntington Avenue Boston, MA 02115
- Mass Eye and Ear Quincy - 500 Congress Street, Suite #1C Quincy, MA 02169
- Mass Eye and Ear Plainville - 30 Man Mar Drive, Suite #2 Plainville, MA 02762
- Mass Eye and Ear Stoneham - One Montvale Avenue, 5th floor Stoneham, MA 02180

Además, la FAP del Hospital cubre aquellos servicios de cuidado de emergencia, urgencia, primarios u optativos que se presenten dentro de las sedes mencionadas anteriormente a través de los proveedores que se enumeran aquí. Para obtener una lista de proveedores y sedes elegibles, visite o haga clic aquí.

<https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance>

## **II Programas de asistencia pública y asistencia financiera del Hospital**

### **A. Resumen general sobre cobertura de la salud y de los programas de asistencia financiera**

Los pacientes del Hospital pueden ser elegibles para recibir servicios de cuidado de la salud gratuitos o de bajo costo a través de diversos programas estatales de asistencia pública así como también del Programa de asistencia financiera del hospital (entre ellos MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship). Dichos programas tienen el objetivo de asistir a pacientes con bajos ingresos teniendo en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir con el costo de su cuidado. En el caso de las personas no aseguradas o subaseguradas, el Hospital las ayudará, cuando se lo pidan, a solicitar cobertura a través de los programas de asistencia pública o de los programas de asistencia financiera de hospital que pueden cubrir parte o todas las facturas adeudadas al hospital.

### **B. Programas estatales de asistencia pública**

El Hospital está disponible para asistir a los pacientes para que se inscriban en programas estatales de cobertura médica. Entre ellos se encuentran MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector del estado y Children's Medical Security Plan. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un sitio web en línea (que se encuentra en el sitio web de Health Connector del estado), una solicitud en papel, o pueden hablar por teléfono con un representante de atención al cliente de MassHealth o Connector. También pueden solicitar asistencia de los coordinadores financieros del Hospital (también llamados consejeros autorizados de solicitudes) para presentar su solicitud en papel o mediante el sitio web.

### **C. Asistencia financiera del Hospital**

El Hospital también brinda asistencia financiera a pacientes que demuestren, a través de sus ingresos, la incapacidad de pagar todo o parte de los servicios de cuidado de la salud médicamente necesarios que recibieron. Es posible que los pacientes que sean residentes de Massachusetts o del área de servicio del Hospital tengan que completar la solicitud estatal de cobertura de Medicaid o de seguro de salud subsidiado antes de solicitar cobertura a través de las opciones de asistencia financiera propias del Hospital. Los pacientes que reúnan los requisitos son elegibles para la Política de asistencia financiera del Hospital de conformidad con lo siguiente:

#### ***C.1. Asistencia financiera del Hospital a través de Health Safety Net***

A través de su participación en Health Safety Net de Massachusetts, el Hospital brinda asistencia financiera a pacientes no asegurados o subasegurados de bajos ingresos que sean residentes de Massachusetts y que cumplan con las calificaciones de ingreso. Health Safety Net fue creada para distribuir de manera más equitativa el costo de brindar cuidado sin compensación a pacientes no asegurados o subasegurados de bajos ingresos mediante cuidados gratuitos o de bajo costo en los hospitales de agudos de Massachusetts. El conjunto de cuidados sin compensación de Health Safety Net se logra a través de una evaluación de cada hospital para que cubran el costo de los cuidados para pacientes no asegurados y subasegurados con ingresos

menores al 300 % del nivel de pobreza federal. La política del Hospital consiste en que todos los pacientes que reciben asistencia financiera a través de la política de asistencia financiera del Hospital reciban los servicios de Health Safety Net como parte del cuidado sin compensación que se les brinda a los pacientes de bajos ingresos.

Gracias a la participación en Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el Hospital pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera, incluidos los cuidados gratuitos o parcialmente gratuitos de los servicios elegibles de Health Safety Net que se definen en 101 CMR 613 00.

*(a) Health Safety Net - Primario*

Los pacientes no asegurados que sean residentes de Massachusetts y que tengan un ingreso familiar bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) de MassHealth o un ingreso familiar de Medical Hardship verificado, como se describe en 101 CMR 613.04(1), que se encuentre entre el 0 y el 300 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL), pueden llegar a ser considerados elegibles para recibir los servicios elegibles de Health Safety Net.

El período de elegibilidad y el tipo de servicios de *Health Safety Net - Primario* están limitados a los pacientes elegibles para inscribirse en Premium Assistance Payment Program que dirige 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 - Primario*.

*(b) Health Safety Net - Secundario*

Los pacientes residentes de Massachusetts que tengan un seguro de salud primario y un ingreso familiar MAGI de MassHealth o un ingreso contable familiar de Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.04(1), que se encuentre entre el 0 y el 300 % del FPL, pueden llegar a ser considerados elegibles para recibir los servicios elegibles de Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios de *Health Safety Net - Secundario* están limitados a los pacientes elegibles para inscribirse en Premium Assistance Payment Program que dirige 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 - Primario*.

*(c) Health Safety Net - Deducibles parciales*

Los pacientes que califican para *Health Safety Net - Primario* o *Health Safety Net - Secundario* y que tengan un ingreso familiar MAGI de MassHealth o un ingreso contable familiar de Medical Hardship que esté entre el 150.1 % y el 300 % del FPL pueden estar sujetos a deducibles anuales si todos los miembros del grupo familiar de facturación de primas (Premium Billing Family Group, PBF) tienen un ingreso mayor al 150.1 % del FPL. Este grupo se encuentra definido en 130 CMR 501.0001.



Si algún miembro del PBFG tiene un FPL menor al 150.1 %, no se cobrarán deducibles a ningún miembro del PBFG. El deducible anual equivale al máximo de lo siguiente:

1. la prima de costo mínimo del Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, adaptada al tamaño del PBFG en proporción a los estándares de ingreso del FPL de MassHealth, a partir del inicio del año calendario; o
2. el 40 % de la diferencia entre el ingreso familiar MAGI de MassHealth o el ingreso contable familiar de Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.04(1), en el grupo familiar de facturación de primas (PBFG) del solicitante y el 200 % del FPL, lo que sea menor.

*(d) Health Safety Net - Medical Hardship*

Un residente de Massachusetts con cualquier tipo de ingreso puede calificar para el programa *Medical Hardship* a través de Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han agotado su ingreso contable y lo han dejado incapacitado de pagar los servicios de salud. Para calificar para *Medical Hardship*, los gastos médicos permitidos del solicitante deben superar el porcentaje específico del ingreso contable del solicitante que se define en 101 CMR 613 de la siguiente manera:

Nivel de ingreso	Porcentaje de ingreso contable
0-205 % del FPL	10 %
205.1-305 % del FPL	15 %
305.1- 405 %	20 %
405.1-605 % del FPL	30 %
>605.1 % del FPL	40 %

La contribución que se le exige al solicitante se calcula como el porcentaje del ingreso contable especificado en 101 CMR 613.05(1)(b) basado en el FPL familiar de *Medical Hardship* multiplicado por el ingreso contable real, menos las facturas no elegibles para ser pagadas por Health Safety Net. El solicitante seguirá siendo responsable de pagar dichas facturas. Se pueden encontrar más requisitos de *Medical Hardship* en 101 CMR 613.05.

***C.2. Asistencia financiera adicional del Hospital***

Además de Health Safety Net, el Hospital ofrece asistencia financiera a los pacientes, o la parte responsable de pagar, que necesiten servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios y que cumplen los requisitos descriptos a continuación. Esta asistencia financiera está destinada a complementar, y no a reemplazar, otras coberturas de servicios para garantizar que la asistencia financiera se brinde cuando sea necesario. El Hospital no negará asistencia financiera de acuerdo con su FAP si el solicitante no brindó información o documentación, salvo que la información o documentación faltante esté descrita en el formulario de solicitud y sea necesaria para determinar si necesita asistencia financiera.

La asistencia financiera adicional generalmente está limitada a los servicios de emergencia, a los servicios de urgencia y a los cuidados médicamente necesarios pertinentes. No se aplican descuentos a procedimientos cosméticos, reclamos de responsabilidad de terceros, ni a ningún otro servicio que no sea médicamente necesario. Además, por lo general se descartan los

coseguros, deducibles y copagos. Se negará asistencia financiera al paciente o a la parte responsable/garante del paciente que brinde información falsa relacionada con su ingreso, el tamaño de su grupo familiar, bienes, responsabilidades, gastos, u otros recursos disponibles que podrían indicar capacidad financiera para pagar los servicios.

Para calificar para el programa de asistencia financiera del Hospital, además de los requisitos mencionados a continuación, el solicitante debe confirmar que no tiene otra fuente que no sea la parte responsable que es legalmente responsable por los gastos médicos del paciente, como MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector del estado, Children's Medical Security Plan u otra agencia.

A los solicitantes no asegurados o subasegurados que no reúnen los requisitos para ningún programa de asistencia pública, cuyas pautas federales de ingreso que definen el nivel de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPIG) sean del 500 % o mayores, se les ofrece un descuento por pronto pago del 25 % sobre los servicios médicamente necesarios.

Las FPIG se actualizan anualmente y se publican en el sitio web del estado en <http://www.mass.gov>

Para aquellos con un porcentaje menor al 500 % de las FPIG, uno de los siguientes requisitos debe aplicarse para exenciones totales o parciales de pagos adeudados de la parte responsable de pagar los servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios que el Hospital le brindó.

**A) Los activos financieros son menores al 30 % del ingreso familiar.**

O

**B) Los gastos médicos adeudados equivalen al 30 % o más del ingreso familiar.** Los gastos médicos adeudados son las facturas pendientes de pago de una sede o un médico de Mass Eye and Ear o de cualquier otro proveedor autorizado por servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios. Esto no incluye los cargos estimados de servicios nuevos que aún no se brindaron.

O

**B) Hay otras circunstancias financieras extraordinarias.** Las circunstancias financieras extraordinarias deben estar relacionadas con la capacidad financiera de la parte responsable para pagar su parte del costo de los servicios del cuidado de la salud recibidos. Para ser considerada una circunstancia financiera extraordinaria, el total (es decir, la combinación del ingreso, los bienes y otras cargas financieras de la persona) de las finanzas de la parte responsable deben demostrar que el pago de los montos adeudados de la parte responsable no sería razonable. La existencia de copagos o deducibles elevados como resultado de la cobertura de seguro del paciente (o la ausencia de cobertura) sin la determinación de necesidad financiera no constituye una circunstancia financiera extraordinaria.

Para aquellos solicitantes que estén por debajo del 500 % de las FPIG que cumplan con uno de los requisitos anteriores, existen dos categorías de asistencia financiera específicas del Hospital y son las siguientes:

1. **Exención total:** Aquellos que tengan un ingreso familiar del 250 % de las FPIG actuales o menor son elegibles para recibir un descuento del 100 %.
2. **Exención parcial:** Aquellos que tengan un ingreso familiar superior al 250 %, pero que sea igual o menor al 500 % de las FPIG actuales, son elegibles para recibir un descuento de al menos un 50 %. Puede encontrar el descuento actual de la exención parcial en <https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance> o solicitándolo a través de un Coordinador Financiero del Hospital.

#### **D. Límites de cargos**

1. El hospital no le cobrará a ninguna persona que sea elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política para cuidados médicamente necesarios y de emergencia que sean mayores que los montos generalmente facturados (Amount Generally Billed, AGB).
2. El porcentaje de los AGB se determina usando el método retroactivo (“look-back method”), que se calcula utilizando las tasas de reembolso de MassHealth (PCC y MMCO), de las compañías aseguradoras privadas y de la tarifa de Medicare por los servicios por un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos de esos reclamos. El porcentaje que da como resultado se multiplica por los cargos brutos de todos los cuidados médicamente necesarios y de emergencia para determinar los AGB. El porcentaje de los AGB se recalcula todos los años. El plazo específico del período retroactivo y el porcentaje de los AGB actual del Hospital se pueden consultar en <https://www.masseyeandear.org/billing/financial-assistance> o solicitándolos a través de un Coordinador Financiero del Hospital.

#### **E. Notificaciones y solicitudes para programas de asistencia financiera del Hospital y de asistencia pública**

##### ***E.1 Notificaciones de opciones disponibles de asistencia financiera del Hospital y de asistencia pública***

En el caso de las personas no aseguradas o subaseguradas, el Hospital trabajará con los pacientes para ayudarlos a solicitar asistencia pública o asistencia financiera del Hospital que puede cubrir parte o todas las facturas adeudadas al Hospital. Para ayudar a las personas no aseguradas o subaseguradas a encontrar opciones disponibles y adecuadas, el Hospital les entregará a todos una notificación general de la disponibilidad de los programas de asistencia pública y de asistencia financiera al momento del registro inicial en persona o durante el proceso de admisión en una sede del Hospital que el paciente realice para recibir servicios, en todas las facturas enviadas al paciente o a su garante, y cuando el proveedor sea notificado o cuando a través de su propia diligencia debida tome conocimiento de un cambio en la elegibilidad del paciente en relación con su cobertura de seguro pública o privada.

Además, el Hospital colocará letreros en las áreas de internación, en la clínica y en la zona de admisiones/registros de emergencias y en las oficinas administrativas que los pacientes usan comúnmente, que informen de forma visible a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia pública y de asistencia financiera del Hospital (incluidos MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship) así como también en las sedes del Hospital y los números de teléfono a los que llamar para programar una cita con un consejero especializado en solicitudes certificado. El objetivo de estas notificaciones es ayudar a las personas a solicitar cobertura a uno o más de estos programas. Los letreros deberán ser lo suficientemente grandes para que sean claramente visibles y legibles para los pacientes que visitan estas áreas. Todos los letreros y avisos deben estar traducidos del inglés a otros idiomas que sean el idioma principal de al menos 1,000 personas o del 5 % de los residentes en el área de servicio del Hospital.

### ***E.2. Solicitud para programas de asistencia financiera del Hospital y asistencia pública***

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa estatal de asistencia pública. Entre ellos se encuentran MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector del estado y Children's Medical Security Plan. Según la información provista por el paciente, el Hospital además identificará las opciones de cobertura disponibles a través de su programa de asistencia financiera, incluidos los programas de Health Safety Net y Medical Hardship.

Para programas que no sean el de Medical Hardship, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un sitio web en línea (que se encuentra en el sitio web de Health Connector del estado), una solicitud en papel o hablar por teléfono con un representante de atención al cliente de MassHealth o Connector. También pueden solicitar asistencia del consejero especializado en solicitudes certificado del Hospital para presentar su solicitud en papel o mediante el sitio web.

Para el programa de Medical Hardship, el hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como ese sería apropiado y para presentar una solicitud para Medical Hardship ante Health Safety Net. Es obligación del paciente brindar toda la información necesaria que el Hospital le solicite dentro de un plazo adecuado para garantizar que el Hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente puede brindar toda la información de forma oportuna, el Hospital procurará presentar la solicitud completa dentro de los cinco (5) días hábiles tras recibir toda la información necesaria que solicitó. Si la solicitud completa no se presenta dentro de los cinco días hábiles tras recibir toda la información necesaria, es posible que no se le cobre al paciente las facturas elegibles para Medical Hardship.

Además, el Hospital puede ayudar a los pacientes a inscribirse en Health Safety Net utilizando el proceso de determinación presunta, que ofrece un período limitado de elegibilidad. Los Coordinadores Financieros del Hospital son quienes llevan a cabo este proceso y quienes, de acuerdo con la ratificación del paciente de su información financiera, determinarán si se lo puede considerar un paciente de bajos ingresos y si recibirá cobertura únicamente de servicios de Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha en la que el proveedor toma esta determinación, hasta fines del mes siguiente en el que se toma la determinación presunta. No

obstante, la cobertura puede finalizar antes si el paciente presenta una solicitud completa como se describió anteriormente.

Para recibir asistencia financiera del Hospital, el solicitante deberá brindar lo siguiente:

Ingresos:

- Identificación con foto expedida por el gobierno
- 2 recibos de sueldo consecutivos
- Carta de reconocimiento u otras declaraciones de otros ingresos
- Declaración jurada de impuestos federales más reciente

Activos:

- Declaraciones actuales de cada cuenta (cuenta corriente, de ahorro, CD, acciones, fondos mutuos)

Gastos:

- Declaraciones de gastos médicos
- Declaraciones de gastos de vivienda
- Comprobantes de circunstancias financieras extraordinarias
- Comprobante de denegación de Medicaid

El Hospital no negará asistencia financiera de acuerdo con su política de asistencia financiera si falta información o documentación, salvo que su política de asistencia financiera o el formulario de solicitud indiquen que dicha información o documentación es obligatoria.

### ***E.3 Función del Coordinador Financiero del Hospital***

El Hospital ayudará a que las personas no aseguradas y subaseguradas soliciten cobertura médica a través de un programa de asistencia pública (entre ellos MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship), y trabajará con las personas para que se inscriban cuando corresponda. El Hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del Hospital, que incluye cobertura a través de Health Safety Net y Medical Hardship.

El Hospital hará lo siguiente:

- a) Brindará información sobre el alcance completo de los programas, incluidos MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship.
- b) Ayudará a las personas a completar una solicitud nueva de cobertura o a presentar la renovación de una cobertura ya existente.
- c) Trabajarán con cada persona para obtener toda la documentación requerida.
- d) Presentarán solicitudes o renovaciones (junto con toda la documentación requerida).
- e) Interactuarán, cuando corresponda y según lo permitan las limitaciones del sistema actuales, con los programas en relación con el estado de estas solicitudes y renovaciones.
- f) Ayudará a facilitar la inscripción de solicitantes o beneficiarios en los programas de seguro.
- g) Y ofrecerá y brindará asistencia para el registro de votantes.

El Hospital informará al paciente sobre su obligación de brindarles al Hospital y a la agencia estatal correspondiente información precisa y oportuna con respecto a su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones actuales de cobertura de seguro (incluidos los seguros de vivienda, vehículos y demás seguros de responsabilidad civil) que puedan cubrir el costo del cuidado recibido, cualquier otro recurso financiero correspondiente, e información de ciudadanía y residencia. Esta información será presentada ante el estado como parte de la solicitud de asistencia pública del programa con el fin de determinar la cobertura de los servicios provistos a la persona.

Si la persona o su garante no puede brindar la información necesaria, el Hospital puede (si la persona se lo pide) hacer todo que esté a su alcance para obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Estos esfuerzos también incluyen trabajar con las personas, cuando así lo solicitaren, para determinar si se debe enviar a la persona una factura de los servicios recibidos para ayudarlo a alcanzar el deducible único. Esto ocurrirá cuando la persona programe sus servicios, durante su preregistro, durante su admisión en el hospital, después de ser dado de alta, o por un tiempo razonable posterior al alta del hospital. La información que el consejero especializado en solicitudes certificado obtiene será guardada de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad correspondientes.

Además, el Hospital notificará al paciente durante el proceso de solicitud sobre su responsabilidad de informar tanto al Hospital como a la agencia estatal que le brinda cobertura de servicios del cuidado de la salud sobre cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar, lo que incluye seguros de vivienda, de vehículo o cualquier otra póliza de responsabilidad civil. Si el paciente presentó un reclamo contra terceros o entabló una demanda contra terceros, el consejero especializado en solicitudes certificado notificará al paciente sobre el requisito de notificar al proveedor y al programa estatal dentro de los 10 días posteriores a dichas medidas. Asimismo, se le informará al paciente que deberá volver a pagar a la agencia estatal correspondiente el monto del cuidado de la salud cubierto por el programa estatal si hubo una solicitud de devolución, o que deberá ceder derechos al estado para permitirle recuperar los montos correspondientes.

Cuando la persona se comunica con el Hospital, el Hospital intentará identificar si la persona reúne los requisitos para un programa de asistencia pública o para el programa de asistencia financiera del Hospital. La persona que está inscrita en un programa de asistencia pública puede reunir los requisitos para recibir ciertos beneficios. Las personas también pueden reunir los requisitos para recibir asistencia adicional según el programa de asistencia financiera del Hospital y según el ingreso documentado y los gastos médicos permitidos de cada persona.