



## El Centro de Salud Comunitario de East Boston Política de asistencia financiera

### Introducción

La misión del Centro de Salud Comunitario de East Boston (el Centro o EBNHC), es prestar, en todo momento, servicios excelentes y asequibles a quienes necesiten atención médica, independientemente de su condición o capacidad de pago. Su visión es cumplir con las necesidades de salud de la población de Boston y de las comunidades aledañas, proporcionándoles a todos una atención integral de alta calidad, teniendo particularmente en cuenta las necesidades de las poblaciones vulnerables, mediante su sistema de aplicación integrada, de manera ética y económicamente responsable.

Esta política se aplica al EBNHC y a determinados proveedores y centros médicos comunitarios, tal como se identifican en esta política.

El centro es el proveedor de atención de primera línea que brinda asistencia necesaria desde el punto de vista médico a **todas** las personas que se presentan en sus centros y sedes, independientemente de su capacidad de pago. El centro ofrece esta atención a todos los pacientes que vienen a nuestro centro las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. Como resultado, el centro tiene el compromiso de brindarles a todos nuestros pacientes servicios y atención de alta calidad. Como parte de este compromiso, el centro trabaja con personas de ingresos y recursos limitados a fin de encontrar opciones disponibles para cubrir el costo de su atención médica.

El centro ayudará a las personas sin seguro o con seguro insuficiente para que puedan solicitar una cobertura médica por medio de un programa de asistencia pública o del programa de asistencia financiera del centro (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas administrado por Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net y Medical Hardship) y trabajará con esas personas para inscribirlos según corresponda. La asistencia para esos programas se determina mediante la revisión de los ingresos familiares, los bienes, el tamaño de la familia, los gastos y las necesidades médicas de la persona, entre otros datos.

Mientras que el centro ayuda a los pacientes a obtener cobertura médica por medio de programas públicos y asistencia financiera a través de otras fuentes siempre que sea pertinente, incluyendo el centro que también puede estar obligado a facturar y cobrar pagos específicos según corresponda. Esos pagos pueden incluir, entre otros, copagos aplicables, deducibles, depósitos y otros cargos por los cuales el paciente acepta hacerse responsable. Al momento de registrarse para recibir servicios o recibir una factura, el centro exhorta a los pacientes a ponerse en contacto con nuestro personal para decidir si ellos o algún familiar necesitan y pueden obtener asistencia financiera.

Al trabajar con los pacientes en busca de cobertura o asistencia pública disponible a través de la asistencia financiera del centro, el centro no discrimina por raza, color, país de origen, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus políticas ni en la aplicación de las políticas en lo que respecta a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos al tratamiento, planes de pago, decisión sobre si una persona califica para la condición de paciente de bajos ingresos según lo determina el sistema de elegibilidad de MassHealth/Connector de Massachusetts, o a la certificación de información para

determinar el estado de bajos ingresos del paciente. Como tal, esta política fue revisada y aprobada por el Comité de Finanzas de la Junta directiva del Centro.

Si bien comprendemos que cada persona tiene una situación financiera exclusiva, es posible obtener información y asistencia con respecto a la elegibilidad para la cobertura y/o los programas de asistencia pública a través del programa de asistencia económica del centro contactándose con el Departamento de Cuentas de Paciente ubicado en East Boston, 10 Gove Street, de lunes a viernes de 8am a 5pm para hablar con un coordinador de servicios para el paciente en EBNHC.

Si desea obtener más información sobre esta política y el programa de asistencia financiera del centro, incluidos el formulario de solicitud y un resumen en términos sencillos de la política de asistencia financiera, visite el sitio web del centro: <https://ebnhc.org/es/informaci%C3%B3n-para-el-paciente-y-el-visitante/la-pol%C3%ADtica-de-asistencia-financiera.html>.

Si desea obtener una copia de la Política de asistencia financiera, puede obtenerla de las siguientes maneras:

- (1) Puede solicitarla en cualquiera de los sectores de registro de pacientes del centro.
- (2) Puede solicitar que se la envíen por correo. Para hacerlo, llame al Departamento de Cuentas de Paciente al teléfono 617-568-7220 o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:  
East Boston Neighborhood Health Center  
Attention: Patient Accounts Department  
10 Gove Street  
East Boston, MA 02128

Las acciones que el centro puede tomar en caso de impago, se describen en una política de facturación y cobros separada del centro. Los miembros pueden obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobros:

- (1) En cualquier área de registro de pacientes dentro del Centro
- (2) Mediante la descarga de la política de la página web, <https://ebnhc.org/es/informaci%C3%B3n-para-el-paciente-y-el-visitante/la-pol%C3%ADtica-de-asistencia-financiera.html>
- (3) Al solicitar que se le envíe una copia por correo. Esta solicitud se puede hacer llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes al 617-568-7220 o haciendo una solicitud por escrito a la siguiente dirección:  
East Boston Neighborhood Health Center  
Attention: Patient Accounts Department  
10 Gove Street  
Boston, MA 02128

## **I. Cobertura de servicios de atención médica necesaria desde el punto de vista médico**

El centro brinda los servicios necesarios de atención médica y de salud del comportamiento necesario a todos los pacientes que se presentan en cualquiera de las sedes del centro, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios de atención médica necesaria son aquellos servicios razonablemente previstos para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro la vida, causar sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal

funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultar en enfermedad o dolencia. Los servicios necesarios de atención médica desde el punto de vista médico incluyen los servicios ambulatorios autorizados en virtud del Título XIX de la Ley de Seguridad Social.

El profesional médico tratante determinará el tipo y nivel de atención y tratamiento necesarios para cada paciente basándose en los síntomas clínicos que presenta y conformes con los siguientes estándares de práctica. El centro cumple con los requisitos de la ley federal de Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) mediante la realización de un examen de detección médica para pacientes que se presentan en el centro buscando servicios de emergencia para determinar si existe una condición médica de emergencia.

La clasificación entre los servicios que son y no son de emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como también en la decisión clínica del médico tratante. El centro emplea las siguientes definiciones de servicios de atención médica de emergencia o urgencia que se proporcionan a continuación para determinar la cobertura permisible de emergencia y de cobertura de deudas urgentes bajo el programa de asistencia financiera del centro, incluida la Health Safety Net.

#### **A. Servicios de atención médica de emergencia y urgencia**

Todo paciente que se presente en una sede del centro solicitando servicios de emergencia o de urgencia será evaluado con base en los síntomas clínicos que presenta, independientemente de la identificación, cobertura de seguro o capacidad de pago del paciente. El centro no se involucrará en acciones que desalienten a las personas a solicitar atención médica de emergencia o de urgencia, como exigirles a los pacientes que paguen antes de recibir tratamiento para alguna condición médica de emergencia, o interferir en los exámenes de detección y en la atención médica de emergencia que pudiera proporcionar discutiendo primero el programa de asistencia financiera del centro o la elegibilidad para los programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen el tratamiento para lo siguiente:
  - i. Una condición médica, física o mental, que se manifieste con síntomas de suficiente gravedad, incluyendo el dolor intenso para *que una persona prudente que no sea un especialista, quien posea conocimientos básicos de salud y medicina, pueda razonablemente creer que la falta de atención médica inmediata podría poner en grave peligro la salud del individuo, o de otra persona u ocasionar el deterioro grave de funciones corporales o la disfunción grave de un órgano o parte corporal*, o con relación a una mujer embarazada, tal como se define en detalle en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
  - ii. De conformidad con los requisitos federales, EMTALA se activa por toda persona que se presente en alguna propiedad del centro solicitando exámenes o tratamientos de emergencia (tal como se define arriba), o que ingrese al departamento de emergencia solicitando exámenes o tratamientos para una condición médica. Es muy frecuente que personas sin citas se presenten en el departamento de emergencia. No obstante, las personas sin citas que se presentan en cualquier otra unidad, clínica o área auxiliar ambulatoria solicitando servicios para una afección de emergencia también serán evaluadas y posiblemente transferidas a otra sede más adecuada para realizarles exámenes médicos de

detección de conformidad con EMTALA. El paciente se someterá a exámenes y tratamientos para afecciones de emergencia, o a cualquier otro servicio que se proporcione en la medida que lo requiera EMTALA, los cuales calificarán como atención de emergencia. El médico tratante u otro personal médico calificado del hospital determinarán si se trata o no de una condición médica de emergencia, tal como se documenta en los archivos médicos del hospital.

- b. Los servicios de atención médica de urgencia incluyen el tratamiento para lo siguiente:
  - i. Servicios necesarios desde el punto de vista médico prestados en el centro tras la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, manifestándose con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo el dolor intenso) de tal manera *que una persona prudente pueda razonablemente creer que en la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría razonablemente poner en peligro la salud de un paciente u ocasionar el deterioro grave de funciones corporales o la disfunción grave de un órgano o parte corporal*. Los servicios de atención médica de urgencia se proporcionan para condición médicas que no son mortales y que no representan ningún riesgo de daños severos en la salud de una persona. Los servicios de atención médica de urgencia no incluyen la atención primaria u electiva.

#### **B. Servicios que no son de emergencia ni urgencia:**

En el caso de los pacientes (1) cuyos médicos tratantes determinan que no se trata de atención de emergencia o urgencia, o (2) que buscan atención y tratamiento luego de haber estabilizado una condición médica de emergencia, el centro puede considerar que esa atención califica como primaria u electiva.

- a. Los servicios primarios u electivos incluyen toda atención médica que no se considera de urgencia ni de emergencia, y que es requerida por individuos o familias para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Por lo general, estos servicios hacen referencia a procedimientos o consultas clínicas o de salud del comportamiento que el paciente o el proveedor de atención médica programaron de antemano o el mismo día en alguna sede del centro. La atención primaria comprende los servicios de atención médica que habitualmente proporcionan médicos clínicos, médicos de cabecera, especialistas en medicina interna, pediatras generales y enfermeros especializados o auxiliares médicos de atención primaria en un servicio de atención médica primaria. La atención primaria no requiere los recursos especializados del departamento de emergencias y excluye los servicios complementarios y de atención de maternidad.
- b. Los servicios de atención médica que no son de emergencia ni urgencia (es decir, atención primaria u electiva) pueden retrasarse o aplazarse con base en las consultas con el personal médico del centro y con el proveedor de tratamiento o atención primaria del paciente, si está disponible según corresponda. La cobertura para servicios de atención médica, incluyendo las consultas clínicas o de salud del comportamiento, se establece y describe en manuales de cobertura y necesidad médica de una aseguradora médica pública y privada. Si bien el centro intentará determinar la cobertura con base en la cobertura de seguro conocida y disponible del paciente, es posible que le cobre al paciente si los servicios no son reembolsables y si el paciente aceptó que se le facture.

- c. Es posible que la cobertura de un programa de asistencia financiera público, privado o del centro no se aplique a determinados procedimientos primarios u electivos que no son reembolsables mediante esas opciones de cobertura. Si el paciente no sabe con certeza si un servicio tiene cobertura, debe comunicarse con el personal del centro en el Departamento de Cuentas de Pacientes en 10 Gove Street, East Boston, de lunes a viernes de 8:30 am a 4:30 pm, para determinar las opciones de cobertura disponibles.

**C. Sedes del centro que proporcionan servicios de atención médica necesaria y que están cubiertos por la Política de asistencia financiera:**

La siguiente es una lista de las sedes que se rigen por la Política de asistencia financiera del centro:

East Boston Neighborhood Health Center, 10 Gove Street, Boston, MA 02128  
East Boston Neighborhood Health Center, 20 Maverick Square, East Boston, MA 02128  
East Boston Neighborhood Health Center, 79 Paris Street, East Boston, MA 02128  
EBNHC Emergency Department, 10 Gove Street, Boston, MA 02128  
Winthrop Neighborhood Health, 17 Main Street, Winthrop, MA 02152

Además, la política de asistencia financiera del centro cubre los servicios emergentes, urgencias y atención primaria proporcionados por los proveedores incluidos en el anexo A en las ubicaciones de los centros mencionados anteriormente.

**II. Programas de asistencia pública y asistencia financiera del centro**

**A. Panorama general de la cobertura médica y programas de asistencia financiera**

Los pacientes del centro pueden ser elegibles para recibir servicios de asistencia médica gratuitos o con un costo reducido a través de varios programas de asistencia pública estatales, además de programas de asistencia financiera del centro (incluidos, entre otros, Mass Health, el programa de asistencia de pago de primas administrado por Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net, Medical Hardship y el programa de Sliding Fee Discount). Dichos programas tienen como propósito asistir a pacientes con bajos ingresos, tomando en cuenta la habilidad individual de contribuir al costo de su asistencia médica. Para aquellos individuos sin cobertura o con cobertura insuficiente, el centro los asistirá, cuando sea requerido, para solicitar cobertura médica a través de programas de asistencia pública, o programas de asistencia financiera del centro que puedan cubrir todas o algunas de sus cuentas sin pagar del centro.

**B. Programas estatales de asistencia pública**

El centro está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en programas estatales de cobertura médica. Dichos programas incluyen a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector y Children's Medical Security Plan. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud en línea ubicado en la página web del programa estatal Health Connector, una solicitud en papel o por teléfono, con un representante de atención al público ubicado en MassHealth o Health Connector. Los individuos también pueden solicitar asistencia a los asesores financieros del centro (también llamados asesores habilitados de solicitud) para presentar la solicitud en línea o impresa.

### **C. Asistencia financiera del centro**

El centro también brinda asistencia económica a los pacientes cuyos ingresos demuestren una inhabilidad para pagar el total o una parte de los servicios brindados. Es posible que se les solicite a los pacientes que residen en Massachusetts o en el área de servicio del centro que completen su solicitud del estado para la cobertura de Medicaid o de la cobertura médica subsidiada, antes de buscar cobertura a través de las propias opciones de asistencia financiera del centro. Los pacientes que califican son elegibles para la Política de asistencia financiera del centro con base en los siguientes criterios:

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

A través de su participación en el programa Health Safety Net de Massachusetts, el centro brinda asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente que residen en Massachusetts y que cumplen con los requisitos de ingreso. El programa Health Safety Net se creó para distribuir de una manera más equitativa el costo de brindar asistencia sin cargo a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente, a través de asistencia sin cargo o con descuento a través de hospitales de cuidado agudo en Massachusetts. El consorcio del programa Health Safety Net de asistencia sin cargo se lleva a cabo a través de la evaluación de la capacidad de cada hospital para cubrir el costo de la atención para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, que cuenten con un ingreso inferior al 300 % del nivel de pobreza federal. La política de asistencia financiera del centro incluye los servicios del programa Health Safety Net como parte de la asistencia sin cargo brindada a pacientes con bajos ingresos.

A través de su participación en el programa Health Safety Net, los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el centro pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera, incluyendo los servicios elegibles sin costo o subsidiados parcialmente del programa Health Safety Net, establecidos en 101 CMR 613:00.

##### *(a) Health Safety Net Primario*

Los pacientes sin seguro que sean residentes de Massachusetts con un ingreso bruto ajustado modificado comprobado de MassHealth o un ingreso familiar de Medical Hardship, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04(1), entre 0 - 300 % del nivel de pobreza federal, pueden ser elegibles para recibir los servicios del programa Health Safety Net.

El periodo de elegibilidad y el tipo de servicios para el programa Health Safety Net primario está limitado para los pacientes elegibles para la inscripción en el programa de Premium Assistance Payment Program administrado por Health Connector, tal como se describe en 101 CMR 613.04 (5) (a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa Student Health de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para Health Safety Net primario.

##### *(b) Health Safety Net Secundario*

Los pacientes que sean residentes de Massachusetts y que cuenten con asistencia médica primaria y un ingreso familiar bruto ajustado modificado de MassHealth, o el ingreso familiar contable de Medical Hardship, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04 (1), de entre 0 % y 300 % del nivel de pobreza federal, pueden ser elegibles para recibir los servicios elegibles de

Health Safety Net. El periodo de elegibilidad y el tipo de servicio para el programa Health Safety Net secundario se limita a los pacientes elegibles para la inscripción en el programa de Premium Assistance Payment administrado por Health Connector, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04 (5) (a) y (b). Pacientes sujetos a los requisitos del programa de salud estudiantil de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para Health Safety Net secundario.

*(c) Health Safety Net - Deducibles parciales*

Los pacientes que califican para Health Safety Net primario o Health Safety Net secundario con un ingreso familiar bruto ajustado modificado de MassHealth, o un ingreso familiar contable de Medical Hardship de entre 150,1 % y 300 % del nivel de pobreza federal, pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo familiar para facturación de la prima (Premium Billing Family Group) tienen un ingreso mayor que el 150,1 % del nivel federal de pobreza. Este grupo se encuentra establecido en 130 CMR 501.0001.

Si cualquier miembro del Grupo familiar para facturación de la prima tiene un nivel de pobreza federal inferior que el 150,1 %, no habrá deducible para ningún miembro del Grupo familiar para facturación de la prima. El deducible anual equivale al mayor de:

1. La prima con el costo más bajo del programa de Premium Assistance Payment de Health Connector, ajustada al tamaño del Grupo familiar para facturación de la prima proporcionalmente a los estándares de ingresos del nivel de pobreza federal de MassHealth, a partir del inicio del año de calendario; o
2. El 40 % de la diferencia entre el ingreso familiar bruto ajustado modificado de MassHealth más bajo o el ingreso familiar contable de Medical Hardship, tal como se lo describe en 101 CMR 613.04 (1), en el Grupo familiar para facturación de la prima del solicitante y el 200 % del nivel federal de pobreza.

*(d) Health Safety Net - Medical Hardship*

Un residente de Massachusetts de cualquier ingreso puede calificar para *Medical Hardship* a través de Health Safety Net, si los gastos médicos admisibles agotaron su ingreso contable de manera tal que no pueda pagar por los servicios médicos. Para poder recibir los beneficios de *Medical Hardship*, los gastos médicos permitidos del solicitante deben exceder un determinado porcentaje del ingreso contable del solicitante establecido en 101 CMR 613, a continuación:

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

La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado del ingreso contable en 101 CMR 613.05(1)(b), con base en el nivel de pobreza federal familiar de *Medical Hardship*, multiplicado por el ingreso contable real, menos las cuentas no elegibles para el pago

de Health Safety Net y por las cuales el solicitante deberá hacerse cargo. Los requisitos adicionales para *Medical Hardship* se especifican en 101 CMR 613.05.

## ***C2. Asistencia caritativa provista por HSN para Individuos elegibles***

Los individuos que reúnan los requisitos de elegibilidad y califiquen para recibir asistencia financiera bajo un programa de Health Safety Net descrito en I.C1 de la política, pueden tener cuentas existentes por los servicios que se prestaron antes de los 10 días que preceden la solicitud de la cobertura Health Safety Net. Bajo las normas de Health Safety Net, ciertos servicios primarios y electivos no serán elegibles para la cobertura bajo Health Safety Net antes del periodo de 10 días, y el individuo es responsable por tales montos de facturación. Al momento que se determina la elegibilidad de Health Safety Net, BMC proveerá una cobertura caritativa del 100 % de dichas facturas por los servicios prestados antes del periodo de 10 días y no volverá a ocuparse de un cobro posterior de dichos servicios.

## ***C3. Programa de asistencia financiera del centro según el ingreso.***

Los pacientes que llenen los requisitos para calificar para programa de Sliding Fee Discount, a lo mejor pueden ser elegibles para descuentos adicionales, basados en su ingreso y el tamaño de su familia. Los pacientes con un nivel de ingreso en o menos del 200% del nivel federal de pobreza, quizá puedan calificar.

## **D. Limitaciones de los cobros**

De acuerdo a la política de asistencia financiera para servicios de atención médica necesaria y de emergencia, el centro no le cobrará a ningún individuo que sea elegible para la asistencia, más que «el monto generalmente facturado» a individuos que cuentan con seguro por dicho servicio médico. A tal fin, «el monto facturado generalmente» se determina con el uso de la tasa de reintegro de Medicare.

De acuerdo a la política de asistencia financiera, el centro le cobrará a cualquier individuo elegible para recibir asistencia un monto menor a los cargos brutos por dicha atención médica.

## **E. Avisos y solicitud para la asistencia financiera del centro y los programas de asistencia pública**

### ***E.1 Avisos de asistencia financiera disponibles del centro y opciones de asistencia pública***

Para aquellos individuos sin seguro o con seguro insuficiente, el centro trabajará con pacientes para ayudarles a solicitar asistencia pública o programas de asistencia financiera del centro que puedan cubrir todas o algunas de sus cuentas sin pagar del centro. Con el propósito de ayudar a los individuos sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar opciones disponibles y apropiadas, el centro brindará a todos los individuos un aviso general sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública y asistencia financiera durante el registro inicial en persona del paciente en una sede del centro para recibir un servicio, en todas las facturas que se envían a un paciente o garante, y cuando el proveedor sea notificado, o se percate por su diligencia debida de un cambio en el estado de elegibilidad del paciente para la cobertura de seguro pública o privada.



Además, el centro también publica avisos generales en áreas de prestaciones de servicios donde hay un área de registro o de facturación en los departamentos de acceso al paciente, y en áreas de oficina de asuntos generales que se utilizan habitualmente por los pacientes (p.ej. áreas de registro u oficinas de servicios financieros para pacientes que se encuentran abiertas al público de manera activa). El aviso general informará a los pacientes acerca de la disponibilidad de la asistencia pública y de la asistencia financiera del centro (incluye a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net, Medical Hardship y el programa de Sliding Fee Discount), además de la(s) sede(s) dentro del centro o los números de teléfono para llamar y programar una cita con el personal de accesos al paciente. La meta de dichos avisos es asistir a los individuos para solicitar cobertura dentro de uno o más de estos programas.

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

El centro está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse en un programa estatal de asistencia pública. Dichos programas incluyen a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector y Children's Medical Security Plan. Con base en la información provista por el paciente, el centro también identificará las opciones de cobertura disponibles a través de su programa de asistencia financiera, incluidos los programas Health Safety Net, Medical Hardship y el programa de Sliding Fee Discount.

Para otros programas además de Medical Hardship, los solicitantes pueden presentar una solicitud en línea a través de una página web (la cual se encuentra ubicada en la página web del programa estatal Health Connector), una solicitud en papel o pueden aplicar por teléfono comunicándose con un representante de atención al público ubicado en MassHealth o Connector. Los individuos también pueden solicitar asistencia del Departamento de Cuentas de Paciente para presentar la solicitud en línea o impresa.

En el caso de Medical Hardship, el centro trabajará con el paciente para determinar si un programa así como el Medical Hardship es apropiado, y presentará una solicitud de Medical Hardship a Health Safety Net. El paciente tiene la obligación de proveer oportunamente toda la información necesaria, tal como la solicita el centro para asegurarse de que el centro pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente puede proveer toda la información en tiempo y forma, el centro se empeñará en presentar la solicitud total y completa dentro de cinco (5) días hábiles de recibir la información necesaria y solicitada. Si la solicitud total y completa no se presenta dentro de los cinco días hábiles de recibir toda la información necesaria, es posible que no se tomen acciones de cobranza contra el paciente con respecto a las facturas elegibles para Medical Hardship.

El centro también puede asistir a pacientes con el proceso de inscripción en Health Safety Net, utilizando un proceso de determinación presuntiva que concede un periodo limitado de elegibilidad. Dicho proceso lo lleva a cabo el personal del centro, quien, con base en la certificación de la información financiera del paciente, considerarán que un paciente cumple con la definición de paciente con bajos ingresos y que cuenta con cobertura únicamente para los servicios de Health Safety Net. La cobertura comenzará en la fecha en la que el proveedor toma la determinación, y tendrá vigencia hasta el fin del mes siguiente en el que se toma la presunta determinación. Sin embargo, la cobertura puede terminarse antes si el paciente presenta una solicitud completa, como se describió anteriormente.

### ***E.3 El rol del asesor financiero del centro***

El centro ayudará a los individuos sin seguro o con seguro insuficiente a solicitar cobertura médica a través de un programa de asistencia pública (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector y el programa Children's Medical Security), y trabajará con individuos para inscribirlos de manera apropiada. El centro también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera del centro, la cual incluye cobertura a través de Health Safety Net y Medical Hardship.

El centro hará lo siguiente:

- a) Facilitar información sobre el rango completo de programas, incluyendo MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas de Health Connector, el programa Children's Medical Security, Health Safety Net y Medical Hardship;
- b) Ayudar a los individuos a completar una nueva solicitud para cobertura o a presentar una renovación de una cobertura existente;
- c) Trabajar con el individuo para obtener toda la documentación requerida;
- d) Presentar solicitudes o renovaciones (junto con toda la documentación requerida).
- e) Interactuar cuando corresponda y según sea permitido bajo las limitaciones actuales del sistema, con los programas sobre el estado de tales solicitudes y renovaciones;
- f) Ayudar a facilitar la inscripción de solicitantes o de beneficiarios en programas de seguros; y
- g) Ofrecer y brindar asistencia de inscripción en el registro de votantes.

El centro aconsejará a los pacientes sobre su obligación de proveer al centro y a la agencia estatal la información aplicable exacta de su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social (si dispone de uno), opciones de coberturas de seguro actuales del paciente (incluyendo del hogar, del automóvil y otros seguros de responsabilidad) que puedan cubrir el costo de la asistencia recibida, cualquier otro recurso financiero e información sobre la ciudadanía y residencia. Dicha información será presentada al estado como parte de la solicitud para el programa de asistencia pública para determinar la cobertura por los servicios provistos al individuo.

Si el individuo o el garante es incapaz de proporcionar la información necesaria, el centro puede (a petición del paciente) hacer esfuerzos razonables para obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Tales esfuerzos incluyen el trabajo con personas, cuando sean solicitados por el individuo, para determinar si una factura por servicios debe enviarse a la persona para ayudar a satisfacer el deducible anual. Esto ocurrirá cuando el paciente programa servicios, durante el registro previo, al momento de la alta médica o por un periodo razonable luego de recibir el alta médica. La información que obtenga el Departamento de Cuentas de Paciente, se mantendrá conforme a las leyes federales y estatales aplicables de seguridad y privacidad.

El centro también le avisará al paciente durante el proceso de solicitud de la responsabilidad del paciente para informarles tanto al centro como a la agencia estatal que brinda cobertura de servicios de asistencia médica a cualquier tercero que pueda ser responsable del pago de reclamos, incluidos del hogar, del automóvil u otra responsabilidad de pólizas de seguro. Si el paciente ha presentado un reclamo de terceros o ha presentado una demanda contra un tercero, el Departamento de Cuentas de Pacientes notificará al paciente cuál es el requerimiento para notificarles al prestador y al programa estatal dentro de los 10 días de tales

acciones. También se le informará al paciente que el mismo debe reembolsar a la agencia estatal apropiada el monto de la asistencia médica cubierta por el programa estatal si hay una reclamación, o asignar derechos al estado para permitirle recuperar el monto aplicable correspondiente.

Cuando un individuo contacta al centro, el centro intentará identificar si el individuo califica para un programa de asistencia pública o para el programa de asistencia financiera del centro. Un individuo inscrito en un programa de asistencia pública puede calificar para ciertos beneficios. Los individuos también pueden calificar para recibir asistencia adicional a través del programa de asistencia financiera del centro basado en el ingreso documentado del individuo y los gastos médicos permisibles.

*Última revisión: Noviembre 9, 2016*

*Aprobación de la junta: Noviembre 9, 2016*