

Política de Crédito y Cobro

Sistema Hallmark Health

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. ENTREGA DE SERVICIOS DE HEALTHCARE.....	3
Principio General	3
A. Servicios de Emergencia y Urgencia	4
B. Servicios que no son de Emergencia, ni de Urgencia.....	4
C. Ubicaciones donde los Pacientes se Puedan Presentar Para los Servicios.....	4
III. RECOPIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE.....	4
A. Servicios de Emergencia y Urgencia	5
B. Servicios que no son de Emergencia, ni Urgencia.....	5
IV. DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE	5
A. Principios Generales	5
B. Preparación de Estimados.....	5
C. Pacientes Con Seguro.....	6
D. Pacientes Sin Seguro (Pago Propio).....	6
V. SERVICIOS DE ASESORAMIENTO DE CUENTAS Y FINANZAS DEL PACIENTE	7
A. Normalmente	7
B. Comunicación de los Servicios de Asesoramiento Financiero.....	7
C. Residencia.....	7
D. Asistencia Financiera del Hospital, Descuentos, Cuidado Caritativo.....	7
E. Consideraciones de Aplicación Especial	7
VI. PROGRAMAS ESTATALES - RESIDENTES DE MASSACHUSETTS	8
A. Proceso de Solicitud- Programas Estatales Exceptuando Dificultades Médicas.....	8
B. Proceso de Solicitud- HSN - Dificultades Médicas	8
C. Aprobación por cobertura Bajo Programas Estatales.....	8
D. Efecto de una Solicitud Pendiente de HSN/MassHealth.....	8
E. Apelación del Resultado	8
F. Consideraciones de Elegibilidad y Cobertura de Pacientes con Bajos Ingresos de HSN	9
VII. NO RESIDENTES DE MASSACHUSETTS.....	10
A. Residentes de EE. UU. Que no son Residentes de Massachusetts.....	10
B. Pacientes Internacionales.....	11
VIII. DISPOSICIONES DE PAGO	11

Política de Crédito y Cobro de Hallmark Health

A.	Normalmente	11
B.	Formas de Pago.....	11
C.	Moneda.....	11
D.	Planes de Pago.....	11
E.	Depósitos	12
IX.	FACTURACIÓN Y RECOLECCIONES DE PACIENTES	12
A.	Principios Generales	12
B.	Prácticas de Cobro del Hospital, incluyendo Declaraciones del Paciente, Cartas y Llamadas	12
C.	Notificaciones de Recargo	14
D.	Situaciones Especiales de Recolección.....	14
E.	Consideraciones Especiales Para el Procesamiento de Cuentas	14
X.	MALA COLOCACIÓN DE DEUDA.....	15
A.	Transferencia de Cuentas a Deudas Incobrables.....	15
B.	Agencias de Recolección	15
C.	Acciones Extraordinarias de Recolección (ECAs)	15
XI.	SALDOS Y REEMBOLSOS DE CRÉDITO.....	15
XII.	EVENTOS REPORTABLES SERIOS (SRE).....	15
XIII.	CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA).....	16
XIV.	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE	16
XV.	PUBLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CRÉDITO Y COLECCIÓN.....	16
XVI.	APROBACIÓN DE LA JUNTA.....	16

I. INTRODUCCIÓN

Esta Política de crédito y recaudación se aplica a Hallmark Health, popularmente referido como el "Hospital" a lo largo de esta Política. Hallmark Health se compone del Hospital Melrose-Wakefield, un hospital de servicio completo sin fines de lucro ubicado en 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176, y Lawrence Memorial Hospital, un hospital de servicio completo, ubicado en 170 Governors Avenue, Medford, MA. 02155. Hallmark Health es un cuidador de primera línea que provee cuidados médicos necesarios para todas las personas, independientemente de las posibilidades del pago. Hallmark Health ofrece este cuidado a todos los pacientes que vienen a nuestras instalaciones las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año.

Hallmark Health no discriminará por motivos de raza, color, nacionalidad, nacionalidad, nacionalidad, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad, abuso de sustancias, estado socioeconómico, falta de seguro o apariencia física en la prestación de sus servicios. Esto se aplica tanto al contenido como a la aplicación de las Políticas del Hospital relativas a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o tratamiento previo, planes de pago, servicios diferidos o admisiones, estado de los pacientes de bajos ingresos y las prácticas de facturación y cobro.

Esta Política de Crédito y Recaudación se preocupa por preservar los activos del Hospital y mantener una base financiera sólida para sus operaciones mientras que al mismo tiempo equilibra las necesidades de nuestra comunidad y los pacientes a quienes servimos. Esta Política establece las pautas generales del Hospital para la adquisición y verificación de la información, la clasificación de los pacientes en función de su capacidad de pago y la recaudación de pagos de terceras compañías de seguros, pacientes, sus garantes y otros financieramente responsables del pago de servicios de salud. La Política del Hospital es cumplir con los requisitos de las leyes estatales y federales aplicables en el desempeño de estas funciones y actualizar sus prácticas conforme se enmiendan dichas leyes de vez en cuando.

Se espera que los pacientes que tienen los medios paguen por los servicios proporcionados por Hallmark Health. Esta Política supone que los pacientes que tienen acceso a un seguro asequible solicitarán y mantendrán su cobertura. En caso de que los pacientes no puedan pagar, el Hospital les ayuda a obtener asistencia financiera de los programas gubernamentales y otras fuentes para los servicios médicamente necesarios cuando sea apropiado. Para permanecer viable mientras cumple con su misión, Hallmark Health debe cumplir con su responsabilidad fiduciaria para facturar y cobrar adecuadamente los servicios médicos proporcionados a los pacientes. Esta Política de Crédito y Recaudación fue desarrollada para asegurar el cumplimiento con las leyes aplicables, incluyendo, pero no limitado a: (1) la regulación de Elegibilidad del Health Safety Net del Estado (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 M.G.L. § 228; (3) los requisitos de deuda de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS") (42 C.F.R. § 413.89); Y (4) la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas.

La Junta de Síndicos designó al Oficial Principal de Finanzas del Hospital como responsable de asegurar que una copia electrónica actual de esta Política de Recaudación y Crédito esté archivada en la Oficina de la Health Safety Net junto con la documentación y los documentos de apoyo.

Esta Política se aplica a los servicios entregados y facturados por el Hospital en las ubicaciones establecidas en el Apéndice A - Locales de Hallmark Health, Entidades Participantes. Esta Política no se aplica a los servicios entregados y facturados por las entidades enumeradas en el Apéndice B - Lista de afiliados del proveedor de Hallmark Health, entidades no participantes, incluso en el caso en que dichos servicios puedan ser prestados en las ubicaciones del hospital que figuran en el Apéndice A.

II. ENTREGA DE SERVICIOS DE HEALTHCARE

A. Principio General

Todos los pacientes que se presenten para un tratamiento no programado serán evaluados de acuerdo con las clasificaciones incluidas en esta sección. Los Servicios de Emergencia o Urgencia (como se define en la Sección II (B) más adelante) no serán negados o retrasados basados en la habilidad del Hospital para identificar al paciente, su cobertura de su seguro o capacidad para pagar. Sin embargo, los servicios que no son de emergencia, ni urgencia (tal como se definen en la Sección II (C) más adelante) pueden ser pospuestos indefinidamente en aquellos casos en que el Hospital no pueda determinar una fuente de pago para los servicios basándose en la consulta con el clínico del paciente. La urgencia del tratamiento asociado con los síntomas clínicos de cada paciente será determinada por un profesional médico de acuerdo con los estándares clínicos locales, estatales y nacionales, y las Políticas y procedimientos del personal médico del Hospital. Es importante señalar que la clasificación de las condiciones médicas de los pacientes es sólo para fines de manejo clínico, y tales clasificaciones están destinadas a abordar el

orden en que el personal clínico del hospital debe ver a los pacientes sobre la base de sus síntomas clínicos. Estas clasificaciones no reflejan la evaluación de la condición médica del paciente como se refleja en el diagnóstico final.

B. Servicios de Emergencia y Urgencia

"Servicios de Emergencia" a los que se hace referencia en esta Política incluyen: servicios médicamente necesarios provistos después de la aparición de una condición médica, física o mental, manifestándose por síntomas de severidad suficiente, incluyendo dolor intenso, de manera que la ausencia de atención médica oportuna hace que de manera razonable una persona prudente que posea un conocimiento medio de la salud y de la medicina piense que pueda poner en peligro la salud de esta u otra persona, un deterioro grave de la función corporal o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, Como se define en el 42 U.S.C. § 1395dd (e) (1) (B). Un examen médico de detección y cualquier tratamiento de estabilización para una condición médica de emergencia, incluyendo, pero no limitado a la atención médica para pacientes hospitalizados o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por la Ley de Tratamiento y Trabajo Médico de Emergencia (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395 (dd)), Califica como Servicios de Emergencia.

"Servicios de Urgencia" a los que se hace referencia en esta Política incluyen: servicios médicamente necesarios provistos después de una enfermedad súbita, física o mental, manifestándose por síntomas agudos de severidad suficiente (incluyendo dolor severo) de manera que una persona prudente piense que la ausencia de atención médica en 24 horas podría dar como resultado poner en peligro la salud del paciente, deterioro de la función corporal o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios urgentes se proporcionan para las condiciones que no son peligrosas para la vida y no suponen un alto riesgo de daño grave a la salud de un individuo.

Requisitos del Nivel de EMTALA: De acuerdo con la Ley Federal de Tratamiento y Trabajo Médico de Emergencia (EMTALA), el Hospital está obligado a proporcionar un examen de detección médica a todas las personas que presentan al departamento de emergencias del Hospital solicitando atención médica, y a todas las personas que se presente en la propiedad del Hospital solicitando atención por una condición médica de emergencia a fin de determinar si tal individuo está, de hecho, experimentando una condición de emergencia. Si un médico u otro personal médico calificado en el Hospital determina que un paciente está experimentando una condición médica de emergencia, el Hospital está además obligado según EMTALA para proporcionar al individuo tratamiento estabilizador dentro de su capacidad y capacidades. Se proporciona al paciente la extensión de los servicios hospitalarios necesarios para proporcionar un examen médico de rastreo adecuado, así como el alcance del tratamiento requerido para estabilizar la condición médica de emergencia requerida por EMTALA, que puede incluir, pero no está limitada a la hospitalización Basándose en la evaluación hecha por el médico o personal médico calificado del hospital como se documenta en el expediente médico.

C. Servicios que no son de Emergencia, ni de Urgencia

"Servicios que no son de Emergencia, ni de Urgencia" a los que se hace referencia en esta Política normalmente incluyen servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de Servicios Urgentes o de Emergencia establecidos en la Sección II (B) de esta Política o servicios que un tratamiento (Por ejemplo, servicios sociales, educativos o vocacionales, cirugía estética, investigación y otros) (esta última categoría de servicios puede describirse en esta Política como servicios que no son médicamente necesarios). El paciente normalmente, pero no exclusivamente, programa estos servicios por adelantado. El Hospital puede negarse a proporcionar a un paciente servicios que no son de Emergencia, ni de Urgencia en aquellos casos en que el hospital no haya logrado determinar que se hará el pago por los servicios.

D. Ubicaciones donde Pacientes se Pueden Presentar Para los Servicios

Referencias en el Apéndice A.

III. RECOPIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Es obligación del paciente proporcionar información completa y oportuna de seguros y datos demográficos al Hospital y saber qué servicios están cubiertos por su Política de seguro. El Hospital hará esfuerzos diligentes para identificar de manera positiva a todos los pacientes y obtener, registrar y verificar información demográfica y financiera completa para cada paciente que solicita atención. La información que se obtiene incluye información demográfica (como nombre del paciente, dirección, número de teléfono, número de seguro social, sexo, fecha de nacimiento y otra información aplicable al paciente) e información

del seguro de salud (incluyendo nombre y dirección, número de Política, número de grupo, información de suscriptores e información sobre beneficios, como copagos, deducibles y coseguro) que es suficiente para asegurar el pago de los servicios. El requisito de que el Hospital obtenga información completa debe tener en cuenta la condición del paciente teniendo en cuenta las necesidades de la atención médica inmediata del paciente. Para los pacientes hospitalizados, la verificación puede ocurrir en cualquier momento durante la prestación de servicios, al momento de alta o durante el proceso de recolección. Para los pacientes ambulatorios, la verificación puede ocurrir en el momento en que el paciente recibe servicios que no son de emergencia, ni urgencia o durante el proceso de recolección.

A. Servicios de Emergencia y de Urgencia

El registro e ingreso de pacientes de emergencia o urgencia se realizará de acuerdo con los requisitos de EMTALA. Normalmente, la información demográfica y de seguro del paciente puede ser recolectada de acuerdo con el proceso de registro normal del Hospital, siempre y cuando dicha recolección no demore la provisión del examen de detección médica y/o cualquier tratamiento estabilizador. Cuando un paciente no puede proporcionar información demográfica o de seguro en el momento del servicio y el paciente consiente, se debe hacer todo lo posible para entrevistar a familiares o amigos que pueden acompañar o de otra manera ser identificados por el paciente. Donde sea práctico, la información del seguro proporcionada por el paciente debe ser confirmada con el pagador vía medios electrónicos u otros métodos disponibles. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia el personal del hospital verificará el estado del seguro del paciente, obtendrá la aprobación previa de pagadores terceros o dará los formularios de responsabilidad financiera del paciente antes del examen de detección médica y el inicio de cualquier tratamiento estabilizador.

B. Servicios que no son de Emergencia, ni de Urgencia

El registro e ingreso de pacientes que no son de emergencia, ni de urgencia deben realizarse antes de que se presten los servicios. Los pacientes retornados o establecidos también tendrán la información demográfica, de seguros y financiera revisada y actualizada según sea necesario, incluyendo, cuando sea aplicable, la verificación de su estado de seguro vía electrónica u otros métodos disponibles. Los pacientes tienen la responsabilidad de actualizar la información demográfica y de seguros con su Registro.

IV. DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

A. Principios Generales

El Hospital hará diligentes esfuerzos para determinar la responsabilidad financiera del paciente tan pronto como sea posible durante el curso de atención del paciente; Siempre que se lleven a cabo los exámenes de detección y el inicio de cualquier tratamiento estabilizador compatible con EMTALA para los pacientes de emergencia o urgencia antes de las actividades para determinar la responsabilidad financiera del paciente. Los pacientes que son miembros de planes de salud de atención médica administrada o planes de seguro con requisitos de acceso específicos son responsables de comprender y cumplir con todos sus requisitos del plan de seguro, incluyendo referencias, autorizaciones, beneficios no cubiertos y otras restricciones de la "red". El Hospital solicitará cualquier pre-aprobación, autorización, o garantías de pago de la aseguradora siempre que sea posible. Bajo algunas circunstancias, incluyendo Emergencias o Servicios Urgentes, estas referencias y autorizaciones pueden tener lugar después de la entrega del servicio. Todos los pacientes que incurran en un balance por los servicios serán informados de la disponibilidad de asistencia financiera para ayudarles a cumplir con su responsabilidad financiera con Hallmark Health.

B. Preparación de Estimados

A solicitud del paciente antes de la entrega de un servicio que no es de emergencia, ni urgencia, el hospital proporcionará una estimación de la cantidad o cargo permitido por el servicio, incluyendo el monto de los honorarios de la instalación. La información de la estimación se recopila y luego se calcula normalmente por el Hospital usando el promedio histórico de las cantidades o cargos permitidos basados en el servicio médico o quirúrgico proyectado y, si corresponde, la duración estimada de la estadia. A la mejor de la capacidad del Hospital, las estimaciones tendrán en cuenta la responsabilidad del paciente, incluyendo copagos, deducibles y coseguro. Las estimaciones no toman en cuenta todos los servicios entregados y facturados por las organizaciones enumeradas en el Apéndice B. Los saldos finales pueden diferir de la estimación proporcionada al paciente debido a circunstancias atenuantes que pueden requerir procedimientos, exámenes y/o evaluaciones más complejas. Las estimaciones requieren la participación del paciente y del clínico tratante para identificar razonablemente el tratamiento futuro esperado y la atención clínica. Una vez identificados los servicios clínicos necesarios para fundamentar la estimación,

el Hospital tiene dos (2) días hábiles a partir de la fecha de la solicitud para finalizar la estimación y responder al paciente. La estimación final se proporciona al paciente junto con las opciones de pago.

C. Pacientes Sin Seguro

El Hospital hará diligentes esfuerzos para verificar el estado del seguro del paciente y ayudarlo a cumplir con los requisitos de su plan de seguro. Los pacientes son responsables de obtener referencias de otros proveedores, cuando sea necesario. La verificación del seguro ocurrirá de acuerdo con los principios previamente esbozados en la Sección III, anterior. Siempre que sea posible, esta verificación incluirá una determinación de la responsabilidad financiera esperada del paciente, incluyendo copagos, deducibles y coaseguros aplicables. Cuando sea factible y clínicamente apropiado, el pago de cualquier cantidad predeterminada (copagos, deducibles fijos) asociada con un servicio que no sea de emergencia, ni de urgencia será asegurado por el paciente antes o durante la fecha del servicio. Cuando sea factible y clínicamente apropiado, el Hospital puede cobrar copagos después de un examen médico de un paciente de emergencia o urgencia. En algunos casos, el plan de seguro del paciente y el tipo de cobertura pueden no permitir una determinación exacta de la responsabilidad financiera del paciente antes de que los servicios sean prestados. En esos casos, el Hospital puede solicitar un depósito igual a su mejor estimación de la responsabilidad financiera esperada del paciente. Los pacientes que no puedan proporcionar el pago por adelantado de la recepción de cualquier servicio que no es de emergencia, ni urgencia o después de recibir un servicio de emergencia o urgencia se pueden referir a los asesores financieros.

- 1) Planes de Seguro Contratados: El Hospital se contrata con una serie de planes de seguro. En esos casos, el Hospital solicitará el pago del plan de seguro para todos los servicios cubiertos. Para ayudar a los pacientes a establecer sus costos de bolsillo, el Hospital, a petición del paciente, proporcionará información suficiente sobre el servicio que no es de emergencia, ni urgencia propuesto. Si un determinado servicio es determinado por el asegurador como no cubierto o de otra manera rechazado para el pago, entonces el pago para ese servicio será buscado directamente del paciente de acuerdo con el contrato de seguro relevante. Siempre que sea posible, el Hospital ayudará al paciente en la apelación de denegaciones u otros juicios adversos con su plan de seguro reconociendo que el plan de seguro a menudo requiere que estas apelaciones sean hechas por el paciente.
- 2) Planes de seguro no contratados: El Hospital extenderá la cortesía de facturación a la compañía de seguros de un paciente en aquellos casos en que el Hospital no tenga un contrato con una aseguradora. Mientras que el hospital facturará al plan de seguro del paciente, la responsabilidad financiera definitiva recae en el paciente o el garante (el responsable de las obligaciones financieras personales del paciente). El hecho de que la aseguradora no responda puntualmente a la factura del hospital puede dar como resultado que el paciente sea facturado directamente por los servicios, excepto en aquellos casos en que el paciente esté protegido de las acciones de cobro (Sección IX (B) (6)). Los saldos restantes después de cualquier pago de seguro serán facturados al paciente. Siempre que sea posible, el Hospital ayudará al paciente en la apelación de denegaciones u otros juicios adversos con su plan de seguro reconociendo que el plan de seguro a menudo requiere que estas apelaciones sean hechas por el paciente.

D. Pacientes Sin Seguro (Pago Propio)

Los pacientes que no tienen seguro de salud y no han sido previamente calificados como "Pacientes de Bajos Ingresos" bajo el Health Safety Net de Massachusetts (HSN) como se describe más adelante en la Sección VI (F). En su totalidad en los casos en que se disponga de una estimación de las tasas. Cuando no se dispone de una estimación, se obtendrá un depósito predeterminado antes de recibir cualquier servicio que no es de emergencia, ni urgencia en el hospital. Si el paciente no proporciona el prepago o indica una incapacidad para pagar el depósito, entonces el paciente puede ser referido a asesores financieros.

Los pacientes no asegurados serán referidos a los Asesores Financieros para determinar su elegibilidad para los programas estatales y federales disponibles, y si es elegible, los Asesores Financieros ayudarán a dicho paciente a solicitar dichos programas. Esto incluye a los residentes de Massachusetts que solicitan a través del Commonwealth of Massachusetts Health Connector. Además de la disponibilidad potencial de cualquier programa gubernamental, a todos los pacientes no asegurados se les proporcionará información sobre los posibles programas de asistencia financiera disponibles bajo la Política de asistencia financiera de Hallmark Health (disponible en

<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>, llamando para programar una cita con los Consejeros Financieros del Hospital al 781-338-7111,). Si no hay necesidad inmediata de proporcionar los servicios según lo determinado por el clínico tratante, el servicio que no es de emergencia, ni urgencia puede ser pospuesto indefinidamente hasta que el paciente pueda pagar, hacer arreglos financieros adecuados, obtener un seguro o convertirse en Inscrito en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.

V. SERVICIOS DE ASESORAMIENTO DE CUENTAS Y FINANZAS DEL PACIENTE

A. Normalmente

El Hospital hará esfuerzos diligentes para identificar a los pacientes que pueden estar sin seguro o con seguro insuficiente a fin de proporcionar asesoramiento y asistencia. El Hospital proveerá asesoría financiera a estos pacientes y sus familias, incluyendo la selección de elegibilidad para otras fuentes de cobertura, tales como programas federales o del gobierno estatal, y proporcionando información sobre todos los métodos aceptables de pago de la factura del Hospital. Si se requiere asistencia financiera adicional, el departamento de Cuentas de Pacientes puede extender descuentos u otros ajustes a los pacientes si califican bajo la Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health. El paciente tiene una serie de responsabilidades con el fin de calificar para la asistencia, incluida la obligación de presentar toda la documentación necesaria y precisa. Donde los pacientes pueden calificar para programas federales, incluyendo Medicare, el Hospital aconsejará al paciente de posibles programas y asistirá con la aplicación y documentación cuando sea apropiado.

B. Comunicación de los Servicios de Asesoramiento Financiero

El Hospital difunde ampliamente información sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera, incluyendo dónde ir para recibir ayuda. Por favor refiérase a la Política de Asistencia Financiera de Hallmark para más detalles (disponible en <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

C. Residencia

La residencia es un determinante de la elegibilidad de asistencia financiera disponible bajo los programas de asistencia financiera estatal, federal y hospitalaria. Por favor haga referencia a la Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health para obtener detalles adicionales (disponible en <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

D. Asistencia Financiera del Hospital, Descuentos, Cuidado Caritativo

Se alienta a los pacientes a aplicar primero para programas estatales y / o federales. Si el paciente no es elegible para estos programas, puede haber asistencia financiera bajo la Política de asistencia financiera de Hallmark Health.

E. Consideraciones de Aplicación Especial

- 1) Solicitudes confidenciales: Las solicitudes confidenciales para programas de asistencia financiera estatales u hospitalarios pueden presentarse bajo dos circunstancias:
 - a. Menores: pueden presentarse solicitudes confidenciales de cobertura para los menores que se presentan para servicios de planificación familiar y servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual. Estas solicitudes pueden ser procesadas bajo los ingresos del menor sin tener en cuenta el ingreso familiar. Estos pacientes deben ser referidos a Asesores Financieros.
 - b. Personas abusadas: estas personas también pueden solicitar cobertura sobre la base de sus ingresos individuales y no están obligadas a reportar su dirección principal. Estos pacientes deben ser referidos a Asesores Financieros.
- 2) Personas indocumentadas: Los pacientes pueden estar preocupados por las implicaciones de inmigración de solicitar el estatus de Paciente de Bajos Ingresos bajo los programas estatales disponibles descritos en la Sección VI a continuación. Se alientará a los pacientes con medios limitados a pagar para solicitar programas estatales u otros programas patrocinados por el gobierno. Los pacientes que se nieguen a solicitar asistencia continuarán siendo tratados como No Asegurados y los Servicios Urgentes y de Emergencia seguirán siendo proporcionados. Los servicios que no son de emergencia, ni urgencia pueden ser pospuestos de forma

Indefinida hasta el momento en que el paciente pueda pagar, hacer arreglos financieros adecuados, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.

VI. PROGRAMAS ESTATALES - RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

Además de seguir los procedimientos generales para los pacientes asegurados (Sección IV (C)) y no asegurados (Sección IV (D)), el Hospital estimulará a los pacientes potencialmente elegibles para recibir cobertura de los Programas Estatales u otros programas gubernamentales para solicitar cobertura y puede ayudar al paciente a solicitar beneficios. Los pacientes también pueden solicitar y ser aprobados para cobertura por el HSN para coseguro o deducibles no cubiertos por su plan de seguro principal; Los copagos están excluidos de esta cobertura. Los programas estatales que se pueden aprobar para incluir a un paciente, pero no se limitan a, MassHealth, HSN, y otros programas a través del Health Connector (colectivamente, los "Programas Estatales").

A. Proceso de Solicitud- Programas Estatales Exceptuando Dificultades Médicas

El Hospital ayuda al paciente a completar la solicitud de Programas Estatales, asegurar y presentar la documentación necesaria requerida por el Programa Estatal aplicable. Las personas solicitan cobertura a través de la aplicación apropiada que se presenta a través del sistema de inscripción del Estado. El individuo puede presentar una solicitud a través de un sitio web en línea, que está ubicado en el sitio web del Health Connector del Estado, una aplicación de papel o por teléfono con un representante de servicio al cliente ubicado en MassHealth o Health Connector. La documentación necesaria puede incluir, pero no se limita a prueba de: (1) ingresos anuales del hogar (talones de cheques de pago, registro de pagos de seguridad social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados bancarios), (2) ciudadanía e identidad, (3) estatus migratorio para no ciudadanos (si es aplicable), y (4) bienes de aquellas personas mayores de 65 años. El Estado notificará al paciente cualquier documentación que deba presentarse para su verificación final. El paciente puede recibir cobertura provisional si se cumplen las pautas del programa de solicitud.

B. Proceso de Solicitud- HSN - Dificultades Médicas

El Hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como HSN-Medical Hardship sería apropiado. Si es así, el Hospital ayudará al paciente a completar y presentar una solicitud de Atención Médica a la Red de Seguridad Sanitaria. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria solicitada por el Hospital en un plazo apropiado para asegurar que el Hospital pueda presentar una solicitud completa. Una vez que el paciente complete la solicitud y reúna toda la documentación requerida, el Hospital deberá presentar la solicitud completada a la HSN dentro de los cinco (5) días hábiles de haberla recibido del paciente. Si el Hospital no presenta la solicitud completada por el paciente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recepción por parte del paciente, las acciones de cobro no pueden ser tomadas contra el paciente con respecto a las facturas que hubieran sido elegibles por Dificultades Médicas si la solicitud había sido presentada oportunamente al Estado.

C. Aprobación por cobertura Bajo Programas Estatales

El Hospital puede ayudar a los pacientes a solicitar la cobertura bajo los Programas estatales disponibles, pero no tiene ningún papel en la determinación de la elegibilidad del programa hecha por MassHealth o HSN. MassHealth o el HSN emitirá todos los avisos de elegibilidad. Todavía es responsabilidad del paciente informar al hospital de todas las decisiones de cobertura tomadas para asegurar la adjudicación exacta y oportuna de todas las facturas del hospital.

D. Efecto de una Solicitud Pendiente de HSN/MassHealth

Los pacientes para los cuales el Hospital ha presentado una solicitud de Massachusetts Health Connector que cubra MassHealth y la elegibilidad del programa HSN tendrán facturas hasta que se haga dicha determinación.

E. Apelación del Resultado

- 1) MassHealth: El paciente puede tomar un papel directo en atraer o buscar información de MassHealth relacionada con su decisión de cobertura. La solicitud debe enviarse a MassHealth con la documentación de apoyo.

- 2) Paciente de Bajos Ingresos: Un individuo puede solicitar que MassHealth/el Connector lleve a cabo una revisión de la determinación de la condición de Paciente de Bajos Ingresos, el cumplimiento del Hospital de las disposiciones de 101 C.M.R. § 613.00, o, en circunstancias excepcionales, la elegibilidad de Dificultades Médicas.

F. Consideraciones de Elegibilidad y Cobertura de Pacientes con Bajos Ingresos de HSN

1) Determinación del Paciente de Bajos Ingresos

La determinación del paciente de bajos ingresos es hecha por el sistema de elegibilidad de MassHealth / Massachusetts Health Connector y está limitada a los residentes de Massachusetts. Un paciente debe presentar una solicitud en línea o en papel como se describe más detalladamente en la Sección VI (A) o en la Sección VI (B) anterior, para calificar incluyendo la documentación requerida para establecer la residencia, identidad e ingresos de Massachusetts. Existen cuatro categorías principales de cobertura de pacientes de bajos ingresos bajo el HSN: (i) HSN-Primaria (Sección VI (F) (4)); (ii) HSN-Secundaria (Sección VI (F) (5) a continuación); (iii) HSN-Parcial (Sección VI (F) (6) a continuación); Y (iv) HSN-Dificultades Médicas (Sección VI (F) (7)).

- a. El Hospital también puede ayudar a los pacientes a inscribirse en el Health Safety Net usando un proceso de determinación presuntiva, el cual provee un período limitado de elegibilidad. Este proceso lo realizan los Asesores Financieros que, basándose en la auto-certificación de la información financiera del paciente, considerarán que el paciente cumple con la definición del Paciente de Bajos Ingresos para la cobertura de los servicios de Health Safety Net solamente. La cobertura comenzará en la fecha en que el Hospital haga la determinación hasta el final del siguiente mes en que se haga la determinación presunta. Sin embargo, la cobertura puede ser modificada más pronto si el paciente presenta una solicitud completa para los Programas Estatales como se describe más adelante en la Sección VI (A) o en la Sección VI (B) anterior.

2) Elegibilidad para HSN

El estado de elegibilidad de un paciente para la cobertura bajo el HSN se verificará en el momento del registro usando el sistema del Sistema de Verificación de Elegibilidad de MassHealth (EVS), sistemas de información de gestión de Medicaid de Massachusetts (MMIS), pasaporte u otros sistemas de elegibilidad de hospital, según corresponda. El estado del paciente se anotará en el registro.

3) Limitaciones del servicio

En la medida de lo posible, los pacientes identificados como Pacientes de Bajos Ingresos recibirán servicios consistentes con las pautas de cobertura de HSN o MassHealth incluyendo las limitaciones de "Servicio Elegible" bajo las regulaciones estatales y el formulario de medicamentos aplicable. Un paciente que quiera recibir un servicio reembolsable que no es de emergencia ni de urgencia será informado por escrito el costo máximo de ese servicio y deberá firmar un reconocimiento de que acepta responsabilidad financiera antes de la entrega del servicio.

4) Cobertura - HSN - Primaria

Un Paciente de Bajos Ingresos que no tiene seguro y documenta MassHealth MAGI, los ingresos familiares o las dificultades médicas, los ingresos contables familiares (como se describe en 101 CMR § 613.04 (1)), entre 0-300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden ser elegibles para HSN - Primario sujeto a las siguientes excepciones:

- a. Pacientes de Bajos Ingresos elegibles para el Programa de Pago de Asistencia Premium operado por el Conector de Salud son elegibles para la Health Safety Net - Primaria sólo en la medida permitida bajo 101 C.M.R. § 613.04 (5) (b).
- b. Estudiantes sujetos al requisito del plan de salud para estudiantes calificados de M.G.L. do. 15A, § 18 no son elegibles para la Red de Seguridad Sanitaria - Cobertura primaria.

5) Cobertura - HSN - Secundaria

Un Paciente de Bajos Ingresos puede ser elegible para HSN - Secundaria si tiene un seguro primario y documenta MassHealth MAGI, los ingresos familiares o las dificultades médicas, los ingresos contables familiares (como se describe en 101 CMR § 613.04 (1)), 0-300% del FPL, con las siguientes excepciones:

Política de Crédito y Cobro de Hallmark Health

- a. Los Pacientes de Bajos Ingresos elegibles para el Programa de Pago de Asistencia Premium operado por el Health Connector son elegibles para la Health Safety Net - Secundaria solo en la medida permitida bajo 101 C.M.R. § 613.04 (4) (a) (2) (a).
 - b. Estudiantes sujetos al requisito del plan de salud para estudiantes calificados de M.G.L. do. 15A, § 18 no son elegibles para la Red de Seguridad Sanitaria - Cobertura secundaria.
- 6) Cobertura - HSN - Deducibles Parciales
Los ingresos de la familia entre el 150,1% y el 300% de la FPL pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo Familiar Premium de Facturación (PBFG, por sus siglas en inglés) Tienen un ingreso que está por encima del 150,1% de la FPL. Un PBFG es un grupo de personas que viven juntos como se define adicionalmente en 130 C.M.R. § 501.001. Si cualquier miembro del PBFG tiene un ingreso que está por debajo del 150.1% del FPL, no hay deducible para ningún miembro del PBFG. El deducible anual se calcula de acuerdo con 101 C.M.R. § 613.04 (4) (c) (1).
- 7) Cobertura - HSN - Dificultades Médicas
Un residente de Massachusetts de cualquier nivel de ingresos puede calificar para Dificultades Médicas a través de Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han agotado su ingreso contable que él o ella no puede pagar por los servicios de salud. Para calificar para las Dificultades Médicas, los gastos médicos permitidos del aspirante deben exceder un porcentaje especificado del Ingreso Contable del solicitante definido en 101 C.M.R. § 613.05 (1) (c). La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado del Ingreso Contable como se define en 101 C.M.R. § 613.05 (1) (b) basado en el FPL de la Familia de Dificultades Médicas multiplicado por el Ingreso Contable real menos las facturas no elegibles para la Política de Seguridad de la Salud, por lo cual el solicitante seguirá siendo responsable.
- 8) Responsabilidad Financiera de Pacientes con Bajos ingresos/HSN parcial/Dificultades Médicas:
- a. La responsabilidad financiera de un Paciente de Bajos Ingresos se limita a copagos (de cualquier pagador excepto Medicare), deducibles determinados por HSN (como se discutió en la Sección VI (F) (6)), o el paciente ha aceptado facturar La CommonHealth Spend Down.
 - b. Depósitos para Pacientes de Bajos Ingresos designados como HSN Parcial (como se discutió en la Sección VI (F) (6)) o Dificultades Médicas (como se discutió en la Sección VI (F) (7)): Se solicitarán depósitos a estos pacientes siempre y cuando sea la cobertura primaria para los saldos abiertos para todos los servicios médicos que no son de emergencia ni urgencia. Se revisará el estado actual del deducible familiar anual del paciente con HSN parcial y se podrá recolectar un depósito de hasta el 20% del deducible anual del paciente hasta un máximo de \$500 del paciente. El Hospital también puede solicitar un depósito de hasta el 20% de la contribución médica del paciente, hasta un máximo de \$1,000.
 - c. Planes de pago: Los pacientes de bajos ingresos serán notificados de la disponibilidad de planes de pago para satisfacer todos los saldos abiertos según los términos especificados en la Sección VIII- Arreglos de Pago.
 - d. Servicios No Médicamente Necesarios: Los Pacientes de Bajos Ingresos deberán pagar por adelantado cualquier Servicio No Médicamente Necesario como se describe en la Sección II (C), siempre y cuando se informe al paciente del costo máximo de estos servicios por adelantado y se señale un reconocimiento de que los servicios no están cubiertos por HSN o cualquier otro programa de asistencia de Massachusetts. Los servicios se pospondrán indefinidamente hasta que se efectúe el pago de conformidad con la Sección VIII (E).

VII. NO RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

A. Residentes de EE. UU. que no son Residentes de Massachusetts

Además de seguir los procedimientos establecidos para los pacientes asegurados (Sección IV (C)) y no asegurados (Sección IV (D)), el Hospital alentarán a los pacientes americanos no residentes en Massachusetts que sean potencialmente elegibles para cobertura bajo el Medicaid de su estado u otros programas gubernamentales

Política de Crédito y Cobro de Hallmark Health

(Los Programas Estatales de Residente de los Estados Unidos que no sean de Massachusetts) para solicitar cobertura.

- 1) El Hospital puede ayudar a residentes de los Estados Unidos no residentes en Massachusetts que solicitan programas estatales proporcionando al paciente información sobre los programas aplicables. Las personas solicitan cobertura a través de la aplicación apropiada que se envía a través del sistema de inscripción del estado residente de no residentes en Massachusetts. La documentación necesaria puede incluir, pero no se limita a, prueba de: (1) ingresos anuales del hogar (talones de cheques de pago, registro de pagos de seguridad social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados bancarios), (2) ciudadanía e identidad, (3) estatus migratorio para no ciudadanos (si es aplicable), y (4) bienes de aquellas personas mayores de 65 años. El estado aplicable notificará al paciente de cualquier documentación que deba presentarse para su verificación final.
- 2) El Hospital no tiene ningún rol en la determinación de la elegibilidad del programa realizado por los Programas Estatales Residentes de los Estados Unidos que no sean de Massachusetts. Esos programas publicarán todos los avisos de elegibilidad, no el Hospital. Todavía es responsabilidad del paciente informar al hospital de todas las decisiones de cobertura tomadas para asegurar la adjudicación exacta y oportuna de todas las facturas del hospital.
- 3) El paciente puede desempeñar un papel directo en la apelación o en la búsqueda de información del Programa Estatal Residente de los Estados Unidos que no sea Massachusetts relacionado con la decisión de cobertura.

B. Pacientes Internacionales

Además de seguir los procedimientos establecidos para los pacientes asegurados (Sección IV (C)) y no asegurados (Sección IV (D)), el Hospital hará todo esfuerzo razonable para reunir información local y de domicilio permanente para residentes de países extranjeros y tomar lo que sea apropiado, se necesitan acciones adicionales para garantizar el pago anticipado de todos los servicios que no son de emergencia ni urgencia.

VIII. DISPOSICIONES DE PAGO

A. Normalmente

Los pagos se pueden hacer en una variedad de ajustes en el hospital. Pueden estar disponibles diferentes formas de pago, incluidos depósitos (anticipos) y planes de pago. El paciente o el garante pueden hacer estos arreglos con el Servicio de Atención al Cliente de Hallmark Health Patient Accounts. Todos los arreglos de pago se ajustarán a criterios predeterminados y se registrarán apropiadamente en los sistemas de facturación y registro del Hospital.

B. Formas de Pago

Los pagos pueden realizarse mediante cheques personales, cheques certificados/bancarios, transferencia bancaria, tarjetas de crédito/débito o dinero en efectivo. El Hospital mantendrá un proceso para rastrear los "malos" cheques e invertir cualquier pago que pueda haber sido aplicado a la cuenta del paciente. La presentación de un cheque "malo" puede ser motivo para transferir la cuenta a deudas incobrables.

C. Moneda

A menos que se acuerde lo contrario, el pago se hará en moneda estadounidense. El pago realizado en moneda extranjera se aplicará al tipo de conversión especificado por el banco del Hospital, incluidas las comisiones de conversión.

D. Planes de Pago

El Hospital mantiene una Política de Asistencia Financiera separada que trata los planes de pago. Todos los Pacientes de Bajos Ingresos o Pacientes Médicos serán notificados de que el Hospital ofrece un plan de pago. La Política de Asistencia Financiera está disponible para los miembros del público en el sitio web del Hospital en <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

E. Depósitos

Hallmark Health se reserva el derecho de solicitar el pago anticipado en su totalidad para los pacientes que reciben servicios que no son de urgencia ni emergencia. Si no se dispone de un precio estimado, se requerirá que los pacientes proporcionen un depósito (anticipo hacia el saldo esperado futuro). Si no se paga por adelantado el recibo de cualquier servicio que no sea de emergencia o urgencia, o el incumplimiento del requisito de depósito, se producirá un aplazamiento indefinido de los servicios proporcionados por el clínico que determina que el procedimiento no es médicamente necesario. Hallmark Health no requerirá depósitos de pre-admisión y/o tratamiento de individuos que requieran Servicios Urgentes o de Emergencia o de individuos protegidos de tales acciones de recolección bajo las leyes estatales aplicables (Apéndice C - Pacientes Protegidos de Acción Colectiva).

IX. FACTURACIÓN Y RECOLECCIONES DE PACIENTES

A. Principios Generales

El Hospital hará diligentes esfuerzos para recolectar todos los cargos que se adeudan de los aseguradores de acuerdo con los estándares establecidos de la industria y tratará de aplicar los pagos y los ajustes contractuales en forma oportuna a la cuenta del paciente. Estos esfuerzos incluyen la facturación de todos los planes de seguro disponibles de acuerdo con los requisitos de los pagadores y el seguimiento oportuno de las reclamaciones denegadas. Los pacientes u otros garantes serán responsables de todos los saldos de cuentas que queden después de la aplicación de todos los pagos de seguros, ajustes contractuales y descuentos o ajustes acordados de acuerdo con cualquier aviso de remesa recibido del pagador excepto cuando el saldo Safety Net o se considera exento de la actividad de recolección bajo las leyes de Massachusetts. Las acciones de recolección pueden incluir declaraciones de pacientes, cartas de pacientes, contactos telefónicos, notificaciones de recolección final certificadas y actividades extraordinarias de recolección incluyendo informes de la oficina de crédito.

Es obligación del paciente proporcionar la información completa y oportuna sobre seguros y datos demográficos y saber qué servicios están cubiertos por su Política de seguro. Se espera que los pacientes que tienen los medios paguen por los servicios prestados por Hallmark Health.

B. Prácticas de Cobro del Hospital, incluyendo Declaraciones del Paciente, Cartas y Llamadas

El Hospital hará diligentes esfuerzos para asegurar que se facture la parte apropiada y se recolecte del pagador apropiado. El Hospital, ya sea directamente o a través de sus agentes designados, preparará y enviará por correo a los pacientes/garantes una notificación periódica para informarles de los saldos debidos al Hospital. Un registro de todas las acciones y comunicaciones de la cuenta, incluidas las facturas, suele reflejarse en el sistema de facturación. El personal debe documentar todos los contactos con el paciente (o el garante) en el sistema de facturación aplicable, el sistema de registro o el sistema de recaudación de autoservicio. Para los residentes de Massachusetts, las reclamaciones no serán enviadas a Health Safety Net hasta que se agoten estos esfuerzos.

- 1) Factura inicial del paciente: El hospital enviará una factura inicial al paciente o al garante. La factura inicial tendrá un resumen de todos los cargos, pagos y ajustes incluidos con la facturación inicial para cada fecha de servicio/admisión. El proyecto de ley inicial proporcionará información sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera que podrían cubrir el costo de la factura del Hospital.
- 2) Facturación Posterior: El Hospital espera seguir cobrando al paciente o al garante aproximadamente cada 30 días por hasta 120 días, que es el período de tiempo apropiado que representa acciones continuas de facturación y cobro.
- 3) Llamadas telefónicas y otras comunicaciones: Llamadas telefónicas, declaraciones de facturación, cartas, contactos personales, avisos o cualquier otro método de notificación constituye un esfuerzo genuino por contactar al responsable de la obligación e informa al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera.
- 4) Suspensión de Facturación: En ciertas situaciones, la actividad continuada de facturación y cobro puede ser inapropiada y puede ser suspendida o descontinuada. (Sección IX (B) (9)), casos de quiebra (Sección IX (D) (1)), quejas del paciente, saldos pequeños (Sección IX (B) (10)).

Política de Crédito y Cobro de Hallmark Health

- Elegibilidad en MassHealth o HSN pendiente o aprobada, (Sección VI (D) y Sección IX (B) (6)), o pacientes que están en proceso de solicitar asistencia financiera de Hallmark Health.
- 5) Notificación de Disponibilidad de Asistencia Financiera: Las declaraciones de los pacientes incluirán avisos como lo requieren las leyes aplicables para informar a los pacientes de la disponibilidad y los medios para acceder a la asistencia financiera. También se incluirán avisos con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera en otras comunicaciones escritas y verbales del paciente al momento de la admisión y del alta.
 - 6) Pacientes Protegidos de la Acción de Recolección: El Hospital tomará medidas razonables para asegurar que no se inicien acciones de recolección, incluyendo las llamadas telefónicas, declaraciones o cartas, para aquellos saldos de pacientes que pueden estar exentos de la acción de cobro bajo las leyes aplicables. Esto puede incluir pacientes inscritos en programas estatales que están exentos de acciones de recolección en la medida descrita en el Apéndice C, pacientes en los que el hospital se retrasó en presentar su solicitud de atención médica (Sección VI (B)), o con una solicitud pendiente de asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health (Sección VI (D)). El Hospital puede continuar enviando cartas solicitando información o acción del paciente para resolver problemas de cobertura y/o elegibilidad con un pagador primario, Programa de Compensación al Trabajador o para obtener cualquier información de Responsabilidad de Terceros o MVA.
 - 7) Notificación Final (Recaudación): El Hospital hará esfuerzos razonables para enviar a cada paciente un aviso final (recolección) por correo antes de que la cuenta sea transferida a una Deuda Mala. Los avisos para pacientes menores de edad serán enviados al garante.
 - 8) Deuda de emergencia para residentes de Massachusetts: Para los casos en que el Hospital considere una factura para solicitar la HSN como deuda de emergencia, el hospital asegurará que se cumplan las siguientes condiciones:
 - a. La factura estuvo sujeta a esfuerzos documentados y continuos de recolección por un mínimo de 120 días;
 - b. Se hizo una encuesta electrónica de elegibilidad a EVS o MMIS para buscar cobertura;
 - c. Los servicios proporcionados califican como Servicios de Emergencia según la definición de esta Política; y
 - d. Un aviso final de la recolección fue enviado por correo certificado para saldos de \$1,000 o más. Las facturas debidamente documentadas como cuentas de mala dirección pueden ser enviadas a la red de seguridad sanitaria sin el envío de un aviso final de recolección a través de correo certificado siempre y cuando hayan transcurrido 120 días desde la facturación inicial y que después de un esfuerzo razonable y genuino, Para obtener una dirección actualizada.
 - 9) Devoluciones de Dirección Incorrecta: El Hospital hará esfuerzos razonables para rastrear, investigar y rellenar todas las declaraciones de pacientes devueltas por el USPS que no son entregables. La información de la dirección será verificada y corregida usando los programas "skip trace" que pueden estar disponibles a terceros. Siempre que sea posible, las cuentas se identificarán como cuentas de "dirección incorrecta" en los sistemas de facturación y registro. Una vez que una cuenta ha sido marcada como dirección incorrecta, no se deben procesar más declaraciones o cartas a menos que se haya identificado una nueva dirección. El Hospital suspenderá el envío de declaraciones a direcciones incorrectas para mantener la privacidad de HIPAA. Las cuentas cuya información demográfica más reciente contenga una dirección incorrecta pueden ser referidas a agencias externas como deuda incobrable para el seguimiento adicional, excepto que se seguirán las cuentas potenciales de la deuda en caso de emergencia durante 120 días antes de la colocación.
 - 10) Ajuste de saldo pequeño: Reconociendo el costo de las actividades de procesamiento y cobro de las declaraciones, después de la declaración inicial, el Hospital puede suprimir declaraciones en cuentas por debajo de su umbral de \$15 de "facturación en dólares pequeños". Esta Política se aplicará de manera uniforme a todos los contribuyentes. En ningún caso los pequeños ajustes de balance tomados bajo esta sección serán facturados a HSN.

C. Notificaciones de Recargo

El Hospital mantendrá un proceso para identificar todos los saldos de los pacientes que están sujetos al Recargo del Fondo Fiduciario Neto de Seguridad de la Salud en Hospitales Agudos como se requiere bajo 101 C.M.R. § 614.05. Las cantidades de recargo serán facturadas al paciente y el fondo recaudado será remitido a HSN para el tiempo solicitado.

D. Situaciones Especiales de Recolección

- 1) Quiebra del Paciente: El Hospital hará esfuerzos razonables para rastrear todas las notificaciones de Bancarrota y mantenerlas archivadas para asegurar que se sigan todos los procedimientos judiciales aprobados, incluyendo la presentación de reclamaciones ante la Corte, según corresponda, o el perdón de la deuda.
- 2) El Hospital no facturará a un Paciente de Bajos Ingresos de HSN por (1) reclamos relacionados con Eventos Serios Reportables como se describe adicionalmente en 101 C.M.R. § 613.03 (1) (d); O (2) reclamaciones debido a un error administrativo o técnico de facturación.
- 3) HSN Cobertura Secundaria: El Hospital hará diligentes esfuerzos para limitar la presentación de reclamaciones a HSN, incluyendo los deducibles y los servicios no cubiertos, los casos en que un paciente haya agotado su beneficio o en casos cuando la inscripción con el pagador no estaba activa en el momento en que los servicios fueron prestados. Si el Hospital recibe un pago adicional o corregido en una reclamación presentada previamente a HSN, entonces se enviará una reclamación corregida a HSN.
- 4) Deducible HSN parcial: El Hospital facturará a los pacientes el 100% de su deducible parcial anual de HSN menos los depósitos de pacientes obtenidos de acuerdo con la Sección VI (F) (8) (b) hasta que se hayan facturado cargos iguales al deducible anual del paciente, incluidos los saldos en los planes de pago. Los reclamos no serán enviados al HSN hasta que se haya satisfecho el deducible del paciente.

E. Consideraciones Especiales Para el Procesamiento de Cuentas

En algunas circunstancias, la información o los procedimientos adicionales pueden ser necesarios para procesar correctamente la cuenta de un paciente.

- 1) Compensación para el Trabajador (WC): Los servicios relacionados con accidentes laborales deben estar debidamente etiquetados en la certificación de registros. La información adicional que se requiere incluye la fecha y hora del accidente, nombre del empleador y número de teléfono, y la compañía de compensación del trabajador del empleador y número de teléfono. El Hospital hará intentos razonables para perseguir la cobertura de WC. Cualquier recuperación que se pueda recibir después de la presentación de un reclamo será compensada con la reclamación original e informada al pagador o HSN incluyendo cualquier vacío o devolución requerido. Si no hay cobertura de WC, entonces la reclamación se gestiona de la manera de facturación ordinaria.
- 2) Accidentes de Vehículos de Motor (MVA) y Responsabilidad de Terceros (TPL): Los servicios relacionados con un accidente de vehículo motorizado u otra responsabilidad de terceros deben estar debidamente etiquetados en la certificación de registros. Se realizarán diligentes esfuerzos para recopilar información adicional que se requiere para la presentación de reclamaciones de MVA incluyendo la fecha y hora del accidente, la ubicación de los casos de responsabilidad civil de terceros y cualquier aseguradora de automóviles conocida. El nombre de cualquier abogado asociado con la reclamación también se debe anotar en el sistema de registro si está disponible. Se harán esfuerzos razonables para facturar al transportista MVA/TPL para recolectar cualquier cantidad de Protección de Lesiones Personales (PIP) disponible. Las solicitudes de seguro de salud serán procesadas después de que se haya agotado el PIP. El Hospital también puede presentar un derecho de retención contra futuros pagos de lesiones corporales hechas por el portador MVA al paciente si se es capaz de establecer el nombre del abogado del paciente que administra la reclamación. Cualquier recuperación que se pueda recibir después de la presentación de un reclamo será compensada con la reclamación original e informada al pagador o HSN incluyendo cualquier vacío o devolución requerido. Si no hay cobertura de MVA/TPL, entonces la reclamación se gestiona de la manera de facturación ordinaria.

- 3) Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA): Bajo HIPAA, los pacientes que han pagado el Hospital en su totalidad por un artículo o servicio específico tienen el derecho de solicitar que su PHI (Información Protegida de Salud) Plan de seguro de salud a efectos de pago, a menos que dicha divulgación sea requerida por la ley aplicable. Dicha restricción sólo se aplica al artículo o servicio específico entregado y facturado por el Hospital. Se espera que los pacientes que deseen ejercer dicha restricción paguen el saldo pendiente en su totalidad en el momento del servicio o, si el saldo no puede estimarse completamente en el momento del servicio, al recibir las declaraciones. Si el Hospital no puede asegurar el pago completo del paciente que solicita tal restricción después de esfuerzos razonables, el Hospital puede notificar al paciente y facturar al plan de salud del paciente. Las cuentas se deben anotar según el procedimiento para prevenir la liberación inapropiada.

X. MALA COLOCACIÓN DE DEUDA

A. Transferencia de Cuentas a Deudas Incobrables

El Hospital hará un esfuerzo razonable para calificar a un paciente para la asistencia financiera bajo los programas estatales, federales o de Hallmark Health notificando al paciente por escrito sobre los programas de asistencia disponibles y ayudando a dicho individuo con la finalización de las solicitudes. Una vez que se hayan realizado estos esfuerzos razonables y agotado todo el esfuerzo de recaudación interna, las cuentas podrán transferirse a Deudas incobrables. Esto suele ocurrir después de que la cuenta haya completado el ciclo de facturación de 120 días del paciente, con algunas excepciones debido a una dirección incorrecta u otras circunstancias atenuantes. Las cuentas en deudas incobrables recibirán normalmente esfuerzos adicionales de la colección a través de un número de fuentes incluyendo el personal, las agencias externas de la colección, o los abogados de la colección de acuerdo con leyes aplicables.

B. Agencias de Recolección

Cualquier agencia que quiera recolectar saldos de pacientes en nombre del Hospital deberá cumplir con esta Política, incluida la obligación de abstenerse de "actividades extraordinarias de recaudación" (según se define a continuación) hasta que el Hospital haya hecho un esfuerzo razonable y haya seguido un proceso razonable para determinar que un paciente tiene derecho a asistencia o exención de cualquier procedimiento de cobro o facturación bajo esta Política. Cualquier queja sustantiva del paciente será reportada al Hospital para revisión y seguimiento. Todos los agentes cumplirán plenamente con las regulaciones IRS y Federal Fair Debt Collection aplicables, así como con las regulaciones de cobro de deudas bajo las leyes de Massachusetts. Todas las agencias informarán sobre cualquier acción de cobranza u otras cuentas, incluyendo la decisión de cesar los esfuerzos de cobro, en forma oportuna.

C. Acciones Extraordinarias de Recolección (ECAs)

El Hospital puede iniciar Acciones de Recaudación Extraordinarias (ECAs) en ciertas circunstancias para las cuentas sobre las cuales el pago esperado no ha sido realizado después de los esfuerzos razonables como se definen en la Sección X (B).

- 1) Informes de Crédito: El Hospital o una agencia de cobranza, en nombre del Hospital, pueden reportar saldos pendientes a las agencias de crédito.

XI. SALDOS Y REEMBOLSOS DE CRÉDITO

Normalmente, el Hospital reembolsará a los pacientes cualquier saldo acreedor, que puede resultar del exceso de fondos que han sido recaudados del paciente. En los casos en que los esfuerzos para reembolsar un saldo acreedor de auto pago no tengan éxito, el Hospital remitirá saldos acreedores al Tesorero del Estado Libre Asociado de Massachusetts de acuerdo con las regulaciones estatales sobre bienes abandonados.

XII. EVENTOS REPORTABLES SERIOS (SRE)

El Hospital mantiene el cumplimiento de los requisitos de facturación aplicables, incluyendo las regulaciones del Departamento de Salud Pública (105 C.M.R. § 130.332) por el no pago de servicios específicos o reingresos que el Hospital determina que fueron el resultado de un Evento Reportable Serio (SRE). Los SRE que no ocurren en el Hospital están excluidos de esta determinación de falta de pago.

XIII. CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)

El Hospital también mantiene toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables de privacidad, seguridad y robo de identidad.

XIV. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El Hospital informará a los pacientes de su obligación de:

- 1) Proporcionar información completa y oportuna de seguros y datos demográficos. Informe al Hospital y MassHealth de cualquier cambio en su estado, incluyendo los cambios en el ingreso o estado del seguro, y el seguimiento de los datos de deducible manual de HSN.
- 2) Hacer esfuerzos razonables para entender los límites de su cobertura de seguro incluyendo las limitaciones de la red, las limitaciones de la cobertura del servicio y las responsabilidades financieras debido a la cobertura limitada, copagos, deducibles y coseguro.
- 3) Para los pacientes que tienen los medios, pagan los servicios prestados por Hallmark Health, incluyendo copagos, deducibles y coseguro, de manera oportuna.
- 4) Cumplir con referencias de seguros, pre-autorización, y otras Políticas de gestión médica. Cumplir con otros requisitos de seguro, incluyendo completar la coordinación de los formularios de beneficios, actualizar la información de membresía, actualizar la información del médico, comprender la cobertura de beneficios y otros requisitos del pagador. Para no cobertura de servicios médicos selectos, reconozca y haga arreglos para el pago alternativo.
- 5) Para residentes de Massachusetts, obtenga cobertura a través de Health Connector, otras fuentes de seguro, o solicite la determinación de MassHealth /Commonwealth Care/Paciente de Bajos Ingresos (si es potencialmente elegible), incluyendo la presentación de toda la documentación requerida.
- 6) Notificar al Hospital, de cualquier cobertura potencial de Accidentes de Vehículos Motorizados, Cobertura de Responsabilidad de Terceros o Cobertura de Compensación al Trabajador. Para los pacientes cubiertos por MassHealth o la red de seguridad sanitaria, presente una reclamación de indemnización, si está disponible, con respecto a cualquier accidente, lesión o pérdida y notifique al programa público estatal (por ejemplo, Office of Medicaid y Health Safety Net) dentro de los diez días Información relacionada con cualquier demanda legal o reclamación de seguro que cubra el costo de los servicios prestados por el Hospital. Un paciente está además obligado a asignar el derecho a un tercero pago que cubra los costos de los servicios pagados por el Estado o Health Safety Net o reembolsar el HSN de los fondos recibidos de la tercera parte. Si el paciente no reembolsa voluntariamente el HSN de los fondos recibidos del tercero, el HSN puede recuperar dichos pagos.

XV. PUBLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CRÉDITO Y COLECCIÓN

La Política de Hallmark Health Credit & Collection, la lista de afiliados de proveedores y la Política de asistencia financiera de Hallmark Health están disponibles en: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

- 1) Este sitio web también se puede acceder desde la página de inicio de Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) seleccionando Patient/Visitor-* Financial Counseling and Billing -* Financial Assistance Policies.
- 2) El sitio web incluye varias formas en que los pacientes pueden solicitar asistencia del Hospital, incluyendo una lista de lugares de Consejería Financiera y un número de teléfono de programación central. El sitio web permite que los pacientes sepan que los formularios de solicitud y la asistencia de Consejería Financiera son gratuitos.

XVI. APROBACIÓN DE LA JUNTA

La Política de Reconocimiento y Crédito de Hallmark Health fue aprobada por la Junta de Fideicomisarios de Hallmark el 27 de julio de 2017.

Apéndice A– Ubicaciones de Hallmark Health, Entidades Participantes

Esta Política de asistencia financiera se aplica a los servicios prestados y facturados por Hallmark Health en los siguientes lugares:

1. Campus del Hospital Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Campus del Hospital Memorial Lawrence, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
 - a. Centro de Atención Urgente del Hospital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Centro de Hematología y Oncología de Sistema Hallmark Health, 41 Montvale Avenue, 3er, 4to, y 5to Pisos, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health en 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
 - a. Servicios de Rehabilitación en Lawrence Memorial Hospital, Suites 105 y 106.
 - b. Servicios de Asesoría Comunitaria, Suite 112.
 - c. Servicios Médicos de Lawrence Memorial, Suites 113, 114, y 116.
 - d. Médicos Familiares Asociados, Suites 213, 214, y 215.
5. Centro de Asesoría Comunitaria, Malden Family Health Center, 178 Savin Street, 2do Piso, Malden, MA 02148.
6. Centro de Imágenes para Mujeres Health Image, 830 Main Street, 3rd Floor, Melrose, MA 02176.
7. Chem Center for Radiation Oncology & MRI, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Centro de Exámenes de Diagnóstico y Rehabilitación de Pacientes Externos Hallmark Health, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
 - a. Reading Urgent Care Center, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Servicios de Rehabilitación del Hospital Melrose-Wakefield, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

Apéndice B: Lista de Proveedores Afiliados de Hallmark Health Provider Affiliate List, Entidades No Participantes

Cada uno de estos proveedores o grupos de proveedores presta servicios en la ubicación de un hospital, sin embargo, sus facturas y cargos no están cubiertos bajo la Política de asistencia financiera de Hallmark Health (FAP). El Hallmark Health FAP excluye los servicios entregados y facturados por las siguientes entidades asociadas con Hallmark Health:

1. Organización de Médicos de Hallmark Health's, Médicos Asociados Hallmark Health.
2. Hallmark Pathology, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Los departamentos donde un paciente puede ser visto por un proveedor no cubierto por el FAP son: Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Radiología / Hematología / Oncología, Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, OB-Ginecología, Nefrología, Podología, Pulmonar, Reumatología, Medicina del Sueño, Cirugía, Urología, Cuidado de heridas.
5. Melrose-Wakefield Emergency Physicians, Inc.
 - a. Médicos en los departamentos de emergencia de Hallmark Health ubicados en Lawrence Memorial Hospital en 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 y Melrose-Wakefield Hospital en 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - b. Médicos en los Centros de Atención de Urgencia del Sistema de Hallmark Health están ubicados en 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 y 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Asociados de Medicina Hospitalaria (Equipo de Salud).
 - a. Hospitalistas de Hallmark Health están ubicados en Lawrence Memorial Hospital en 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 y Melrose-Wakefield Hospital en 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Anestesia Metropolitana.
8. Mystic Cardiology Associates, Inc., Inc., incluyendo el Dr. Conway, el Dr. Pladziewicz y el Dr. Samenuk.
9. Mystic Medical Group, incluyendo al Dr. Weinstein.
10. UMS New England Lithotripsy.
11. Middlesex Cardiology Associates, Inc.
12. Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc. (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrix.
15. Cuidado domiciliario regional.

Todos los médicos y organizaciones de médicos asociados con Hallmark Health, incluidos los proveedores establecidos anteriormente, son alentados, pero no obligados, a seguir la Política de asistencia financiera de Hallmark Health.

APÉNDICE C – Pacientes Protegidos de la Acción de Recolección de Hallmark Health¹

Los siguientes pacientes que reciben servicios médicamente necesarios del Hospital están exentos de las acciones de cobro en la medida descrita a continuación. Las acciones de cobranza incluyen cualquier actividad por la cual el Hospital o un agente del Hospital solicite el pago por servicios del paciente, el garante del paciente o un tercero responsable del pago. Tales actividades pueden incluir preadmisión o depósitos de pretratamiento, declaraciones de facturación, cartas de seguimiento de recaudación, contactos telefónicos, contactos personales y actividades de agencias de cobro y abogados.

Programa de Massachusetts	Reglas Generales	Excepciones
Pacientes de MassHealth		
Ayuda de Emergencia a los Pacientes Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)	El hospital no puede facturar siempre y cuando el paciente pueda proporcionar una prueba de participación.	<ul style="list-style-type: none"> a. Se puede facturar copagos y deducibles. b. Se puede facturar a los pacientes que no pueden proporcionar prueba de participación.
Plan de Seguridad Médica para los Niños (CMSP), Los pacientes con ingresos MAGI iguales o inferiores al 300% FPL		
Pacientes del Programa Healthy Start		
Pacientes con dificultades médicas	El hospital no puede facturar al paciente por la porción de su factura que excede la Contribución de dificultad. Esto incluye a los pacientes que se convierten en elegibles para el pago por Dificultades Médicas de la HSN y tienen una reclamación de deuda de emergencia pendiente.	
Pacientes con Bajos Ingresos		
Todos los Pacientes con Bajos Ingresos	El hospital no puede facturarle al paciente por servicios de salud no reembolsables que el paciente haya aceptado asumir la responsabilidad financiera si: (i) el reclamo por el servicio de salud no reembolsable está relacionado con un error médico, o (ii) si se rechazó la reclamación Por el seguro primario del paciente debido a un error administrativo o de facturación.	<ul style="list-style-type: none"> a. Se puede facturar al paciente por servicios de salud no reembolsables por los cuales el paciente ha aceptado asumir la responsabilidad financiera. b. A petición del paciente, el Hospital puede facturar al paciente para permitir que el paciente cumpla con el deducible de una sola vez asociado con el programa CommonHealth.
Todos los Pacientes con Bajos Ingresos excepto los pacientes-sólo dentales de bajos ingresos	El hospital no puede facturar por los servicios de salud reembolsables por los cuales el Hospital está recibiendo pagos de la HSN.	<ul style="list-style-type: none"> a. Se puede facturar copagos y deducibles. b. Se puede facturar por servicios elegibles prestados por el Hospital antes de la determinación del paciente como Ingresos Bajos por el Estado o después de que su estado de Ingreso Bajo haya expirado o haya sido terminado.

<p>Pacientes con bajos ingresos con MassHealth Ingresos MAGI o Dificultades Médicas de Familia con Ingresos contables entre 150,1% y 300% del FPL</p>	<p>El hospital no puede facturar al paciente por la porción de su factura que excede el deducible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Se puede facturar copagos de farmacia. b. Se puede facturar el deducible parcial de HSN. c. Se puede facturar por servicios elegibles prestados por el Hospital antes de la determinación del paciente como Ingresos Bajos por el Estado o después de que su estado de Ingreso Bajo haya expirado o haya sido terminado.
---	--	---

¹ Vea las regulaciones de la Health Safety Net de Massachusetts en 101 C.M.R. § 613.08(3).

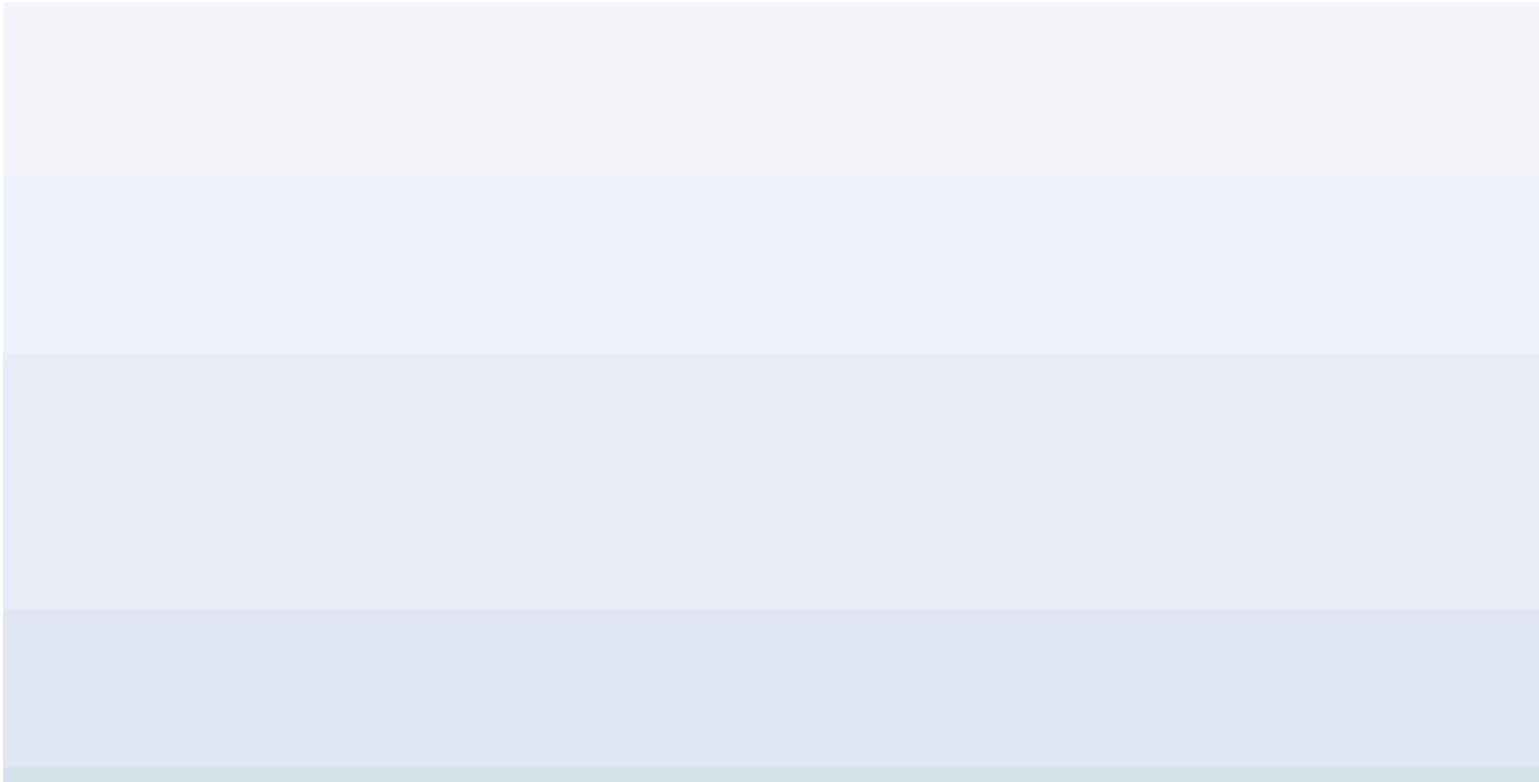


HHS382

Destinatario

--	--	--	--

Por favor, haga los cheques a pagar y remitir a:



CANTIDAD ADEUDADA:

Por favor complete las secciones apropiadas y regrese en el sobre adjunto tan pronto como sea posible.

Cambio de dirección			
Nombre (Apellido, Nombre e Inicial del segundo nombre)			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono			
Actualizaciones de seguros primarios			
Nombre del Asegurado Principal			
Nombre del Seguro Principal		Fecha Efectiva	
Dirección del Seguro Principal			
Ciudad	Estado	Cód. Post	Teléfono
Nombre del Empleador		Número del Grupo	
#ID del Suscriptor		Fecha de Nacimiento del Asegurado	

Si paga con tarjeta de crédito, rellene abajo	
SELECCIONE LA TARJETA UTILIZADA PARA EL PAGO <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express	
NÚMERO DE TARJETA	FECHA DE EXP. MM A A
FIRMA	MONTO PAGADO
NOMBRE IMPRESO	

Actualizaciones de Seguros Secundarios			
Nombre del Asegurado Secundario			
Nombre del Seguro Secundario		Fecha Efectiva	
Dirección de Seguros Secundarios			
Ciudad	Estado	Cód. Post	Teléfono
Nombre del Empleador		Número del Grupo	
#ID del Suscriptor		Fecha de Nacimiento del Asegurado	

Explicación de la declaración

Esta declaración es el resumen del saldo impago de su cuenta, que ahora es su responsabilidad. Los cargos reflejan únicamente los servicios prestados por Sistema Hallmark Health.

Contáctenos:

Esta declaración de facturación sólo representa los servicios prestados con la responsabilidad actual del paciente. Si no puede pagar su saldo total en este momento, comuníquese con nuestra oficina de negocios para discutir arreglos alternativos de pago. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios Financieros al 781-338-7000. Nuestras horas de oficina son de lunes a viernes de 8:00 AM a 4:00 PM. Si usted decide ponerse en contacto con nosotros por correo, incluya el nombre del paciente, número de cuenta, fecha de servicio y una descripción de la solicitud; Envíe su correspondencia a:

Hallmark Health System
Attn: Patient Accounts
170 Governors Ave
Medford MA 02155

Aviso de disponibilidad de asistencia financiera:

El hospital proporciona asistencia financiera para los servicios médicamente necesarios para los residentes de los Estados Unidos que no pueden permitirse el lujo de pagar basándose en las siguientes pautas federales de pobreza.

Asistencia financiera para pacientes de bajos ingresos a partir de 2017

Para Información de Asistencia Financiera para Hallmark Health System, por favor llame al: 781-338-7000

Tamaño de la unidad familiar	Asistencia completa hasta estos niveles de ingresos	Asistencia parcial hasta estos niveles de ingresos
1	\$17,820.00	\$35,640.00
2	\$24,030.00	\$48,060.00
3	\$30,240.00	\$60,480.00
4	\$36,450.00	\$72,900.00

La asistencia alternativa también puede estar disponible a través de varios programas de asistencia pública, en casos de necesidad financiera adicional o dificultades médicas. **POR FAVOR, CONTÁCTENOS SI DESEA MÁS INFORMACIÓN.**