



El Centro de Salud Comunitario de East Boston Política de facturación y cobro del centro de salud

El centro cuenta con una función fiduciaria interna para conseguir el reembolso por los servicios que ha provisto a pacientes que pueden pagar, provenientes de compañías de seguros de terceros responsables que cubren el costo de la atención del paciente y de otros programas de asistencia para los que el paciente es elegible. Para determinar si un paciente puede pagar por los servicios provistos y para asistir al paciente en la búsqueda de opciones alternativas de cobertura en caso de que cuente con un seguro deficiente o no se encuentre asegurado, el centro utiliza los criterios que se presentan a continuación relacionados con la facturación y el cobro a los pacientes. Al obtener información financiera confidencial de la familia y del paciente, el centro mantiene toda esta información de acuerdo con las leyes federales y estatales de confidencialidad, seguridad y robo de identificación que correspondan.

A. Recolección de información sobre los recursos financieros y cobertura de seguro del paciente

- a) El centro trabajará con el paciente para informarle de la obligación que tiene de proveer la siguiente información clave:

Antes de proporcionar algún servicio de atención médica (a excepción de los servicios que se ofrecen para estabilizar a un paciente que se considera que padece de una afección médica de emergencia o que necesita servicios de atención de carácter urgente), el paciente tiene la obligación de brindar información de manera puntual y precisa acerca del estado actual de su seguro, información demográfica, cambios en su ingreso familiar o cobertura de póliza grupal (en caso de que exista) y, en caso de conocerla, información sobre deducibles o copagos solicitados por el programa financiero o de seguro correspondiente del paciente. Para cada punto, la información detallada debe incluir, pero no se limita a:

- i) nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si se encuentra disponible), opciones de cobertura del seguro médico actual, información sobre residencia permanente y ciudadanía, y los recursos financieros correspondientes al paciente, los cuales puedan ser utilizados para pagar la factura del paciente;
- ii) si corresponde, el nombre completo del garante del paciente, además de la dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si se encuentra disponible), opciones de cobertura del seguro médico actual y los correspondientes recursos financieros de dicho garante, los cuales puedan ser utilizados para pagar la factura del paciente; y
- iii) otros recursos que puedan ser utilizados para pagar la factura del paciente, entre los que se incluyen otros programas de seguros, pólizas de seguro del propietario de vivienda o vehículo a motor si el tratamiento se realizó debido a un accidente, programas de compensación de los trabajadores, pólizas de seguro de estudiantes y cualquier otro ingreso familiar, como herencias, donaciones o distribuciones de un fideicomiso disponible, entre otros.

El paciente también tiene la obligación de llevar un registro de las facturas impagas del centro, que incluye todos los copagos, coseguros y deducibles que existan. El paciente debe contactarse con el centro en caso de que necesite asistencia para pagar la totalidad de la factura o parte de ésta. También se le requiere al paciente que brinde información acerca de cualquier cambio en el estado del seguro o el ingreso familiar a su compañía de seguro médico actual (si el paciente cuenta con alguna) o a la agencia estatal que determinó la elegibilidad del paciente para un programa público. El centro también puede asistir al paciente en la actualización de la elegibilidad del paciente para un programa público cuando se registre algún cambio en el estado del seguro o el ingreso familiar, siempre y cuando el paciente le informe al centro acerca de cualquiera de esos cambios en la elegibilidad del paciente.

El centro trabajará con el paciente para asegurarse que éste se encuentre al tanto de su obligación de notificar al centro y al programa que corresponda por el cual el paciente recibe asistencia (p. ej., MassHealth, Connector, Health Safety Net, Medical Hardship o el programa Sliding Fee Discount acerca de cualquier información relacionada con un cambio en el ingreso familiar o si el paciente participa de un reclamo de indemnización por parte del seguro que pueda cubrir el costo de los servicios provistos por el centro. En caso de que exista un tercero (como seguro de vivienda o automotor, entre otros) que sea responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el paciente colaborará con el centro o el programa que corresponda (que incluye, entre otros, a MassHealth, Connector o Health Safety Net) para traspasar el derecho a recuperar la cantidad paga o impaga por tales servicios.

b) Obligaciones del centro:

El centro llevará a cabo todos los esfuerzos razonables y diligentes para recolectar la información sobre el seguro del paciente y otra información que sirva para verificar la cobertura de los servicios de atención médica que serán provistos por el centro. Estos esfuerzos se pueden realizar durante el registro inicial en persona del paciente para recibir un servicio en una ubicación del centro o en otro momento. Además, el centro notificará al paciente acerca de la disponibilidad de opciones de cobertura a través de un programa disponible de asistencia pública o de asistencia financiera del centro, que incluye cobertura por medio de MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net, Medical Hardship o el programa de Sliding Fee Discount, con recibos de facturación que se envían al paciente o al garante del paciente luego de la prestación de los servicios. Así mismo, el centro también llevará a cabo la debida diligencia por medio de sistemas actuales de verificación financiera, públicos o privados, para determinar si es capaz de identificar la elegibilidad del paciente para cobertura de seguro pública o privada. El centro intentará recolectar dicha información antes de proveer cualquier servicio de atención médica común y que no sea de carácter urgente. El centro pospondrá cualquier intento de obtener esta información mientras que un paciente sea tratado por una afección médica de emergencia o cuando necesite servicios de atención con carácter de urgencia.

Los esfuerzos diligentes del centro incluirán, entre otros, solicitar información acerca del estado del seguro del paciente, consultando cualquier base de datos de seguros públicos o privados disponible, cumplir con las reglas de autorización y facturación y, según corresponda, apelar cualquier reclamo rechazado cuando el servicio pueda ser pagado por completo o en parte por una compañía de seguro de terceros conocida, la cual pueda ser responsable por los

costos de los recientes servicios de atención médica del paciente. Cuando el paciente informe al personal de admisión o registro del centro, los integrantes de este personal podrán trabajar con el paciente para asegurar que la información relevante sea comunicada a los programas públicos adecuados, como cualquier cambio en el estado del seguro o ingreso familiar, que incluye toda demanda o reclamo de indemnización por parte del seguro que pueda cubrir el costo de los servicios del centro.

Si el paciente o el garante/tutor tienen dificultad para proporcionar la información necesaria y el paciente accede, el centro realizará los esfuerzos razonables para contactar a los familiares, amigos, garante/tutor u otro tercero adecuado para obtener información adicional.

Los esfuerzos razonables de debida diligencia del centro para investigar si un tercer seguro u otro recurso puede ser responsable por el costo de los servicios provistos por el centro incluirán, pero no se limitarán, a determinar con el paciente, si existe una póliza aplicable para cubrir el costo de los reclamos, las cuales incluyen lo siguiente: (1) una póliza de responsabilidad del propietario de vivienda o vehículo automotor, (2) una póliza de protección contra daño personal o accidente general, (3) programas de compensación del trabajador y (4) pólizas de seguro de estudiantes, entre otras. Si el centro logra identificar un tercero responsable o ha recibido un pago proveniente de un tercero o de otro recurso (incluso de una compañía de seguro privada u otro programa público), el centro informará el pago al programa correspondiente y lo compensará, si corresponde, de acuerdo a los requisitos de procesamiento de reclamos del programa, contra cualquier reclamo que pueda haber sido pagado por un tercero u otro recurso. Para los programas estatales de asistencia pública que ya hayan pagado el costo de los servicios, no se solicita que el centro garantice el traspaso de un derecho del paciente a una cobertura de servicios de terceros. En estos casos, el paciente deberá estar al tanto de que el programa estatal correspondiente puede intentar realizar el traspaso de los costos de los servicios provistos al paciente.

B. Prácticas de facturación y cobro del centro

El centro cuenta con un proceso coherente y uniforme para enviar y recolectar los reclamos enviados a los clientes, independientemente del estado de su seguro. Específicamente, si el paciente tiene un saldo actual impago relacionado con los servicios provistos al paciente y que no se encuentra cubierto por una opción de cobertura pública o privada, el centro seguirá los procedimientos razonables de cobro/facturación que se presentan a continuación, los cuales pueden incluir lo siguiente:

- a) Una factura inicial enviada al paciente o a la parte responsable por las obligaciones financieras personales del paciente; la factura inicial incluirá información acerca de la disponibilidad de asistencia financiera (que incluye, entre otros, a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net y Medical Hardship y el programa de Sliding Fee Discount) para cubrir el costo de la factura del centro;
- b) Facturas posteriores, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal, notificaciones electrónicas o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino para contactar a la parte responsable por la factura impaga, que también incluirán información sobre cómo puede hacer el paciente para comunicarse con el centro si necesita asistencia financiera;

- c) Si es posible, documentación de esfuerzos alternativos para localizar a la parte responsable por la obligación o la dirección correcta en las facturas devueltas por el servicio postal como “dirección incorrecta” o “imposible de entregar”;
- d) Se conserva y se mantiene disponible la documentación de acción de cobro o facturación continua llevada a cabo durante 120 días a partir de la fecha del servicio para que el programa estatal o federal correspondiente verifique estos esfuerzos; y
- e) Se consulta el sistema de verificación de elegibilidad de Massachusetts para asegurar que el paciente no sea un paciente de bajos ingresos y que no haya enviado una solicitud de cobertura ya sea para MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children’s Medical Security, Health Safety Net o Medical Hardship antes de enviar reclamos a Health Safety Net Office para cobertura de deuda incobrable.
- f) Para todos los pacientes inscritos en un programa de asistencia pública, el centro únicamente puede facturarles a aquellos pacientes para el copago, coseguro o deducible específico que se encuentra establecido en las regulaciones estatales aplicables y que también está indicado en el sistema de información gerencial estatal de Medicaid.

El centro solicitará un pago específico para aquellos pacientes que no califican para inscribirse en un programa de asistencia pública estatal de Massachusetts, tales como los que viven fuera del estado de Massachusetts, pero que de lo contrario, podrían cumplir con las categorías generales de elegibilidad financiera de un programa de asistencia pública estatal. En el caso de estos pacientes, el centro notificará al paciente si dichos recursos adicionales se encuentran disponibles, según el ingreso del paciente y otros criterios, como se describe en la política de asistencia financiera del centro.

Cuando el paciente lo solicite y de acuerdo con una revisión interna del estado financiero de cada paciente, el centro también le puede ofrecer al paciente un descuento adicional u otra asistencia según su propio programa interno de asistencia financiera que se aplica de manera uniforme a los pacientes y el cual toma en cuenta la situación financiera documentada del paciente y la incapacidad del paciente para efectuar un pago después de acciones de cobro razonables. Cualquier descuento otorgado por el centro es coherente con los requisitos estatales y federales y no afecta al paciente para que reciba servicios del centro.

C. Poblaciones exentas de las actividades de cobro

Las poblaciones de pacientes que se mencionan a continuación se encuentran exentas de cualquier procedimiento de facturación o cobro, de acuerdo con políticas y regulaciones estatales: pacientes que se encuentran inscritos en un programa de seguro médico público, el cual incluye, entre otros, a MassHealth, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children; Children’s Medical Security Plan, si el ingreso bruto ajustado modificado es igual a o menor que 300 % del nivel de pobreza federal; pacientes de bajos ingresos según lo determinado por MassHealth y Health Safety Net, entre los que se incluyen aquellos pacientes con ingreso bruto ajustado modificado, ingreso bruto familiar o ingreso contable familiar de Medical Hardship entre el 150,1 % y el 300 % del nivel de pobreza federal; Medical Hardship y el programa de Sliding Fee Discount, sujeto a las siguientes excepciones:

- a) El centro puede solicitar acción de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas que se mencionaron anteriormente para los copagos y deducibles requeridos que se encuentran determinados por cada programa específico;
- b) El centro también puede iniciar el cobro o facturación para un paciente que afirma participar en un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios del centro, pero que no proporciona pruebas de dicha participación. Al obtener una prueba satisfactoria de que el paciente participa de un programa de asistencia financiera (que incluye recibo o verificación de la solicitud firmada), el centro suspenderá sus actividades de facturación o cobro;
- c) El centro podrá continuar la acción de cobro sobre cualquier paciente de bajos ingresos por los servicios prestados antes de la determinación de paciente de bajos ingresos, siempre y cuando el estado actual de paciente de bajos ingresos haya culminado, vencido o no se identifique lo contrario en el sistema de verificación de elegibilidad estatal o el sistema de información gerencial de Medicaid. Sin embargo, una vez que se determina que un paciente es elegible y se inscribe en MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, Children's Medical Security Plan, Medical Hardship o el programa de pago según el ingreso, el centro suspenderá las actividades de cobro por los servicios (a excepción de cualquier copago o deducible) provistos antes del inicio de la elegibilidad del paciente para dicho programa.
- d) El centro puede solicitar una acción de cobro contra cualquier paciente que participe en los programas que se mencionaron anteriormente por servicios no cubiertos que el paciente ha aceptado ser el responsable, siempre y cuando el centro obtenga el consentimiento previo por escrito del paciente a que le facturen por dicho(s) servicio(s). Sin embargo, incluso en estas circunstancias, el centro no puede generarle una factura por reclamos relacionados con errores médicos o reclamos rechazados por la compañía de seguro primaria del paciente debido a un error administrativo o de facturación.

D. Acciones de cobro extraordinarias

- a) El centro no llevará a cabo ninguna "acción de cobro extraordinaria".
- b) Entre las "acciones de cobro extraordinarias" se incluye lo siguiente:
 - i) Vender la deuda del paciente a otra persona;
 - ii) Informar a agencias de informes crediticios u oficinas de créditos;
 - iii) Posponer, rechazar o exigir un pago antes de proporcionar atención necesaria desde el punto de vista médico, debido a la falta de pago de una o más facturas por una atención previamente cubierta bajo la política de asistencia financiera del centro (la cual se considera una acción de cobro extraordinaria por la atención antes provista)
 - iv) Acciones que requieren de procesos legales o judiciales incluyen:
 - 1) aplicar un embargo sobre una propiedad del paciente;
 - 2) aplicar una ejecución hipotecaria de la propiedad;

- 3) embargar o apoderarse legalmente de una cuenta bancaria o cualquier otra propiedad privada;
 - 4) iniciar una acción civil en contra de un paciente;
 - 5) provocar la detención de un paciente;
 - 6) provocar que un paciente sea objeto de una orden de arresto; y
 - 7) embargar los sueldos de un paciente.
- v) Entre las acciones de cobro extraordinarias se incluyen acciones llevadas a cabo para obtener el pago por la atención médica en contra de cualquier otra persona que haya aceptado o que se requiere que acepte la responsabilidad por la factura emitida por el centro por la atención médica recibida por el paciente.

E. Agencias de cobro externas

El centro puede contratar a una agencia de cobro externa para que lo asista en el cobro de determinadas cuentas, entre las que se incluyen cantidades a cargo del paciente no resueltas después de 120 días de acciones de cobro continuas. Todas las agencias de cobro externas contratadas por el centro podrán ofrecerle al paciente la oportunidad de presentar una queja y le enviarán los resultados de las quejas del paciente al centro. El centro requiere que cualquier agencia de cobro externa opere de acuerdo con los requisitos estatales y federales de prácticas justas de cobro de deudas.

F. Depósitos y planes de financiación

De acuerdo con las regulaciones de Massachusetts Health Safety Net correspondientes a pacientes en las siguientes situaciones: (1) que se consideran “pacientes de bajos ingresos” o (2) que califican para Medical Hardship, el centro le proporcionará al paciente información sobre depósitos y planes de pago según la situación financiera documentada del paciente. Cualquier otro plan se basará en el programa interno de asistencia financiera del centro y no se aplicará a los pacientes que puedan pagar.

- a) Servicios de emergencia
El centro no puede exigir un depósito previo al tratamiento de pacientes que requieran servicios del nivel de emergencia o que sean considerados pacientes de bajos ingresos.
- b) Depósitos de pacientes de bajos ingresos
El centro puede exigir un depósito a pacientes que se consideren pacientes de bajos ingresos. Dichos depósitos deben tener un límite del 20 % de la cantidad deducible hasta \$500. Todos los saldos restantes se encuentran sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08 (1) (g).
- c) Depósitos para pacientes de Medical Hardship
El centro puede exigir un depósito a los pacientes elegibles para Medical Hardship. Los depósitos tendrán un límite del 20 % de la contribución de Medical Hardship hasta \$1000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08 (1) (g).
- d) Planes de pago para pacientes de bajos ingresos de acuerdo con el programa Massachusetts Health Safety Net

Después del depósito inicial, se debe ofrecer un plan de pago sin intereses por lo menos por un año, con un pago mínimo mensual que no supere los \$25 para pacientes que tengan un saldo de \$1000 o menor. Después del depósito inicial, se debe ofrecer un plan de pago sin intereses por lo menos por dos años, para pacientes que tengan un saldo que supere los \$1000.

- e) Planes de pago para pacientes de bajos ingresos parciales de Health Safety Net correspondiente al programa Massachusetts Health Safety Net, por servicios prestados en un centro de salud autorizado.
- f) Deducible por única vez de CommonHealth (CommonHealth One-Time Deductible)
Cuando el paciente lo solicite, el centro le puede realizar una factura a un paciente de bajos ingresos para permitirle que cumpla con el deducible por única vez de CommonHealth.
- g) El centro también le ofrece al paciente de bajos ingresos parciales de Health Safety Net, un plan de coseguro que le permite abonar el 20 % del pago de Health Safety Net por cada visita hasta que el paciente cumpla con su deducible anual. El saldo restante será contabilizado para Health Safety Net.

Última revisión: Noviembre 8, 2016

Aprobación de la junta: Noviembre 9, 2016