

UMass Memorial HealthAlliance - Clinton Hospital, Inc.

**Financial Assistance and Credit and Collection Policy
November 17, 2017**

(Spanish)

**Política de asistencia financiera, crédito y cobro
17 de noviembre de 2017**

ÍNDICE

Propósito	3
Declaración de misión	3
Prestación de servicios de atención médica	4
I. Servicios de emergencia y atención médica urgente	4
II. Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni son urgentes ("optativos")	5
Acontecimientos graves y notificables	5
Recopilación de información financiera de los pacientes	6
I. Pacientes con cobertura de seguro	6
II. Pacientes sin cobertura de seguro	7
Programas y políticas de asistencia financiera	7
I. Descripción general y opciones	7
II. Proceso de solicitud	10
III. Exclusiones de cobertura estatal	10
IV. Verificación de identidad	10
V. Verificación de identidad	11
VI. Dificultades médicas	11
VII. Cobertura adicional y atención con descuento proporcionada por HealthAlliance - Clinton	13
VIII. Proveedores no aplicables	15
Procedimientos de facturación y cobro	16
I. Facturación a terceros pagadores	16
II. Proceso de facturación y cobro de pago por cuenta propia	17
III. Servicio al cliente	19
IV. Planes de pago	19
V. Intereses	19
VI. Descuento por pronto pago	19
VII. Requerimientos de depósito	19
VIII. Gravámenes	20
IX. Bancarrota	20
X. Vehículo motorizado	20
XI. Derechos y responsabilidades de los pacientes	20
XII. Exención de la acción de facturación y cobro de pago por cuenta propia	21

Política:

La Política de asistencia financiera, crédito y cobro establece los estándares por los cuales UMass Memorial HealthAlliance - Clinton Hospital, Inc. administrará la recopilación de información financiera/de seguro de los pacientes, la determinación de elegibilidad para la Asistencia financiera y los procesos de facturación y cobranza, de acuerdo con el Reglamento de Servicios elegibles de Health Safety Net (101 CMR 613.00) de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS); ⁽²⁾ los Requisitos de Deudas incobrables de Medicare (42 CFR 413.89) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el Manual de reembolso para proveedores de Medicare 13J (Parte 1, Capítulo 3); y (3) la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, según lo requerido en la Sección 9007(a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (L. Púb. N.º 111-148) y como se indicó recientemente en la aclaración del Servicio de Impuestos Internos (IRS) del 29 de diciembre de 2015 para informar dicha información en el formulario IRS 990 del hospital. La Política de asistencia financiera, crédito y cobro se archivará de forma electrónica en la Oficina de Health Safety Net de acuerdo con los requisitos del reglamento.

HealthAlliance - Clinton, miembro de UMMHC, no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en ninguna de sus políticas relacionadas con la adquisición y verificación de información financiera, preadmisión o depósitos de pretratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, o estado de paciente de bajos ingresos.

UMass Memorial Health Care System se compromete a proporcionar atención urgente, de emergencia y médicamente necesaria a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Para satisfacer las necesidades de los pacientes que puedan requerir asistencia financiera, esta política establece criterios de elegibilidad, métodos de solicitud y la base para calcular la cantidad cobrada a los pacientes elegibles.

La política de HealthAlliance - Clinton es brindar atención con descuento a pacientes calificados de acuerdo con la Sección 501(r) del IRS. Para aquellos que hayan sido elegibles, UMass Memorial Health Care System no cobrará más que el monto generalmente facturado a un paciente que tiene cobertura de seguro para servicios de urgencia, de emergencia y médicamente necesarios. El Departamento de Patient Financial Counseling será el punto de contacto para proporcionar a los pacientes la política por escrito, un resumen de la política, el formulario de solicitud y asistencia con el proceso de solicitud.

Esta Política se aplica a todas las emergencias y otra atención médicamente necesaria proporcionadas por HealthAlliance - Clinton Hospital.

Declaración de misión:

La misión de HealthAlliance-Clinton, miembro de UMMHC, es proporcionar excelencia clínica y de servicio a las personas en nuestras diversas comunidades en cada etapa de sus vidas.

Prestación de servicios de atención médica:

Servicios de atención de emergencia y urgencia: cualquier paciente que se presente en el (los) hospital(es) o clínica(s) satélite(s) del hospital será evaluado para determinar si requiere servicios de atención de emergencia o urgencia, sin importar la identificación del paciente, su cobertura del seguro o la capacidad. HealthAlliance - Clinton utiliza la evaluación de los servicios de emergencia o servicios de atención de urgencia según se define a continuación para determinar la cobertura de deudas incobrables de emergencia y de urgencia en virtud del Fondo de Health Safety Net. HealthAlliance - Clinton no participará en actividades que desalienten a las personas de buscar atención médica de emergencia. Esto incluye la demora en la provisión de un examen médico de detección apropiado o un examen médico y tratamiento adicional para estabilizar la afección médica con el fin de consultar sobre el método de pago de la persona, el estado del seguro, o para asegurar firmas en una responsabilidad financiera o formulario de notificación previa al beneficiario. HealthAlliance - Clinton no permitirá actividades de cobro de deudas en el departamento de emergencias u otras áreas de las instalaciones del hospital donde tales actividades puedan interferir con la provisión de atención de emergencia. La solicitud de copagos de seguro o montos de coseguro no se realizará antes de un examen médico de detección y estabilización.

I.

a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen:

Servicios médicamente necesarios proporcionados después del inicio de una afección médica, ya sea física o mental, que presente síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que, en la opinión de una *persona prudente no experta y con un nivel promedio de conocimientos sobre salud y medicina*, de no tratarse oportunamente pueda poner en grave peligro la salud del enfermo o de otra persona, causar un deterioro grave de sus funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o con respecto a una mujer embarazada, según se define en la sección 1867(e) (1) (b) de la Ley de Seguridad Social, 42 USC § 1295dd (e) (1) (b). Un examen de detección médica y cualquier tratamiento posterior para una afección médica de emergencia existente o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida de conformidad con la ley federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA) (42 USC 1395(d)) califica como un servicio de nivel de emergencia.

b. Los servicios de atención de urgencia:

Servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que una *persona prudente no experta podría creer que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas posteriores* podría razonablemente resultar en: poner en peligro la salud del paciente, deterioro de la función corporal o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de atención de urgencia se brindan para afecciones que no ponen en peligro la vida y no representan un alto riesgo de daños graves para la salud de una persona, pero para los cuales se necesitan servicios médicos rápidos.

Nota sobre EMTALA:

De acuerdo con los requisitos federales, EMTALA se activa para cualquier persona que llegue a la propiedad del hospital y solicite un examen o tratamiento de un servicio de nivel de emergencia (afección médica de emergencia), o que ingrese al departamento de emergencias solicitando un examen o tratamiento para una afección médica. De forma más común, las personas no programadas se presentan en el departamento de emergencias. Sin embargo, las personas sin cita que solicitan servicios por una afección médica de emergencia mientras se presentan en otra unidad de hospitalización, clínica u otra área auxiliar también pueden estar sujetas a un examen de detección médica de emergencia de acuerdo con EMTALA. El examen y el tratamiento de afecciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por EMTALA se proporcionarán al paciente y calificarán como atención de emergencia. La determinación de que existe una afección médica de emergencia la realiza el médico que examina u otro personal médico calificado del hospital como se documenta en el registro médico. La determinación de que existe una afección médica urgente o primaria también la realiza el médico que examina u otro personal médico calificado del hospital como se documenta en el registro médico.

- II. Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni son urgentes ("optativos"): para pacientes que (1) llegan al hospital en busca de atención de nivel que no es de emergencia ni de urgencia, o (2) buscan atención adicional después de la estabilización de una afección médica de emergencia. HealthAlliance - Clinton recopilará información financiera del paciente, ayudará al paciente a obtener/verificar la cobertura de los servicios o hará otros arreglos financieros descritos en este documento.

Servicios optativos: servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de emergencia o urgencia descrita anteriormente. Por lo general, estos servicios son servicios de atención primaria/especialidad o procedimientos médicos programados previamente por el paciente o por el proveedor de atención médica (hospital, consultorio médico, otros).

Acontecimientos graves y notificables

HealthAlliance - Clinton mantiene el cumplimiento de los requisitos de facturación aplicables, como los requisitos del Departamento de Salud Pública por falta de pago de ciertos servicios específicos o reingresos que el hospital determina que fue el resultado de un acontecimiento grave y notificable, y mantiene toda la información de acuerdo con leyes federales y estatales de privacidad y seguridad aplicables. HealthAlliance - Clinton no facturará a ningún paciente, incluidos los pacientes de bajos ingresos, por reclamaciones relacionadas con acontecimientos graves y notificables. El hospital tampoco solicita el pago de un paciente de bajos ingresos determinado elegible para el programa Health Safety Net cuyas reclamaciones fueron rechazadas inicialmente por un programa de seguro debido a un error administrativo o de facturación del hospital.

Recopilación de información financiera de los pacientes

HealthAlliance - Clinton hará esfuerzos razonables e intentará obtener toda la información demográfica y de seguro relevante de los pacientes antes de que se presten los servicios optativos o al llegar al centro. Esta información se recopilará de pacientes que requieran atención de emergencia/urgencia lo antes posible de acuerdo con las disposiciones de EMTALA.

- I. **Pacientes con cobertura de seguro:** para pacientes con seguro de salud, o para pacientes cubiertos por una Compensación de Trabajadores o un Seguro de Automóviles, HealthAlliance - Clinton recopilará toda la información requerida para presentar una reclamación a la compañía de seguros por los servicios médicos prestados.
 1. **Verificación del seguro:** siempre que sea posible, HealthAlliance - Clinton verificará la elegibilidad del seguro de un paciente por medios electrónicos o telefónicos, así como el Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS) de MassHealth para verificar la elegibilidad en un programa de asistencia pública, antes de la llegada del paciente. Cuando esto no ocurra, la elegibilidad se verificará a la llegada, o tan pronto como sea posible, por medios electrónicos / telefónicos o revisión de la tarjeta de seguro del paciente.
 2. **Requisitos de derivación y autorización:** HealthAlliance - Clinton intentará asegurar o verificar todas las derivaciones y autorizaciones requeridas por la compañía de seguros del paciente antes de que se presten los servicios.
 3. **Copagos/coseguros/deducibles/servicios no cubiertos:** cuando un paciente asegurado es responsable de una parte de la factura, HealthAlliance - Clinton intentará cobrar esa cantidad o asegurarla mediante una tarjeta de crédito, ya sea antes de los servicios prestados o al finalizar el servicio. Se contactará al paciente en su domicilio para analizar el pago del deducible. Si no puede cobrar el monto adeudado antes o al finalizar el servicio, HealthAlliance - Clinton intentará cobrar los montos adeudados a través del proceso de facturación y cobro.
 4. **Formularios requeridos:** todos los pacientes asegurados deberán firmar un formulario de Asignación de Beneficios (AOB), un aviso de La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPPA) y cualquier otro formulario requerido por su compañía de seguros o por el reglamento para facturar y cobrar a su tercero asegurador. Si HealthAlliance - Clinton no puede obtener una Explicación de Beneficios (EOB) firmada, el paciente será responsable del total de los cargos.
 5. **Pacientes sin cobertura de seguro:** HealthAlliance - Clinton intentará ayudar a los pacientes registrados como "pago por cuenta propia" para identificar y asegurar la cobertura de atención médica. Cuando se determina que un paciente es responsable de la totalidad o una parte de la factura, HealthAlliance - Clinton intentará cobrar el monto adeudado antes del servicio. HealthAlliance - Clinton lo hará a través del proceso de facturación y cobro.

II. **Pacientes sin cobertura de seguro:** HealthAlliance - Clinton intentará ayudar a todos los pacientes registrados como "pago por cuenta propia" para identificar y asegurar la cobertura, o establecer un plan de pago para los montos que se consideran responsabilidad del paciente.

1. Se colocarán carteles en inglés, portugués y español para informar a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera y a quién contactar para solicitar asistencia. Los letreros serán claramente visibles y legibles y se colocarán en áreas con alto tráfico de pacientes, incluidas las siguientes:
 - Todas las oficinas de admisión y áreas de espera
 - Todas las áreas de registro de pacientes ambulatorios y de espera
 - Todas las áreas de registro de emergencia y de espera
 - Todas las oficinas de asesores de solicitudes certificados
2. Los folletos individuales que notifican a los pacientes que la Asistencia financiera está disponible para pacientes calificados se colocarán en todas las ubicaciones de Admisión, Registro y Asesoramiento financiero.
3. Los pacientes programados para un procedimiento optativo serán derivados a un asesor certificado de solicitudes para ayudar al paciente a solicitar asistencia médica. Todos los pacientes hospitalizados registrados como "pago por cuenta propia" recibirán una visita de un asesor certificado de solicitudes durante su admisión, o se les contactará después del alta.
4. Las facturas iniciales del paciente y todos los estados de cuenta posteriores incluirán un aviso alertando a los pacientes sobre la disponibilidad de Asistencia financiera, y un número de teléfono para contactar al asesor de solicitudes certificado.

Programas de asistencia financiera:

I. **Descripción general y opciones:** el Commonwealth of Massachusetts y HealthAlliance - Clinton ofrecen asistencia financiera a los pacientes según el nivel de ingresos familiares y otros criterios que se describen a continuación. HealthAlliance - Clinton emplea a un grupo de asesores certificados de solicitudes (CAC), quienes están disponibles por teléfono o con cita previa para ayudar a los pacientes a solicitar asistencia financiera y saldar sus facturas médicas. HealthAlliance - Clinton ha firmado un contrato con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (MassHealth) y Commonwealth Health Insurance Connector Authority (Connector) y ha sido considerada una Organización de Asesores Certificados de Solicitudes. Los asesores certificados de solicitudes proporcionan a los pacientes potencialmente elegibles las solicitudes apropiadas para MassHealth o Health Safety Net, y ayudan a los pacientes con el proceso de solicitud.

Para ayudar a los pacientes con la cobertura de asistencia financiera adecuada, los CAC:

1. Proporcionan información sobre todos los programas disponibles.
2. Proporcionan a los pacientes las aplicaciones apropiadas para MassHealth, Health Safety Net y Children's Medical Security Program, Premium Assistance Payment Programs operados por Health Connector, dificultades médicas y otros tipos de asistencia financiera que puedan cubrir la totalidad o parte de sus facturas no pagadas de atención médica.
3. Asisten a los pacientes con el proceso de solicitud y renovación.
4. Trabajan con los pacientes para obtener la documentación requerida.
5. Hacen todos los esfuerzos para dar seguimiento al estado de la solicitud a través de la decisión final.
6. Ayudan a los pacientes a inscribirse en un plan de seguro de salud.
7. Ofrecen y proporcionan asistencia para el registro de votantes.

Los representantes de servicio al cliente y los cobradores de garantías están disponibles por teléfono para ayudar a los pacientes a saldar sus facturas médicas.

Health Safety Net: la ley de Massachusetts establece la provisión de Health Safety Net a pacientes elegibles con base en la residencia de Massachusetts, verificación de identidad e ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) de MassHealth documentado que fuera igual o inferior al 300 % del nivel federal de pobreza (FPIG).

- i. Ser determinado como elegible para MassHealth o para un programa de asistencia para primas operado por Health Connector, incluido el programa de asistencia para primas y no haberse inscrito o haberse cancelado la cobertura debido a la falta de pago de las primas.
- ii. Acceso a la cobertura de seguro de salud que se considera asequible con la excepción del período de espera de los planes patrocinados por el empleador.

Health Safety Net - primario: los pacientes sin seguro primario con ingreso familiar (MAGI) verificado o ingreso computable familiar con dificultades médicas de 0 a 300 % de las pautas federales de ingresos de pobreza (FPIG) pueden determinarse como pacientes de bajos ingresos según las pautas de EOHS y ser elegibles para servicios reembolsables de Health Safety Net, sujetos a las estipulaciones a continuación.

- i. Los pacientes de bajos ingresos elegibles para la inscripción en el Premium Assistance Payment Program operado por Health Connector son elegibles por un período de 100 días a partir de la fecha de cobertura médica del paciente.
- ii. Los estudiantes sujetos a los requisitos del Programa de Salud Estudiantil no son elegibles para Health Safety Net - primario.

Health Safety Net - secundario. Los pacientes con otro seguro de salud primario, incluidos los estudiantes inscritos en un Plan de Salud Estudiantil calificado y el ingreso familiar MAGI verificado de MassHealth o el ingreso familiar por dificultades médicas de 0 a 300 % de las FPIG pueden calificar como paciente de bajos ingresos y ser elegibles para Health Safety Net - secundario, sujeto a las estipulaciones a continuación.

- i. Health Safety Net - secundario solo cubrirá servicios dentales para personas inscritas y no cubiertas por un programa de asistencia para primas operado por Health Connector a partir del día 101 desde la fecha de cobertura médica.
- ii. Health Safety Net - secundario solo cubrirá servicios dentales para adultos proporcionados por centros de salud comunitarios, centros de salud licenciados por hospitales o una clínica satélite para individuos inscritos en MassHealth Standard, CommonHealth, MassHealth CarePlus y Family Assistance, excluido MassHealth Family Assistance-Children.

Health Safety Net - parcial: un paciente de bajos ingresos elegible para Health Safety Net primario o Health Safety Net secundario con ingreso familiar MAGI verificado de MassHealth o ingreso computable familiar por dificultades médicas entre 150,1 % y 300 % de las FPIG puede ser elegible para Health Safety Net - parcial con un deducible familiar anual. El deducible anual solo se aplicará si el ingreso de todos los miembros del Costo de prima del grupo familiar (PBFG) es mayor al 105,01 % del nivel de pobreza federal (FPL). Si se determina que es elegible, la responsabilidad de la familia (deducible anual) es igual al

- i. 40 % de la diferencia entre el ingreso familiar MAGI más bajo de MassHealth o el ingreso computable familiar por dificultades médicas y el costo de la prima del grupo familiar (PBFG) del solicitante y el 200 % de las FPIG.
- ii. La prima de menor costo de Connector Care para el tamaño de la familia y el nivel de ingreso al comienzo del año calendario.

Si algún miembro del PBFG tiene un ingreso inferior al 200 % de las FPIG, no hay deducible para ningún miembro del PBFG. Los gastos sobre este monto deducible estarán exentos de la actividad de facturación y cobro.

El personal de cobranza de HealthAlliance - Clinton rastrea los gastos reembolsables autorizados hasta que el paciente haya cumplido con sus pagos deducibles. Si el paciente ha recibido servicios de más de un proveedor, es responsabilidad del paciente rastrear el monto del deducible y notificar a HealthAlliance - Clinton cuando se alcance el deducible. Los copagos no se aplicarán al deducible.

Health Safety Net - presunción de elegibilidad: a veces un paciente puede calificar para Health Safety Net y no puede completar una solicitud en su totalidad en la fecha del servicio. HealthAlliance - Clinton puede determinar que la persona es un paciente de bajos ingresos de acuerdo con las pautas de ingresos y del hogar de Health Safety Net, por un período limitado de tiempo. La determinación se basará en la información autoavalada proporcionada por el paciente en el formulario especificado por la oficina de

Health Safety Net. El período de elegibilidad comenzará en la fecha en que HealthAlliance - Clinton tome la determinación y continuará hasta el último día del mes siguiente o hasta que el individuo presente una solicitud completa y reciba una determinación de MassHealth o Health Connector.

- II. Proceso de solicitud:** el paciente debe completar y enviar, con la ayuda de un CAC, una solicitud a través del Mercado de Seguros Médicos en el sitio web de Health Connector del estado, una solicitud en papel proporcionada por MassHealth o por teléfono con un representante de servicio al cliente en MassHealth o en Connector. La agencia de MassHealth o Health Connector procesarán todas las solicitudes y notificarán a la persona su decisión de elegibilidad para MassHealth o la calificación para un Premium Assistance Payment Plan operado por Health Connector o el estado de paciente de bajos ingresos (Health Safety Net).

En circunstancias especiales, HealthAlliance - Clinton puede hacer la solicitud por el paciente utilizando un formulario específico designado por la oficina de Health Safety Net para las personas que buscan cobertura de asistencia financiera debido a encarcelamiento, condición de víctimas de abuso conyugal, fallecimiento, servicios confidenciales, tener un presunto estado de paciente de bajos ingresos o haber presentado una solicitud por dificultades médicas.

- III. Exclusiones de cobertura del estado (Nota: algunos de estos servicios están cubiertos a través de la cobertura adicional y atención con descuento de HealthAlliance - Clinton descritos en la sección VII).**

- i. Servicios no médicamente necesarios
- ii. Copagos de MassHealth, Connector Care y seguros privados
- iii. Reclamaciones denegadas por cualquier error administrativo o de facturación, servicios fuera de la red
- iv. Servicios prestados a un paciente con seguro médico privado que se consideran fuera de la red de proveedores de seguro médico

- IV. Verificación de ingresos:** los ingresos del hogar se pueden verificar a través de coincidencias electrónicas de datos o verificaciones en papel. MassHealth utiliza fuentes de datos federales y estatales para intentar correlacionar los ingresos indicados en la solicitud. Los ingresos se considerarán verificados si, a través de la correlación de datos del estado, son razonablemente compatibles con los ingresos establecidos. Si MassHealth no puede verificar los ingresos a través de una correlación de datos electrónica, se los debe verificar por una o más de las siguientes opciones:

Ingresos derivados del trabajo:

- i. Talones de pago recientes
- ii. Una declaración firmada del empleador
- iii. La declaración de impuestos de EE. UU. más reciente
- iv. Otra fuente de ingresos comparable

Ingresos no derivados del trabajo:

- i. Una copia de un cheque o talón de pago reciente de la fuente de ingresos
- ii. Una declaración de la fuente de ingresos cuando la correspondencia no está disponible
- iii. La declaración de impuestos federales más reciente
- iv. Otra fuente de ingresos comparable

V. Verificación de identidad: los solicitantes deben proporcionar prueba de su identidad con, entre otros, documentos que contengan una fotografía u otra información de identificación, como nombre, edad, sexo, raza, altura, peso, color de ojos y dirección. Los documentos aceptables son:

- i. Licencia de conducir emitida por un estado o territorio
- ii. Tarjeta de identificación emitida por una escuela, el ejército, un gobierno federal, estatal o local; una tarjeta de dependiente militar o de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE. UU.
- iii. Historial clínico, médico, hospitalario o escolar para niños menores de 19 años.
- iv. Dos documentos que brinden información coherente con la identidad del solicitante, como, entre otros, diploma de escuela secundaria y universidad, registros de matrimonio o divorcio, escrituras de propiedad, contratos de alquiler.
- v. Determinación de identidad de una agencia federal o estatal, si la agencia ha verificado la identidad.
- vi. Una declaración jurada firmada, bajo pena de perjurio, por otra persona que pueda testificar razonablemente la identidad de una persona, si no hay otra documentación disponible.

VI. Dificultades médicas: un residente de Massachusetts con cualquier nivel de ingresos computables puede solicitar Dificultades médicas si los costos médicos han reducido tanto los ingresos de la familia que no puede pagar los servicios elegibles. Los gastos médicos autorizados del solicitante deben exceder un porcentaje específico de los ingresos brutos del solicitante de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Porcentaje del ingreso bruto
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 Oficina de Health Safety Net proporcionará la solicitud y procesará las resoluciones de Dificultades médicas basadas en la documentación presentada por HealthAlliance - Clinton y el paciente. HealthAlliance - Clinton presentará la solicitud de Dificultades médicas dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de toda la documentación requerida provista por el paciente. La Oficina de Health Safety Net revisará y procesará una solicitud de Dificultades médicas si los gastos médicos autorizados del solicitante exceden el porcentaje de ingresos computables enumerados anteriormente. La Oficina de Health Safety Net no procesará una solicitud de Dificultades médicas de ninguna persona con ingresos inferiores al 405 %, a menos

que la persona presente primero una solicitud a la agencia de MassHealth y reciba una resolución. Se pueden presentar dos solicitudes de Dificultades médicas en un período de 12 meses.

- i. Gastos médicos autorizados: el total de las facturas médicas familiares por Dificultades médicas de cualquier proveedor de atención médica que, si se paga, calificaría como gastos médicos deducibles para fines del impuesto federal sobre la renta. Esto puede incluir facturas pagadas y no pagadas de las cuales el paciente aún es responsable y las generó hasta 12 meses antes de la fecha de solicitud. Esto no incluye facturas incurridas mientras que un solicitante es un paciente de bajos ingresos a menos que sea un paciente de bajos ingresos solo para servicios dentales en la fecha del servicio. Si un paciente no ha recibido una factura durante más de 9 meses a partir de la fecha de servicio, aún se puede permitir si la solicitud de Dificultades médicas se presenta dentro de los 90 días posteriores a la facturación inicial. Las facturas no pagadas incluidas en una resolución de Dificultades médicas no se incluirán en una solicitud posterior de Dificultades médicas. Esto no incluirá facturas por servicios en los que incurran los pacientes mientras estén inscritos en MassHealth o en un Premium Assistance Payment Program operado por Health Connector.
- ii. La Contribución del solicitante es el porcentaje especificado de ingreso computable que se enumera anteriormente. Hay una contribución de Dificultades médicas por familia por la resolución de Dificultades médicas.
- iii. Notificación de resolución: la Oficina de Health Safety Net notificará la resolución a los solicitantes. Esta incluirá lo siguiente:
 1. Las fechas para las cuales se pueden incluir los gastos médicos autorizados.
 2. El monto de la contribución de Dificultades médicas de los solicitantes.
 3. Los servicios que no califican como servicios elegibles.
 4. El aviso de denegación explicará el motivo de la denegación.
 5. El nombre y el número de una persona de contacto para obtener más información.
- iv. Notificación del proveedor: Health Safety Net notificará al proveedor lo siguiente:
 1. La resolución con facturas incluidas en los gastos médicos autorizados del solicitante.
 2. La contribución del solicitante a cada proveedor de Health Safety Net en función de los cargos brutos y las fechas de los servicios prestados a la familia del solicitante.
- v. HealthAlliance - Clinton presentará reclamaciones por servicios de Dificultades médicas que excedan la contribución por dificultades médicas del paciente.
- vi. HealthAlliance - Clinton facturará al solicitante las contribuciones por Dificultades médicas a menos que tengan un estado de paciente de bajos ingresos o sean elegibles para MassHealth.

- vii. HealthAlliance - Clinton cesará cualquier esfuerzo de cobro contra una reclamación de emergencia por deudas incobrables aprobada por Dificultades médicas bajo el programa Health Safety Net.
- viii. HealthAlliance - Clinton cesará los esfuerzos de cobro de las facturas que figuran en la resolución de Dificultades médicas y habrían sido elegibles para el pago de Dificultades médicas si por alguna razón la solicitud no se presentó dentro de los 5 días hábiles.

VII. Cobertura adicional y atención con descuento proporcionada por HealthAlliance - Clinton a pacientes del Programa de asistencia financiera de HealthAlliance - Clinton: es política de HealthAlliance - Clinton ofrecer atención con descuento a aquellos que califican para atención médicamente necesaria, de urgencia o de emergencia. El Programa de asistencia financiera se aplica a los pacientes independientemente de dónde residan. Para aquellos que han sido elegibles, no se les cobrará a los pacientes más que la cantidad generalmente facturada a un paciente que tiene cobertura de seguro.

- i. Elegibilidad: para ser elegible, el solicitante debe cumplir con los siguientes criterios:
 - Los ingresos del hogar deben ser menores o iguales al 600 % del ingreso conforme a las Pautas federales de pobreza.
 - Completar y firmar una solicitud de asistencia financiera.
 - Proporcionar verificación de ingresos para todos los miembros del hogar correspondientes.
 - Solicitar cualquier asistencia médica estatal o gubernamental para la que puedan ser elegibles.
 - Iniciar el proceso de solicitud **240 días** a partir de la fecha de la primera factura/estado de cuenta.
- ii. Verificación de ingresos: la verificación aceptable de ingresos es la siguiente:
 - 2 talones de pago más recientes.
 - Una copia de la declaración o cheque más reciente de pensión, seguridad social, desempleo u otros beneficios de ingresos.
 - Para los trabajadores por cuenta propia, los estados de resultados de los últimos 3 meses.
 - Una copia de las declaraciones de impuestos más recientes, siempre que no tengan más de 6 meses de antigüedad.
 - Una declaración de un empleador que indique el ingreso bruto semanal.
 - Para la pensión alimenticia/manutención de menores, una copia de un decreto judicial o un cheque de pagos recibidos.
 - Una declaración de apoyo firmada para un solicitante/miembro de la familia que no tiene ningún ingreso.
- iii. Período de elegibilidad: la elegibilidad para la asistencia financiera comenzará en la fecha en que se reciba la solicitud completa firmada en el Departamento de Patient Financial Counseling. La elegibilidad estará vigente por un año a partir de la fecha de aprobación. Una solicitud se considerará completa cuando se cumplan todos los criterios de elegibilidad.

El período de elegibilidad también cubrirá un período de 12 meses retroactivo desde la fecha de aprobación. El mismo período de elegibilidad se aplicará a todos los miembros elegibles de la familia del hogar que figuran en la solicitud.

La asistencia financiera finalizará si en algún momento los criterios de elegibilidad cambian y en la medida en que el solicitante ya no sea elegible. Esto puede consistir en cambios en los ingresos, el número de miembros de la familia del hogar o la elegibilidad de los programas de asistencia médica estatales o gubernamentales. En tales casos, el solicitante será notificado mediante una carta de cualquier terminación de la asistencia. Se indicará el motivo de la finalización.

- iv. Servicios elegibles: los descuentos de asistencia financiera aprobados para el Programa de asistencia financiera de HealthAlliance - Clinton solo se aplicarán a la atención de urgencia, de emergencia y medicamento necesaria. Esta incluirá, entre otros, servicios para pacientes hospitalizados, de observación y ambulatorios.
- v. Servicios no elegibles: los servicios no médicamente necesarios no serán elegibles para el descuento de asistencia financiera. Estos servicios incluyen, entre otros, cirugía estética, servicios de infertilidad, audífonos y servicios sociales y vocacionales. Los servicios no médicamente necesarios se facturarán en su totalidad.
- vi. Solicitud completa: una solicitud de asistencia financiera se considerará una "solicitud completa" cuando se cumplan los siguientes criterios:
 - La solicitud ha sido recibida en el Departamento de Patient Financial Counseling.
 - El paciente/garante o un representante autorizado ha firmado la solicitud.
 - Todas las preguntas sobre la solicitud han sido respondidas.
 - Se ha proporcionado una verificación de ingresos que es suficiente para llegar a una resolución respecto de la elegibilidad.

Una solicitud completa será evaluada por un Asesor Certificado de Solicitudes para determinar la elegibilidad. Todas las solicitudes serán revisadas por un Supervisor de Patient Financial Counseling para su aprobación final.

1. Los ingresos se calcularán y se adjuntarán claramente a la solicitud.
2. Se determinará el tamaño de la familia del solicitante.
3. Se completará un formulario de Uso exclusivo de la instalación y se adjuntará a la solicitud.
4. La solicitud se entregará al supervisor para su revisión y aprobación.
5. El supervisor revisará, firmará y devolverá la solicitud al defensor/asesor para el procesamiento final.
6. Si se han cumplido todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de aprobación al solicitante/garante que indicará el período de elegibilidad y el porcentaje de descuento.
7. Si no se cumplen todos los criterios de elegibilidad, se enviará una carta de denegación al solicitante/garante.
8. Las solicitudes que hayan sido aprobadas y procesadas se mantendrán en un archivo central en la Oficina central de negocios.

- vii. Solicitud incompleta: si la solicitud de Asistencia financiera no está completa, un Asesor certificado de solicitudes enviará una carta de seguimiento al paciente. Esta carta indicará la información que se necesita para procesar la solicitud. El solicitante/garante debe proporcionar la documentación requerida dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la carta de seguimiento. Si la información no se recibe dentro de este plazo, la solicitud se denegará. Se enviará al solicitante una carta con el motivo de la denegación. Se permitirá un período de gracia de 30 días a partir de la fecha de la denegación para que el solicitante/garante proporcione información adicional. Al final del período de gracia de 30 días, se debe completar una nueva solicitud.

- viii. Base para calcular: HealthAlliance - Clinton utilizará el método retrospectivo para determinar el porcentaje de la cantidad generalmente facturada a los pacientes según se aplica a esta Política de asistencia financiera. Se utiliza una combinación de los cargos y pagos del año anterior por productos comerciales y de seguros de Medicare para determinar la tasa de cobro neta efectiva observada por la organización. Actualmente, el monto que se cobra a los pacientes que se consideran elegibles para beneficiarse del programa de asistencia financiera es el 25 % de los cargos.

- ix. Los pacientes que califican para el Programa de asistencia financiera y que tienen cobertura de seguro tendrán sus obligaciones financieras (como copagos y deducibles) después de los pagos del seguro, limitados a no más del 25 % de sus cargos totales brutos.

- x. Cómo presentar una solicitud: el Departamento de Patient Financial Counseling será el punto de contacto para que los pacientes soliciten y obtengan, sin cargo, una copia impresa de la política, un resumen en lenguaje sencillo de la política y la solicitud. Los tres se pueden solicitar por teléfono, en persona o por correo electrónico como se indica a continuación:

Información de contacto de HealthAlliance Patient Financial Counseling:

- Teléfono: +1-978-466-2329
- Correo electrónico externo: financialcounsel@healthalliance.com
- Dirección: Patient Financial Counseling, 60 Hospital Road, Leominster, MA 01453
- Se puede acceder a la Política detallada de crédito, cobro y asistencia financiera, así como a un resumen en lenguaje sencillo y a la solicitud, utilizando el sitio web de UMass Memorial Health Care: <http://www.umassmemorialhealthcare.org/healthalliance-hospital>, bajo la sección Patient & Visitors (Pacientes y visitantes), seleccionando Financial Counseling (Asesoramiento financiero).

VIII. Proveedores no aplicables: HealthAlliance - Clinton no emplea a sus propios médicos. Cada médico u otro proveedor externo, si corresponde, factura sus propios servicios y sigue sus propios procedimientos de asistencia financiera y facturación y cobro. En consecuencia, los servicios proporcionados por los médicos u otros proveedores externos no están cubiertos por la Política de crédito, cobro y asistencia financiera de HealthAlliance - Clinton.

Según la declaración anterior, los servicios prestados por médicos u otros médicos en las áreas de especialidad que se identifican a continuación no están cubiertos por la Política de crédito, cobro y asistencia financiera de HealthAlliance - Clinton:

Anestesiología	Obstetricia y ginecología
Audiología	Medicina ocupacional
Cardiología	Ortopedia
Enfermedades cardiovasculares	Cuidados paliativos
Medicina de terapia intensiva	Patología (anatómica y clínica)
Equipo médico duradero de dermatología	Pediatría
Equipo médico duradero	Medicina física y rehabilitación
Otorrinolaringología	Medicina pulmonar
Medicina de emergencia	Radiología
Hematología/oncología	Medicina renal
Medicina interna	Medicina deportiva
Laboratorio (Quest)	Cirugía
Neurología	Sala de tratamiento - procedimientos menores

La Política de asistencia financiera solo cubre la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada dentro de la instalación del hospital por la misma instalación del hospital; es decir, la Política de asistencia financiera se aplica solo a (i) la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada por los empleados (por ejemplo, enfermeras) de la instalación del hospital, y (ii) otros costos incurridos directamente por una instalación del hospital con respecto a la provisión de dicha atención.

Procedimientos de facturación y cobro:

HealthAlliance - Clinton debe administrar procesos de facturación y cobro que sean eficientes y efectivos para asegurar los montos adeudados a HealthAlliance - Clinton a fin de cumplir con nuestras obligaciones financieras y continuar con nuestra misión de brindar una excelente atención médica a los pacientes y las comunidades que atendemos. Nos comprometemos a llevar a cabo nuestras prácticas de facturación y cobro de manera justa y respetuosa con nuestros pacientes y sus familias, como se describe a continuación.

- I. Facturación a terceros pagadores:** HealthAlliance - Clinton presentará reclamos por todos los servicios cubiertos al seguro de salud del paciente u otro pagador responsable si el paciente ha brindado dicha información de manera oportuna y precisa. Estas reclamaciones se enviarán lo antes posible después de la fecha de alta o de servicio. Los pacientes siguen siendo financieramente responsables de cualquier servicio no cubierto, copagos, montos de coseguro y deducibles según lo determine su seguro de salud. Los pacientes son responsables de comprender y cumplir con los requisitos de referencia, autorización y otros requisitos de cobertura de su compañía de seguro. Los pacientes también son responsables del pago de cualquier servicio denegado por su compañía de seguro en la medida permitida por el contrato y la reglamentación.

El Departamento de Contabilidad de proveedores de HealthAlliance - Clinton hará todos los esfuerzos razonables para saldar las cuentas con terceros pagadores, incluida la apelación de reclamaciones denegadas. Los informes y las listas de trabajo de las cuentas pendientes, incluidas las reclamaciones denegadas, serán generados de forma rutinaria, revisadas por el personal de Contabilidad de proveedores y Administración, y se seguirán con los pagadores. Si, a pesar de tales esfuerzos, HealthAlliance - Clinton no ha recibido el pago u otra resolución adecuada de un pagador no contratado dentro de un período de tiempo razonable, se puede contactar al garante para informarle que el seguro no ha resuelto la reclamación. Si la cuenta permanece sin pagar por un pagador no contratado, el garante puede estar sujeto al Proceso estándar de facturación y cobro de pago por cuenta propia en la medida permitida por la ley. HealthAlliance - Clinton hará el mismo esfuerzo para cobrar las cuentas por atención de emergencia de pacientes sin seguro así como para cobrar las cuentas de cualquier otro tipo de pacientes en virtud de los términos de esta política y la ley aplicable.

II. Proceso de facturación y cobro de pago por cuenta propia:

1. Los pacientes con responsabilidades de pago por cuenta propia recibirán una factura inicial donde se describan los servicios y los montos adeudados por los cuales son responsables.
2. Para cualquier responsabilidad de pago por cuenta propia que permanezca sin pagar después de la factura inicial, el paciente recibirá una serie de estados de cuenta mensuales durante al menos 3 meses o hasta que se cancele el saldo. El último estado de cuenta indicará que es un aviso final. Se enviará al paciente un aviso final por correo certificado para los saldos superiores a USD 1000 para atención de emergencia. El cuarto estado de cuenta indica que es un aviso final.
3. El personal de contabilidad del proveedor realizará una llamada telefónica a cualquier paciente con un saldo pendiente de pago por cuenta propia de USD 1000 o más durante el proceso normal de facturación y cobro de pago por cuenta propia.
4. HealthAlliance - Clinton enviará un aviso final por correo certificado para los saldos superiores a USD 1000 cuando los avisos no se hayan devuelto como "dirección incorrecta" o "no se puede entregar" para pacientes de atención de emergencia.
5. Se pueden enviar avisos o cartas adicionales a los pacientes deudores durante el proceso de facturación y cobro en un esfuerzo por cobrar los saldos pendientes.
6. El personal de contabilidad del proveedor investigará el correo devuelto o el correo no entregado para obtener direcciones válidas. Se utilizarán bases de datos e información de visitas previas.
7. Todos estos esfuerzos para cobrar saldos, así como cualquier consulta iniciada por el paciente, se documentarán en la cuenta del garante y estarán disponibles para la revisión de la Administración.

8. Si después de todas las acciones anteriores, y si los departamentos de contabilidad y liquidación financiera del proveedor han agotado todos los esfuerzos para determinar si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad para participar en el programa de asistencia financiera HealthAlliance - Clinton como se describe en las páginas 11 a 14 de este documento, se tomará cualquiera de las acciones anteriores.
9. Las cuentas que permanezcan sin cobrar después de 120 días y después de haber utilizado los esfuerzos de cobro descritos anteriormente se revisarán para cancelarlas como deudas incobrables, de la siguiente manera:

<u>Saldo</u>	<u>Nivel de revisión</u>
USD 0-USD 999	Cobrador
USD 1000-USD 10.000	Supervisor
USD10.001-USD 25.000	Administrador
USD 25.000 y más	Director

10. Agencias de cobro externas: HealthAlliance - Clinton puede transferir cuentas de deudas incobrables a agencias de cobro externas para su posterior cobro.
 - Todas las agencias de cobro que trabajan en nombre de HealthAlliance - Clinton se comprometerán por escrito a cumplir con las prácticas y estándares de cobro aprobados por HealthAlliance - Clinton.
 - HealthAlliance - Clinton puede, con la aprobación de la Junta de Fideicomisarios y un aviso por escrito de 30 días, informar a un servicio de calificación crediticia las deudas que permanecen sin pagar después de haber agotado todos los intentos razonables para identificar la cobertura de atención médica disponible, acceder a programas de descuento o establecer planes de pago como se describe en esta política. Bajo ninguna circunstancia se considerará a los pacientes que hayan cumplido con los criterios del Estado como pacientes de bajos ingresos para derivarlos a un servicio de calificación crediticia.
 - HealthAlliance - Clinton no venderá la deuda de un paciente a una agencia externa sin la aprobación de la Junta.
11. Las cuentas de Medicare que se consideran deudas incobrables se manejarán de acuerdo con el proceso de cobro y facturación de pago por cuenta propia como se especifica anteriormente. Las agencias de cobro externas continuarán los esfuerzos de cobro por un período de no menos de 60 días antes de devolver las cuentas a HealthAlliance - Clinton como incobrables.
12. HealthAlliance - Clinton presentará una reclamación por deuda incobrable de emergencia si un paciente no asegurado no ha sido aprobado para el estado de bajos ingresos y se han seguido todos los procedimientos indicados anteriormente y HA ha confirmado a través de REVS que el paciente no es elegible para el estado de bajos ingresos.

III. Servicio al cliente: HealthAlliance - Clinton emplea un grupo de representantes de Atención al cliente para atender las inquietudes y preguntas de los pacientes con respecto a sus facturas. El personal está disponible por teléfono y en persona de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

IV. Planes de pago: a los pacientes que expresen dificultades para cumplir con sus obligaciones financieras (después de que se hayan agotado todas las opciones de cobertura) se les ofrecerá un plan de pago presupuestado mensual sin intereses con un pago mensual mínimo de USD 25 y una duración de la siguiente manera:

<u>Saldo</u>	<u>Duración del plan de pago *</u>
≤ USD 1000	≤ 1 año
≥ USD 1000	≥ 2 años

*Planes de pago más largos pueden otorgarse con la aprobación de la administración fiscal.

Este plan de pago se ofrecerá a todos los pacientes, incluidos aquellos que se determinen que son pacientes de bajos ingresos o que califican para dificultades médicas de Health Safety Net.

Los pacientes que dejan de hacer pagos presupuestados mensualmente sin establecer un acuerdo alternativo estarán sujetos a los procesos normales de facturación y cobro de pago por cuenta propia, incluida la derivación a una agencia de cobro externa.

V. Intereses: HealthAlliance - Clinton no calculará intereses sobre los saldos de pago por cuenta propia durante el proceso de facturación normal o durante el curso de un plan de pago.

VI. Descuento por pronto pago: HealthAlliance - Clinton puede otorgar un descuento a pacientes de cualquier nivel de ingresos que paguen o garanticen con tarjeta de crédito su saldo de pago por cuenta propia antes o inmediatamente después de la prestación de los servicios. El descuento refleja el valor temporal del dinero, evitar los costos de facturación y cobro, y evitar el riesgo crediticio. El pago con descuento por envío inmediato debe recibirse a más tardar 30 días después de la fecha del primer estado de cuenta. El descuento estándar será del 20 % de la obligación neta del paciente. No se puede ofrecer un descuento mayor a menos que se base en circunstancias únicas y sea aprobado por el Director Principal de Sistemas de Ingresos.

VII. Requisitos de depósito: HealthAlliance - Clinton no requerirá depósitos previos a la admisión o tratamiento previo para pacientes que requieren servicios de emergencia o a los que se determine como pacientes de bajos ingresos. HealthAlliance - Clinton se reserva el derecho de solicitar depósitos por adelantado en los siguientes casos:

- Los pacientes que reciban servicios optativos cosméticos o no médicamente necesarios pueden estar obligados a pagar una cantidad equivalente al 100 % del cargo esperado antes del servicio.
- Los pacientes que no tengan cobertura de seguro verificable y no califiquen para Health Safety Net/estado de paciente de bajos ingresos pueden tener que pagar un depósito por adelantado si el servicio a realizar es de naturaleza optativa. El

incumplimiento del requisito de depósito puede dar lugar a la postergación o aplazamiento del servicio con la aprobación del médico tratante.

- Los pacientes que viajan desde países extranjeros a HealthAlliance - Clinton para recibir tratamiento pueden estar obligados a pagar la factura estimada completa por adelantado.
- Se puede solicitar a los pacientes de bajos ingresos parciales que paguen hasta el 20 % del monto deducible hasta USD 500.
- Se puede solicitar a los pacientes con dificultades médicas que paguen hasta el 20 % del monto deducible, hasta USD 1000.
- Se puede solicitar a los pacientes con atención con descuento que paguen hasta el 20 % del monto adeudado hasta USD 5000.
- A los pacientes asegurados con coseguro y responsabilidades deducibles se les puede exigir que paguen dichos montos o los aseguren con una tarjeta de crédito antes del servicio.

VIII. Gravámenes: como rutina de negocios, HealthAlliance - Clinton solo invocará gravámenes para garantizar el interés de HealthAlliance - Clinton en los acuerdos de terceros o como se requiera de otro modo para asegurar los intereses de HealthAlliance - Clinton durante los procedimientos legales. No se iniciarán gravámenes contra la residencia principal del paciente u otros bienes personales sin la aprobación previa por escrito de la Junta de Fideicomisarios de HealthAlliance - Clinton. Todas las aprobaciones de la Junta de Fideicomisarios se harán de forma individual.

IX. Bancarrota: los pacientes que se declaran en bancarrota tendrán todas las actividades de facturación y cobro interrumpidas al recibir un Aviso de bancarrota.

X. Accidentes en vehículos motorizados: HealthAlliance - Clinton presentará un reclamo a la Oficina de Health Safety Net (HSNO) para un paciente de bajos ingresos lesionado en un accidente en un vehículo motorizado solo después de investigar si el paciente, el conductor o el propietario del vehículo motorizado tenía una póliza de seguro para vehículos motorizados. HealthAlliance - Clinton hará esfuerzos razonables para obtener cualquier información de seguro de terceros del paciente y retendrá evidencia de tales esfuerzos, incluida la documentación de llamadas telefónicas y cartas al paciente. HealthAlliance - Clinton reembolsará a la Oficina de Health Safety Net cualquier pago recibido por un recurso de terceros que haya sido identificado y HealthAlliance - Clinton recibe el pago.

XI. Derechos y responsabilidades de los pacientes:

- a. HealthAlliance - Clinton informará a ciertos pacientes sobre sus derechos y responsabilidades en cada punto donde el paciente interactúa con el personal de registro como se indica a continuación:
 - i. Solicitud de MassHealth, el Premium Assistance Payment Program operado por Health Connector, un plan de salud calificado, dificultades y resolución de Health Safety Net.
 - ii. Un plan de pago, como se describe en nuestro proceso de cobro y facturación de pago por cuenta propia.

- b. HealthAlliance - Clinton informará a los pacientes que reciben servicios elegibles de Health Safety Net sobre su responsabilidad de:
- i. Proporcionar toda la documentación requerida.
 - ii. Informar a MassHealth o HealthAlliance - Clinton sobre cualquier cambio en el ingreso familiar o el estado de elegibilidad del seguro de responsabilidad de terceros (TPL).
 - iii. Rastrear el deducible familiar anual según lo determinado para pacientes con ingresos entre 150,1 % y 300 % de las Pautas federales de pobreza y proporcionar documentación a HealthAlliance - Clinton de que se ha alcanzado el deducible cuando se determina que más de un miembro de la familia es considerado paciente de bajos ingresos o si el paciente o miembro de la familia recibe servicios elegibles para bajos ingresos de más de un proveedor.
 - iv. Presentar un reclamo de TPL por accidente, lesión o pérdida y notificar al programa público del Estado (por ejemplo, la Oficina de Medicaid y Health Safety Net), dentro de los 10 días posteriores a la presentación de una demanda o reclamación del seguro que cubrirá el costo de los servicios proporcionados por el hospital. Además, se requiere que un paciente asigne el derecho a un pago de terceros que cubra los costos del servicio pagado por la Oficina de Medicaid o Health Safety Net y que reembolse a la división el dinero recibido por los servicios cubiertos de Health Safety Net relacionados específicamente al accidente u otra pérdida.
 - v. Pagar a la Oficina de Health Safety Net todo el dinero recibido de un tercero en relación con un accidente o incidente por servicio médico pagado por la Oficina de Health Safety Net.
 - vi. La Oficina de Health Safety Net recuperará directamente del paciente, solo cuando el paciente haya recibido el pago de un tercero por los servicios médicos pagados por la Oficina de Health Safety Net.
 - vii. La Oficina de Health Safety Net puede solicitar que el Departamento de Ingresos intercepte cualquier pago a un paciente por los servicios prestados en relación con una reclamación presentada y pagada por Health Safety Net por una deuda incobrable por emergencia.

XII. Exención de la acción de cobro y facturación de pago por cuenta propia:
HealthAlliance - Clinton no iniciará la actividad de cobro y facturación de pago propio en los siguientes casos:

1. Habiendo pruebas suficientes de que un paciente recibe Ayuda de Emergencia a los Ancianos, los Discapacitados y los Niños (EAEDC), o está inscrito en MassHealth, Health Safety Net, Children's Medical Security Plan cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 300 % del FPL, o designación de pacientes de bajos ingresos con la excepción de los pacientes de bajos ingresos solo para servicios dentales según lo determine la oficina de Medicaid con la excepción de los copagos y deducibles requeridos en virtud del Programa de asistencia.
2. El hospital ha colocado la cuenta en retención legal o administrativa o se han hecho arreglos de pago específicos con el paciente o garante.

3. Facturas por dificultades médicas que excedan la contribución por dificultades médicas.
4. Contribuciones por dificultades médicas que permanezcan pendientes durante el período de elegibilidad de MassHealth o paciente de bajos ingresos de un paciente.
5. Todos los pacientes de bajos ingresos aprobados para el período del cual se les ha determinado que son pacientes de bajos ingresos.
6. A menos que HealthAlliance - Clinton haya determinado su condición si el paciente ha presentado una solicitud para MassHealth.
7. Pacientes elegibles con Health Safety Net parcial, con la excepción de cualquier deducible requerido.
8. HealthAlliance - Clinton puede facturar a los pacientes elegibles de Health Safety Net y con dificultades médicas por servicios no médicamente necesarios proporcionados a solicitud del paciente y para los cuales el paciente ha prestado su consentimiento por escrito.
9. HealthAlliance - Clinton puede facturar a un paciente de bajos ingresos a su solicitud para permitir- que el paciente cumpla con el deducible único requerido de CommonHealth.