
Política
de Créditos
y Cobros

信用與催收政策

Политика предоставления кредита и взыскания задолженности

Política de Crédito e Cobrança

Credit and Collection Policy

Chính sách Tín dụng và Thu hồi Nợ

TABLA DE CONTENIDO

| | | | |
|---|----------|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 | 7. RESIDENTES FUERA DE MASSACHUSETTS | 10 |
| 2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA | 3 | A. Residentes estadounidenses fuera de Massachusetts | 10 |
| A. Principio general | 3 | B. Pacientes internacionales | 10 |
| B. Servicios de emergencia y de urgencia | 3 | 8. ARREGLOS DE PAGO | 10 |
| C. Servicios que no son emergencia ni de urgencia | 4 | A. Generalidades | 10 |
| D. Ubicaciones a las que los pacientes se pueden presentar para obtener servicios | 4 | B. Formas de pago | 10 |
| 3. COBROS Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES | 4 | C. Moneda | 10 |
| A. Servicios de emergencia y de urgencia | 4 | D. Planes de pagos | 10 |
| B. Servicios que no son emergencia ni de urgencia | 5 | E. Depósitos | 11 |
| 4. DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE | 5 | 9. FACTURACIÓN Y COBROS A LOS PACIENTES | 11 |
| A. Principios generales | 5 | A. Principios generales | 11 |
| B. Preparación de estimaciones | 5 | B. Prácticas de facturación del Hospital, que incluyen estados de cuenta, cartas y llamadas a los pacientes | 11 |
| C. Pacientes asegurados | 5 | C. Aviso de recargo | 12 |
| D. Pacientes sin seguro (pagos hechos por el paciente) | 6 | D. Situaciones especiales de cobros | 12 |
| 5. SERVICIOS DE COORDINACIÓN FINANCIERA | 6 | E. Consideraciones especiales de procesamiento de cuentas | 13 |
| A. Generalidades | 6 | 10. ASIGNACIÓN A CUENTAS INCOBRABLES | 14 |
| B. Comunicación de Servicios de Coordinación Financiera | 6 | A. Transferencia de cuentas a cuentas incobrables | 14 |
| C. Residencia | 7 | B. Agencias de cobros | 14 |
| D. Asistencia financiera, descuentos y atención caritativa del Hospital | 7 | C. Embargos sobre la liquidación | 14 |
| E. Consideraciones especiales para las solicitudes | 7 | D. Medidas extraordinarias de cobranza (ECA) | 14 |
| 6. PROGRAMAS ESTATALES—RESIDENTES DE MASSACHUSETTS | 7 | E. Esfuerzos razonables | 14 |
| A. Proceso de presentación de solicitudes—Todos los programas estatales que no sean para pacientes en situaciones médicas difíciles | 7 | 11. SALDOS A FAVOR Y REEMBOLSOS | 14 |
| B. Proceso de presentación de solicitudes—HSN—Pacientes en situaciones médicas difíciles | 7 | 12. EVENTOS NOTIFICABLES GRAVES (SRE) | 14 |
| C. Aprobación para recibir cobertura de los programas estatales | 8 | 13. CUMPLIMIENTO CON LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA) | 14 |
| D. Efecto de una solicitud pendiente de HSN/MassHealth | 8 | 14. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES | 15 |
| E. Apelación de resultado | 8 | 15. PUBLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CRÉDITOS Y COBROS | 15 |
| F. HSN—Elegibilidad y consideraciones de cobertura para pacientes con bajos ingresos | 8 | | |

I. INTRODUCCIÓN

Esta política de Créditos y Cobros aplica a Tufts Medical Center, que en esta política se denominará comúnmente como “Tufts MC” o el “Hospital”, tiene el compromiso de ofrecer a la comunidad servicios de atención médica de calidad. Tufts Medical Center está conformado por Tufts Medical Center, un hospital universitario y de investigación sin fines de lucro, que presta servicios completos de remisión terciaria y cuaternaria, y Floating Hospital for Children, un hospital que presta servicios pediátricos completos ubicado en Boston. Tufts MC es un encargado del cuidado de primera línea que presta atención médicamente necesaria a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. Tufts MC 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.

Al prestar sus servicios, Tufts MC no debe discriminar según la raza, color, país de origen, ciudadanía, estado de extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, edad o discapacidad. Este aplica tanto a la materia como a la aplicación de las políticas del hospital referentes a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o tratamiento, planes de pagos, admisiones o servicios postergados, estado de paciente con bajos ingresos y prácticas de facturación y cobros.

Esta Política de Créditos y Cobros tiene como fin preservar los activos del Hospital y mantener una sólida base financiera para sus operaciones, mientras que, de manera simultánea, equilibra las necesidades de nuestra comunidad y los pacientes que servimos. Esta política establece las directrices generales del Hospital para adquirir y verificar la información, para clasificar pacientes de acuerdo a su capacidad de pago y para recolectar pagos de compañías aseguradoras externas, pacientes, los fiadores de estos y otras personas o entidades responsables del pago de los servicios de atención médica. La política del Hospital debe cumplir con los requisitos establecidos en las leyes estatales y federales aplicables al llevar a cabo estas funciones y actualizar sus prácticas según las enmiendas que vayan teniendo dichas leyes.

Se espera que los pacientes que poseen los medios paguen para obtener los servicios que presta Tufts MC. Esta política supone que los pacientes que tienen acceso a seguros económicos presenten una solicitud para recibir cobertura y la mantengan. En caso de que los pacientes no puedan pagar los servicios médicamente necesarios, el Hospital los ayuda a obtener asistencia financiera de los programas de gobierno y otras fuentes, cuando corresponde. Para permanecer viable mientras cumple su misión, Tufts MC debe cumplir con su responsabilidad fiduciaria para facturar y cobrar los servicios médicos que les presta a los pacientes. Esta Política de Créditos y Cobros se desarrolló para asegurar el cumplimiento con las leyes aplicables, que incluyen pero no se limitan a: (1) el reglamento de Elegibilidad para la Red de Seguridad del Estado (State’s Health Safety Net Eligibility) (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 M.G.L. § 228; (3) los Requisitos de las Deudas Incobrables de Medicare de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, “CMS”) (42 C.F.R. § 413.89), y (4) Artículo 501(r) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code).

El Consejo de Administración designó al director financiero del Hospital como responsable de asegurarse que la Red de Seguridad de Salud tenga una copia electrónica actualizada de la Política de Créditos y Cobros y de los documentos y anexos de respaldo.

Esta política aplica a los servicios prestados y facturados por el Hospital en las ubicaciones establecidas en el Anexo A: Ubicación de Tufts Medical Center, entidades participantes. Esta política no aplica a los servicios prestados y facturados por las entidades indicadas en el Anexo B, Lista de proveedores afiliados de Tufts Medical Center, entidades no participantes, incluso en el caso en que dichos servicios podrían prestarse en las ubicaciones del Hospital establecidas en el Anexo A.

II. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

A. Principio general

A todos los pacientes que se presentan para recibir tratamientos no programados se les evaluará en conformidad con las clasificaciones que incluye esta sección. Los servicios de emergencia y de urgencia (tal y como los define la Sección II(B) siguiente) no se denegarán ni postergarán debido a la capacidad del Hospital para identificar a un paciente, su cobertura de seguro o su capacidad de pago. Sin embargo, los servicios que no son de emergencia ni de urgencia (tal y como los define la Sección II(C) siguiente) pueden posponerse indefinidamente en aquellos casos en los que el Hospital no pueda determinar una fuente de pago por los servicios, basándose en la consulta con el profesional médico que está tratando al paciente.

El tratamiento de urgencia asociado con los síntomas clínicos que presenta cada paciente lo determinará un profesional médico, en conformidad con los estándares de cuidado locales, estatales y nacionales y con las políticas y procedimientos del personal médico del Hospital. Es importante notar que la clasificación de los estados médicos de los pacientes se hace solamente para fines de administración clínica, y dichas clasificaciones pretenden tomar en cuenta el orden en que el personal clínico del Hospital debería atender a los pacientes en base a los síntomas clínicos que estos presentan. Estas clasificaciones no reflejan la evaluación médica del estado médico del paciente como la refleja el diagnóstico final.

B. Servicios de emergencia y de urgencia

Los “Servicios de emergencia” tal y como se denominan en esta política, incluyen:

Servicios médicamente necesarios que se prestan después de que se presenta un estado médico, ya sea físico o mental, el cual se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, que incluyen dolor grave, a tal grado que la ausencia de atención

médica inmediata podría tener como consecuencia razonable, según el conocimiento promedio de salud y medicina de una persona prudente, que se ponga en peligro grave la salud de la persona o de otra persona, grave deterioro de las funciones corporales o mal funcionamiento de cualquier órgano o parte del cuerpo o una mujer embarazada, según se define en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Califican como servicios de emergencia las evaluaciones médicas generales y cualquier tratamiento de estabilización para un estado médico de emergencia, que incluye, entre otros, la atención médica como paciente hospitalizado o cualquier otro servicio prestado hasta el grado que establece EMTALA (Emergency Medical Treatment and Labor Act, Ley de Parto y Tratamiento Médico de Emergencia) (42 U.S.C. § 1395(dd)).

Los “Servicios de urgencia” tal y como se denominan en esta política, incluyen:

Servicios médicamente necesarios que se prestan después de la aparición repentina de un estado médico, ya sea físico o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (que incluyen dolor intenso) que una persona prudente podría creer que la ausencia de atención médica en un plazo de 24 horas podría tener como consecuencia razonable que se ponga en peligro la salud del paciente, grave deterioro de las funciones corporales o mal funcionamiento de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se prestan para estados que no amenazan la vida y no representan un alto riesgo de daño grave a la salud de la persona.

Requisitos de nivel de EMTALA:

De acuerdo con la Ley de Parto y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA), se requiere que el Hospital les haga una evaluación médica general a todas las personas que se presentan al departamento de emergencias del Hospital para requerir atención para un estado médico, y a todas las personas que se presentan a las instalaciones del hospital para solicitar atención para un estado médico de emergencia, para determinar si, en realidad, están experimentando un estado médico de emergencia. Si el médico u otro miembro del personal médico calificado del Hospital determina que un paciente está experimentando un estado médico de emergencia, el Hospital tiene la obligación, en conformidad con EMTALA, de proporcionar a la persona un tratamiento de estabilización dentro de su capacidad y habilidades. La magnitud de los servicios del Hospital que son necesarios para llevar a cabo una evaluación médica general apropiada, así como el alcance del tratamiento requerido para estabilizar el estado médico de emergencia, según lo requiere EMTALA, que incluye, entre otros, la admisión de un paciente al Hospital, se le proporcionan al paciente en base a la evaluación que hizo el médico o el personal médico calificado del hospital, la cual se documenta en el expediente médico.

C. Servicios que no son emergencia ni de urgencia.

Los “Servicios que no son de emergencia ni de urgencia” tal y como se denominan en esta política, generalmente incluyen, ya sea servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de servicios de emergencia o de urgencia establecida en la Sección II(B) de esta política, o servicios que, según lo determinó un profesional médico tratante, no son médicamente necesarios, tales como servicios no médicos (p. ej., sociales, educativos, vocacionales, cirugía cosmética, investigación y otros) (la última categoría de servicios puede describirse en esta política como *Servicios no médicamente necesarios*). Normalmente, aunque no siempre, el paciente programa estos servicios con anticipación. El Hospital puede declinar prestarle al paciente servicios que no son de emergencia ni de urgencia en aquellos casos en los que el Hospital no logra determinar si se pagarán los servicios.

D. Ubicaciones a las que los pacientes se pueden presentar para obtener servicios

Referencia Anexo A.

III. COBROS Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

Es obligación del paciente proporcionar al Hospital información completa y puntual sobre seguros e información demográfica y conocer cuáles son los servicios que cubre su póliza de seguros. El Hospital hará esfuerzos diligentes para identificar positivamente a todos los pacientes y para obtener, registrar y verificar la información financiera y demográfica completa de los pacientes que solicitan atención. La información que se va a obtener incluye la información demográfica (es decir, nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social, sexo, fecha de nacimiento y otros datos pertinentes del paciente) y la información sobre seguros médicos (que incluye el nombre y la dirección, el número de póliza, el número de grupo, la información del suscriptor y la información de beneficios, tales como los copagos, deducibles y coaseguro) que sea suficiente para garantizar el pago por los servicios. El requisito para que el Hospital obtenga información completa debe tomar en cuenta el estado del paciente, y las necesidades de atención médica del paciente deben ser la prioridad. Para los pacientes hospitalizados, la verificación se puede llevar a cabo en cualquier momento, durante la prestación de servicios, durante el alta o durante el proceso de cobro. Para los pacientes ambulatorios, la verificación se puede llevar a cabo en el momento en que el paciente recibe los servicios que no son de emergencia ni de urgencia o durante el proceso de cobro.

A. Servicios de emergencia y de urgencia

El registro y la admisión de los pacientes de emergencia y de urgencia se llevarán a cabo en conformidad con los requisitos de EMTALA. Generalmente, la información demográfica y de seguros del paciente se puede recopilar en conformidad con el proceso de registro normal del Hospital, siempre que dicha recopilación de información no retrase la evaluación médica general y/o cualquier tratamiento de estabilización. Cuando un paciente no puede proporcionar su información demográfica ni de seguros al momento del servicio y el paciente está de acuerdo, se deben hacer los esfuerzos necesarios para

entrevistar a los familiares o amigos que lo acompañan o que el paciente indique. Cuando sea factible, la información de seguros que proporcione el paciente debe confirmarse con el pagador por vía electrónica u otro método disponible. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia el personal del Hospital verificará el estado del seguro de un paciente, obtendrá la autorización previa de los pagadores externos o le dará al paciente los formularios de responsabilidad financiera antes de la evaluación médica general y de la iniciación de cualquier tratamiento de estabilización.

B. Servicios que no son emergencia ni de urgencia

El registro y admisión de los pacientes que no son de emergencia ni de urgencia deben llevarse a cabo antes de que se presten los servicios. A los pacientes admitidos o readmitidos también se les revisará y actualizará su información demográfica, información de seguros e información financiera, que incluye, según corresponde, la verificación del estado de su seguro a través de la vía electrónica u otros métodos disponibles. Los pacientes tienen la responsabilidad de actualizar en el Registro su información demográfica y de seguros.

IV. DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

A. Principios generales

El Hospital hará los esfuerzos diligentes para determinar la responsabilidad financiera del paciente, tan pronto como sea razonablemente posible, durante el curso de la atención del paciente; siempre que la evaluación y la iniciación de cualquier tratamiento estabilizador que sea consistente con EMTALA se lleve a cabo para los pacientes de emergencia o de urgencia antes de llevarse a cabo las actividades que determinan la responsabilidad financiera del paciente. Los pacientes que son miembros de los planes de atención médica administrada, o de los planes de seguro con requisitos de acceso específicos, son responsables de comprender y cumplir con todos los requisitos del plan de seguro, que incluyen remisiones, autorizaciones, beneficios no cubiertos y otras restricciones de la 'red'. El Hospital le solicitará al asegurador cada vez que sea posible cualquier autorización previa, autorización o garantías de pagos. En algunas circunstancias, que incluyen los servicios de emergencia y de urgencia, estas remisiones y autorizaciones pueden llevarse a cabo después de la prestación de los servicios. A todos los pacientes que tienen un saldo pendiente por haber obtenido servicios se les informará que el personal de Coordinación Financiera está disponible para ayudarlos a cumplir con la responsabilidad financiera adquirida con Tufts MC. El Hospital hará sus mejores esfuerzos para avisarles a todos los pacientes sobre la existencia de cualquier responsabilidad financiera significativa antes de que estos reciban cualquier servicio que no sea de emergencia, ni de urgencia, en la medida que esta información esté disponible para el Hospital.

B. Preparación de estimaciones

Antes de recibir un servicio que no es de emergencia ni de urgencia, a solicitud del paciente, el Hospital debe presentar una estimación de la cantidad o cargo autorizado para prestar el servicio, que incluye la cantidad de cualquier cuota del centro. Por lo general, la información estimada la recopila y luego la calcula el Hospital, y se basa en las cantidades o los cargos autorizados del porcentaje histórico y en el servicio médico o quirúrgico proyectado y, si corresponde, en la duración estimada de la estancia. En la medida de las posibilidades del Hospital, las estimaciones tomarán en cuenta la responsabilidad del paciente, incluyendo los copagos, deducibles y coaseguro. Las estimaciones no toman en cuenta todos los servicios prestados y facturados por las organizaciones indicadas en el Anexo B. Los saldos finales pueden diferir de la estimación que se le proporcionó al paciente, debido a circunstancias extenuantes que pueden requerir procedimientos, exámenes y/o evaluaciones más completos. Las estimaciones requieren la participación del paciente y del profesional médico tratante, para identificar de manera razonable el futuro tratamiento y la atención clínica previstos. Cuando se identifiquen los servicios clínicos necesarios en que se basa la estimación, el Hospital tiene dos (2) días hábiles a partir de la fecha de la solicitud para finalizar el estimado y responderle preguntas al paciente. La estimación final se le proporciona al paciente con las opciones de pago.

C. Pacientes asegurados

El Hospital hará todos los esfuerzos diligentes para verificar el estado del seguro médico del paciente y para ayudar al paciente a cumplir con los requisitos de su plan de seguro médico. Los pacientes son los responsables de obtener remisiones de otros proveedores, cuando se requiere. La verificación del seguro ocurrirá de acuerdo con los principios previamente establecidos en la [Sección III](#) anterior. Cuando sea posible, esta verificación incluirá la determinación de la responsabilidad financiera prevista del paciente, que incluye los copagos, deducibles y coaseguro correspondientes. Cuando sea posible y clínicamente apropiado, se garantizará el pago del paciente por cualquier cantidad predeterminada (copagos, deducibles fijos) asociada con un servicio que no es de emergencia ni de urgencia, antes o en la fecha del servicio. Cuando sea posible y clínicamente apropiado, el Hospital puede cobrar los copagos y/o deducibles al momento del alta de un paciente de emergencia o de urgencia. En algunos casos, es posible que el plan de seguro del paciente y el tipo de cobertura no permitan una determinación exacta de la responsabilidad financiera del paciente antes de que se presten los servicios. En estos casos, el Hospital puede requerir un depósito que sea igual a su mejor estimación de la responsabilidad financiera prevista del paciente. Los pacientes que no pueden pagar antes de recibir cualquier tipo de servicio que no es de emergencia ni de urgencia, o inmediatamente después de recibir cualquier servicio de emergencia o de urgencia pueden ser remitidos a Coordinación Financiera.

1) Planes de seguro con contrato

El Hospital tiene contratos con varios planes de seguro. En estos casos, el Hospital solicitará el pago de todos los servicios cubiertos del plan de seguro. Para ayudar a los pacientes a establecer sus costos de desembolso directo, el Hospital, a solicitud del paciente, proporcionará suficiente información acerca del servicio propuesto que no es de emergencia ni de urgencia. Si el asegurador determina que un servicio en particular no tiene cobertura o, de otra manera, deniega el pago del mismo, entonces el pago de ese servicio se obtendrá directamente del paciente, en conformidad con el contrato de seguro pertinente. Cuando sea posible, el Hospital asistirá al paciente a apelar las denegaciones u otras decisiones adversas ante el plan de seguro del paciente, pero reconoce que a menudo, el plan de seguro requiere que dichas apelaciones las haga el paciente.

2) Planes de seguro sin contrato

El Hospital tendrá la cortesía de facturar a las compañías aseguradoras de los pacientes en aquellos casos en que el Hospital no tenga un contrato con el asegurador. Aunque el Hospital le facture al plan de seguro del paciente, la responsabilidad financiera principal la tendrá el paciente o el fiador (la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente). Si el asegurador no cumple con el pago de la factura del Hospital cuando corresponde, el Hospital procederá a facturarle los servicios directamente al paciente, a excepción de los casos en los que el paciente esté protegido contra cualquier medida de cobro (Sección IX(B)(6)). Los saldos pendientes después de cualquier pago de seguro se le facturarán al paciente. Cuando sea posible, el Hospital asistirá al paciente a apelar las denegaciones u otras decisiones adversas ante el plan de seguro del paciente, pero reconoce que a menudo el plan de seguro requiere que dichas apelaciones las haga el paciente.

D. Pacientes sin seguro (pagos hechos por el paciente)

Para los casos que cuentan con una estimación de cargos, se solicitará el pago total a los pacientes que no tienen seguro médico, y a los pacientes que no se ha determinado previamente que califican como “Paciente con bajos ingresos” en conformidad con la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net, HSN) de Massachusetts, según se indica en la Sección VI(F) siguiente. Cuando no hay una estimación disponible, se deberá obtener un depósito anticipado predeterminado para poder recibir cualquier servicio que no es de emergencia ni de urgencia. Si el paciente no hace el prepagado o indica no tener la capacidad de hacer el depósito, entonces puede remitirse a Coordinación Financiera.

Los pacientes sin seguro se remitirán a Coordinación Financiera para determinar su elegibilidad para los programas estatales y federales disponibles, y si son elegibles, Coordinación Financiera los ayudará a solicitar dichos programas. Esto incluye a los residentes de Massachusetts que hacen su solicitud a través de Health Connector del estado libre y soberano de Massachusetts. Además de la disponibilidad potencial de cualquier programa gubernamental, todos los pacientes sin seguro obtendrán información sobre posibles programas de asistencia financiera disponibles en conformidad con la Política de Asistencia Financiera del Tufts Medical Center (disponible en <http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance>, al llamar al Departamento de Coordinación Financiera del Hospital, al 617-636-6013, o al visitar personalmente Coordinación Financiera en las varias ubicaciones en 800 Washington Street, Boston, MA 02111). Si no existe la necesidad inmediata de prestar los servicios que determinó el profesional médico tratante, el servicio que no es de emergencia ni de urgencia puede posponerse indefinidamente hasta que el paciente pueda pagarlo, hacer los arreglos financieros adecuados, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra el servicio.

V. SERVICIOS DE COORDINACIÓN FINANCIERA

A. Generalidades

El Hospital hará los esfuerzos diligentes para identificar quiénes son los pacientes que probablemente están sin seguro o que están subasegurados para brindarles asesoría y asistencia. El Hospital les brindará asistencia financiera a esos pacientes y a sus familias, que incluye una evaluación de elegibilidad para otras fuentes de cobertura, tales como los programas gubernamentales federales o estatales, y les brindará información acerca de todos los métodos aceptables de pago para la factura del Hospital. Si se requiere asistencia financiera adicional, Coordinación Financiera puede otorgar a los pacientes más descuentos u otros ajustes, si califican dentro de la Política de Asistencia Financiera de Tufts MC. El paciente tiene muchas responsabilidades que cumplir para calificar para recibir asistencia, incluyendo la obligación de presentar toda la documentación necesaria y correcta. Cuando los pacientes pueden calificar para participar en los programas federales, que incluyen Medicare, el Hospital le informará al paciente sobre los programas potenciales y lo ayudará con la solicitud y documentación, cuando corresponda.

B. Comunicación de Servicios de Coordinación Financiera

El Hospital publica ampliamente la información acerca de la disponibilidad de los programas de asistencia financiera, que incluye a dónde ir para obtener ayuda: Consulte la Política de Asistencia Financiera de Tufts MC para obtener detalles adicionales (disponible en www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance).

C. Residencia

La residencia es determinante en la elegibilidad de asistencia financiera disponible para los programas de asistencia financiera estatales, federales y del Hospital. Consulte la Política de Asistencia Financiera de Tufts MC para obtener detalles adicionales (disponible en www.tuftsmedicalcenter.org/financiaministerio).

D. Asistencia financiera, descuentos y atención caritativa del Hospital

Se recomienda a los pacientes que primero soliciten los programas estatales o federales. Si el paciente no es elegible para estos programas, puede haber asistencia financiera disponible a través de la Política de Asistencia Financiera de Tufts MC.

E. Consideraciones especiales para las solicitudes

- 1) Solicitudes confidenciales: Las solicitudes confidenciales de asistencia financiera estatal o del Hospital pueden presentarse bajo dos circunstancias:
 - a. Menores: pueden presentarse solicitudes confidenciales de cobertura para los menores que se presentan para obtener servicios de planificación familiar y servicios relacionados con las enfermedades de transmisión sexual. Estas solicitudes pueden procesarse en base a los ingresos del menor, sin tomar en cuenta los ingresos de la familia. Estos pacientes deben remitirse a Coordinación Financiera.
 - b. Personas víctimas de abuso: estas personas también pueden solicitar cobertura sobre la base de sus ingresos individuales y no se requiere que informen cuál es su dirección principal. Estos pacientes deben remitirse a Coordinación Financiera.
- 2) Personas indocumentadas: Los pacientes pueden estar preocupados sobre las implicaciones migratorias que conlleva solicitar el estado de Paciente con bajos ingresos en conformidad con los programas estatales disponibles descritos en la Sección VI siguiente. Se recomienda que los pacientes con capacidad limitada de pago presenten solicitud para participar en programas estatales o programas patrocinados por el gobierno. Si los pacientes continúan expresando preocupación, puede remitírseles a las agencias externas para que obtengan asesoría. A los pacientes que no desean solicitar asistencia se les seguirá tratando como pacientes sin seguro y se les prestarán los servicios de emergencia y de urgencia. Los servicios que no son de emergencia ni de urgencia pueden posponerse indefinidamente hasta que el paciente pueda pagarlos, hacer los arreglos financieros adecuados, obtener un seguro o inscribirse en un programa de asistencia financiera que cubra los servicios.

VI. PROGRAMAS ESTATALES—RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

Además de respetar los siguientes procedimientos generales para pacientes sin seguro (Sección IV(C)) y pacientes subasegurados (Sección IV(D)), el Hospital recomienda que los pacientes que son potencialmente elegibles para recibir cobertura de los programas estatales u otros programas gubernamentales soliciten dicha cobertura; asimismo el Hospital podrá asistir al paciente para solicitar los beneficios. Los pacientes también pueden solicitar y obtener cobertura de HSN para coaseguro o deducibles no cubiertos por su plan de seguro principal; los copagos se excluyen de esta cobertura. Los programas estatales que puede solicitar un paciente incluyen, entre otros, MassHealth, HSN y otros programas a través de Health Connector (colectivamente, los “Programas estatales”).

A. Proceso de presentación de solicitudes—Todos los programas estatales que no sean para pacientes en situaciones médicas difíciles

El Hospital ayuda al paciente a completar la solicitud para los Programas estatales y a obtener y presentar la documentación necesaria requerida por el programa estatal correspondiente. Las personas solicitan cobertura a través de la solicitud adecuada que se presenta a través del sistema de inscripción del estado. La persona puede presentar una solicitud a través de un sitio web en línea, estratégicamente ubicado en el sitio web de Health Connector del estado, a través de una solicitud impresa o al llamar a un representante de servicio al cliente ya sea de MassHealth o Health Connector. Los documentos necesarios podrían incluir, entre otros, constancia de: (1) ingresos anuales del grupo familiar (recibos de la nómina, registro de pagos del Seguro Social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados de cuenta bancarios), (2) ciudadanía e identificación, (3) estatus migratorio (si aplica) y (4) bienes de las personas de 65 años de edad o mayores. El estado notificará al paciente si hace falta presentar alguna documentación para verificación final. El paciente puede recibir cobertura provisional si se cumplen las directrices del programa correspondiente.

B. Proceso de presentación de solicitudes—HSN—Pacientes en situaciones médicas difíciles

El Hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como HSN—Pacientes en situaciones médicas difíciles sería el apropiado. De ser así, el Hospital ayudará al paciente a completar y presentar la solicitud de Pacientes en situaciones difíciles a la Red de Seguridad de Salud. Es obligación del paciente proporcionar la información requerida por el Hospital dentro de un plazo adecuado para asegurar que el Hospital pueda presentar una solicitud completa. Cuando el paciente complete la solicitud y recopile toda la documentación requerida, el Hospital presentará la solicitud completa a HSN dentro de los cinco (5) días posteriores a la fecha en que se la entregó el paciente. Si el Hospital no presenta la solicitud completa que entregó el paciente dentro de los cinco (5) días posteriores a la fecha en que se la entregó el

paciente, no podrá llevar a cabo ninguna acción de cobro en contra del paciente para las facturas que hubieran sido elegibles para pacientes en situaciones difíciles si la solicitud se hubiera presentado a tiempo al estado.

C. Aprobación para recibir cobertura de los programas estatales

El Hospital puede ayudar a los pacientes a solicitar la cobertura de los programas estatales disponibles, pero no puede determinar la elegibilidad del programa, debido a que esta es tarea de MassHealth o HSN. MassHealth o HSN emitirán todos los avisos de elegibilidad. El paciente siempre tendrá la responsabilidad de informar al hospital sobre todas las decisiones de cobertura que se hagan, para garantizar la adjudicación correcta y oportuna de todas las facturas del Hospital.

D. Efecto de una solicitud pendiente de HSN/MassHealth

Las facturas de los pacientes para quienes el Hospital presentó una solicitud a Massachusetts Health Connector que cubre la elegibilidad del programa MassHealth y HSN estarán en suspenso hasta que se tome dicha determinación.

E. Apelación de resultado

- 1) MassHealth: El paciente puede participar directamente en la apelación o en la búsqueda de información de MassHealth en relación con la decisión de cobertura. La solicitud, junto con la documentación de respaldo, debe enviarse a MassHealth.
- 2) Paciente con bajos ingresos: Una persona puede solicitar que MassHealth/Connector lleve a cabo una revisión de la determinación del estado de Paciente con bajos ingresos, el cumplimiento del Hospital de las disposiciones de 101 C.M.R. § 613.00, o, en circunstancias excepcionales, la elegibilidad de pacientes en situaciones médicas difíciles.

F. HSN—Elegibilidad y consideraciones de cobertura para pacientes con bajos ingresos

1) Determinación de paciente con bajos ingresos

La determinación de un paciente con bajos ingresos la hace el sistema de elegibilidad de MassHealth/ Massachusetts Health Connector y se limita a los residentes de Massachusetts. Para calificar, un paciente debe presentar una solicitud en línea o impresa, según se indica en la [Sección VI\(A\)](#) o en la [Sección VI\(B\)](#) anteriores, que incluya la documentación requerida para establecer la residencia de Massachusetts, la identidad y los ingresos. Existen cuatro categorías de cobertura de pacientes con bajos ingresos en conformidad con HSN: (i) HSN-Principal ([Sección VI\(F\)\(4\)](#) siguiente); (ii) HSN-Secundaria ([Sección VI\(F\)\(5\)](#) siguiente); (iii) HSN-Parcial ([Sección VI\(F\)\(6\)](#) siguiente), y (iv) HSN-Pacientes en situaciones médicas difíciles ([Sección VI\(F\)\(7\)](#) siguiente).

El Hospital también puede ayudar a los pacientes a inscribirse en la Red de Seguridad de Salud a través de un presunto proceso de determinación, que conlleva un período limitado de elegibilidad. Este proceso lo lleva a cabo el personal de Coordinación Financiera, que, sobre la base de la información financiera confirmada por el mismo paciente, considerará si un paciente cumple con la definición de Paciente con bajos ingresos para obtener cobertura solo para los servicios de la Red de Seguridad de Salud. La cobertura se iniciará en la fecha en que el Hospital tome la determinación y terminará el último día del mes siguiente al mes en que se tomó la presunta determinación. Sin embargo, la cobertura puede modificarse antes, si el paciente presenta una solicitud completa para los Programas estatales, según se describe en la [Sección VI\(A\)](#) o la [Sección VI\(B\)](#) anteriores.

2) Elegibilidad para HSN

El estado de elegibilidad de un paciente para cobertura de HSN se verificará al momento del registro, a través del Sistema de Verificación (Eligibility Verification System, EVS) de MassHealth, de los Servicios de Gestión de Información de Medicaid (Massachusetts's Medicaid Management Information Systems, MMIS), de la Red de Intercambio de Atención Médica de New England (New England Healthcare Exchange Network, NEHEN), o a través de otro sistema de elegibilidad del Hospital, según corresponda, y cualquier cambio de estado del paciente se anotará en el registro.

3) Limitaciones del servicio

Los pacientes identificados como pacientes con bajos ingresos obtendrán, en la medida de lo posible, los servicios que son consistentes con las directrices de cobertura de HSN o MassHealth, incluyendo las limitaciones de "Servicio elegible", en conformidad con los reglamentos estatales y la lista de medicamentos cubiertos. Al paciente que desea recibir un servicio reembolsable que no es de emergencia ni de urgencia se le informará por escrito sobre el costo máximo de dicho servicio y se le requerirá que firme un reconocimiento que indique que acepta la responsabilidad financiera antes que le presten el servicio.

4) Cobertura—HSN—Primaria

Un Paciente con bajos ingresos sin seguro que comprueba que los ingresos del grupo familiar son MassHealth MAGI o que comprueba tener ingresos contables del grupo familiar en situaciones médicas difíciles (según lo describe 101 C.M.R. § 613.04(1)), entre 0-300 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) puede ser elegible para HSN—Primaria, con las siguientes excepciones:

- a. Pacientes con bajos ingresos elegibles para el Programa de Asistencia para Pagos de Primas (Premium Assistance Payment Program) administrado por Health Connector que son elegibles para la Red de Seguridad de Salud - Primaria solo en la medida que lo permite 101 C.M.R. § 613.04(5)(b).
 - b. Estudiantes sujetos al requisito del Plan de salud para estudiantes que califican de M.G.L. c. 15A, § 18 que no son elegibles para la cobertura primaria de la Red de Seguridad de Salud.
- 5) Cobertura secundaria de HSN:
- Un paciente con bajos ingresos puede ser elegible para recibir la cobertura secundaria de HSN (Red de Seguridad Sanitaria) si tiene otro seguro principal y documenta que tiene MAGI (ingresos brutos ajustados modificados) de MassHealth o ingresos contables del grupo familiar en situaciones médicas difíciles (según lo estipulado en el Título 101 del C.M.R. [Código de Regulaciones de Massachusetts], Sección 613.04(2)), entre 0 % y 300 % del FPL (nivel federal de pobreza), con las siguientes excepciones:
- a. A partir de los 101 días posteriores a la fecha de la cobertura médica, los pacientes con bajos ingresos elegibles para el Programa de Asistencia para el Pago de Primas operado por Health Connector son elegibles únicamente para recibir servicios dentales que no estén, de otro modo, cubiertos por el Programa de Asistencia para el Pago de Primas operado por Health Connector.
 - b. Los pacientes con bajos ingresos inscritos en un plan de salud para estudiantes calificado son elegibles para recibir la cobertura secundaria de la Red de Seguridad Sanitaria.
- 6) Cobertura—HSN—Deducibles parciales
- Los pacientes que califican para HSN—Primaria o HSN—Secundaria con ingresos del grupo familiar MassHealth MAGI o ingresos contables del grupo familiar en situaciones médicas difíciles entre 150.1 % y 300 % del FPL pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo Familiar de Facturación de Primas (Premium Billing Family Group, PBFG) tienen ingresos mayores al 150.1 % del FPL. Un PBFG es un grupo de personas que viven juntos, según lo define 130 C.M.R. § 501.001. Si cualquier miembro del PBFG tiene ingresos menores a 150.1 % del FPL, no hay deducible para ningún miembro del PBFG. El deducible anual se calcula en conformidad con 101 C.M.R. § 613.04(4)(c)(1).
- 7) Cobertura—HSN—Situaciones médicas difíciles
- Un residente de Massachusetts de cualquier nivel de ingresos puede calificar para Situaciones médicas difíciles a través de la Red de Seguridad de Salud si los gastos médicos permitidos han agotado sus ingresos contables y ya no puede pagar los servicios médicos. Para calificar para Situaciones médicas difíciles, los gastos médicos permitidos del solicitante deben exceder un porcentaje específico del ingresos contables del solicitante, según lo define 101 C.M.R. § 613.05(1)(c). La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje específico de los ingresos contables, según lo define 101 C.M.R. § 613.05(1)(b), en base al FPL de la familia en situaciones médicas difíciles, multiplicado por los ingresos contables reales, menos las facturas no elegibles para pago de la Red de Seguridad de Salud, que serán responsabilidad del solicitante.
- 8) Responsabilidad financiera del Paciente con bajos ingresos/HSN parcial/en situaciones médicas difíciles.
- a. La responsabilidad financiera de un Paciente con bajos ingresos está limitada a los copagos (de cualquier pagador, excepto Medicare), los deducibles determinados por HSN (según lo indica la Sección VI(F)(6) anterior) o el consentimiento del paciente para que se le facturen los gastos reducidos de CommonHealth.
 - b. Depósitos para pacientes con bajos ingresos designados como HSN Parcial (según lo menciona la Sección VI(F)(6) anterior) o pacientes en situaciones médicas difíciles (según lo indica la Sección VI(F)(7) anterior): Se les solicitarán los depósitos correspondientes a estos pacientes, en caso que esta sea la cobertura primaria de los saldos pendientes de todos los servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni de urgencia. Se revisará el estado actual del deducible anual familiar de HSN Parcial y se le podrá requerir al paciente un depósito hasta de un 20 % del deducible anual del paciente, hasta un máximo de \$500. El Hospital también puede requerir a los pacientes elegibles para situaciones médicas difíciles un depósito hasta de un 20 % de la contribución del paciente para situaciones médicas difíciles, hasta un máximo de \$1,000.
 - c. Planes de pagos: Se les notificará a los pacientes con bajos ingresos sobre los planes de pagos que están disponibles para cumplir con todos los saldos pendientes, según los términos especificados en la Sección VIII Arreglos de pago.
 - d. Servicios no médicamente necesarios: Se le requerirá a los pacientes con bajos ingresos que paguen los servicios no médicamente necesarios descritos en la Sección II(C), de manera anticipada, siempre que al paciente se le haya informado previamente el costo máximo de estos servicios y siempre que el paciente haya firmado un reconocimiento que indique que los servicios no están cubiertos por HSN o ningún otro programa de asistencia de Massachusetts. Los servicios se pospondrán indefinidamente hasta que se haga el pago en conformidad con la Sección VIII(E).

VII. RESIDENTES FUERA DE MASSACHUSETTS

A. Residentes estadounidenses fuera de Massachusetts

Además de respetar los siguientes procedimientos generales para pacientes sin seguro (Sección IV(C)) y pacientes subasegurados (Sección IV(D)), el Hospital recomienda que los pacientes que son residentes de EE.UU. pero no residentes de Massachusetts y que son potencialmente elegibles para recibir cobertura en los programas estatales de Medicaid de su propio estado o de otros programas gubernamentales (los Programas estatales para los residentes de EE.UU. que no son residentes de Massachusetts) soliciten dicha cobertura; asimismo, el Hospital podrá asistir al paciente a solicitar los beneficios.

- 1) El Hospital podría ayudar al paciente a completar la solicitud para los Programas estatales de los residentes de EE.UU. que no son residentes de Massachusetts y a obtener y presentar la documentación necesaria requerida por el programa estatal correspondiente. Las personas solicitan cobertura por medio de una solicitud adecuada que se presenta a través del sistema de inscripción del estado para residentes de EE.UU. que no son residentes de Massachusetts. Los documentos necesarios podrían incluir, entre otros, constancia de: (1) ingresos anuales del grupo familiar (recibos de la nómina, registro de pagos del Seguro Social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados de cuenta bancarios), (2) ciudadanía e identificación, (3) estatus migratorio (si aplica) y (4) bienes de las personas de 65 años de edad o mayores. El estado aplicable notificará al paciente si hace falta presentar alguna documentación para verificación final.
- 2) El Hospital no puede determinar la elegibilidad de los programas, debido a que esta es tarea de los Programas de los residentes de EE.UU. que no son residentes de Massachusetts. Serán los programas, no el Hospital, los que emitirán todos los avisos de elegibilidad. El paciente siempre tendrá la responsabilidad de informar al hospital sobre todas las decisiones de cobertura que se hagan, para garantizar la adjudicación correcta y oportuna de todas las facturas del Hospital.
- 3) El paciente puede participar directamente en la apelación o en la búsqueda de información de un Programa Estatal para Residentes Estadounidenses fuera de Massachusetts (Non-Massachusetts U.S. Resident State Program) en relación con la decisión de cobertura.

B. Pacientes internacionales

Además de los siguientes procedimientos indicados para pacientes con seguro (Sección IV(C)) y sin seguro (Sección IV(D)), el Hospital hará los esfuerzos razonables para recolectar información de dirección local y permanente de los residentes de países extranjeros y tomará cualquier medida adicional que sea necesaria para obtener un pago previo de los servicios que no son de emergencia ni de urgencia.

VIII. ARREGLOS DE PAGO

A. Generalidades

Los pagos se pueden realizar en diversas ubicaciones en el Hospital. Hay diferentes arreglos de pago disponibles que incluyen depósitos (anticipo) y planes de pago. Los pacientes o el fiador pueden acordar estos arreglos de pago con Coordinación Financiera de Tufts MC o con Servicio al Cliente de Tufts MC. Todos los arreglos de pago deberán cumplir con los criterios predeterminados y deberán ser registrados adecuadamente en los sistemas de registro y facturación del Hospital.

B. Formas de pago

Los pagos se pueden hacer por medio de cheques certificados o giros bancarios, transferencias electrónicas, tarjetas de crédito/débito o efectivo. La aceptación de cheques personales dependerá de varios factores que incluyen, entre otros, el monto, el banco del cheque que se giró y la relación anterior del paciente con el Hospital. Se pueden solicitar cheques personales con suficiente anticipación a un servicio programado con el fin de tener tiempo para confirmar el cheque. Se puede revisar individualmente a los pacientes que tienen historial de mal crédito para determinar el modo adecuado de pago. El Hospital mantendrá un proceso para rastrear los cheques "sin fondos" y revertir cualquier pago que se haya aplicado a la cuenta del paciente. La presentación de un cheque "sin fondos" puede justificar el traslado de la cuenta a cuentas incobrables.

C. Moneda

A menos que se haya acordado de otra manera, los pagos se harán en moneda de los Estados Unidos. Los pagos que se realicen en otro tipo de moneda que no sea la moneda de los Estados Unidos se aplicarán a la tasa de cambio que especifique el banco del Hospital, incluidas las tarifas de cambio.

D. Planes de pagos

El Hospital tiene una Política de Asistencia Financiera independiente para tratar los planes de pago. Se les notificará a todos los pacientes con bajos ingresos o pacientes en situaciones médicas difíciles que el Hospital ofrece planes de pago. La política de Asistencia Financiera está disponible para los miembros del público en el sitio web del Hospital en <http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance>.

E. Depósitos

Tufts MC se reserva el derecho de solicitar el pago completo por adelantado para los pacientes que reciben servicios que no son de emergencia ni de urgencia. Si no hay un precio estimado disponible, los pacientes deberán hacer un depósito (un anticipo del saldo futuro previsto). Si el pago total del recibo de cualquier factura que no sea de emergencia o urgencia no se efectúa por adelantado o si no se cumple con el requisito de depósito, esto tendrá como consecuencia la postergación indefinida de los servicios, siempre que el profesional médico tratante determine que el procedimiento no es médicamente necesario. Tufts MC no requiere un depósito de tratamiento ni un depósito previo a la admisión de parte de personas que requieren servicios de emergencia o de urgencia, o de personas que estén protegidas de dichas medidas de cobranza según la legislación estatal pertinente (Anexo C. Pacientes protegidos de medidas de cobranza).

IX. FACTURACIÓN Y COBROS A LOS PACIENTES

A. Principios generales

El Hospital hará esfuerzos diligentes para cobrar todos los cargos pendientes de pago de parte de los aseguradores, de acuerdo a lo establecido en los estándares de la industria y pedirá que se apliquen a la cuenta del paciente los pagos y ajustes contractuales de manera oportuna. Estos esfuerzos incluyen la facturación a todos los planes de seguro disponibles, de acuerdo a los requisitos del pagador y el seguimiento oportuno de los reclamos denegados. Los pacientes y los demás fiadores serán responsables del pago de todo el saldo de la cuenta después de aplicar los pagos del seguro, ajustes contractuales y descuentos/ajustes de acuerdo con la información de pagos recibida de parte del pagador, excepto en los casos en los que el saldo se podría enviar a la Red de Seguridad de Salud o en los casos que se considere que están exentos de medidas de cobranza de acuerdo con la legislación de Massachusetts. Las medidas de cobranza podrían incluir envío de estados de cuenta a los pacientes, envío de cartas a los pacientes, comunicaciones telefónicas, envío de avisos certificados de cobranza final y medidas extraordinarias de cobranza, que incluyen el informe a la Oficina Crediticia y los embargos sobre bienes.

Es obligación del paciente proporcionar información completa y puntual sobre los seguros e información demográfica, y conocer cuáles son los servicios que cubre su póliza de seguros. Se espera que los pacientes con capacidad de pago paguen por los servicios prestados en Tufts MC.

B. Prácticas de facturación del Hospital, que incluyen estados de cuenta, cartas y llamadas a los pacientes

El Hospital hará esfuerzos diligentes para asegurarse de que se le facture a la parte adecuada y que se le cobre al pagador que corresponda. El Hospital, ya sea directamente o a través de sus agentes designados, preparará y enviará regularmente y por correo los estados de cuenta a los pacientes/fiadores para mantenerlos informados de los saldos que adeudan al Hospital. El registro de todas las actividades y comunicaciones de la cuenta, que incluye las facturas, se refleja normalmente en el sistema de facturación. El personal tiene la obligación de documentar todas las comunicaciones con el paciente (o fiador) en el sistema de facturación correspondiente, el sistema de registro o el sistema de cobros de autopago. Para los residentes de Massachusetts, los reclamos no se enviarán a la Red de Seguridad de Salud hasta después de agotar todos los esfuerzos diligentes.

- 1) Factura inicial del paciente: El Hospital le enviará al paciente o al fiador una factura inicial. La factura inicial incluirá un resumen de todos los cargos, pagos y ajustes, que incluye la facturación inicial para todas las fechas de servicio/admisión. La factura inicial proporcionará información sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera que podrían cubrir los costos de la factura del Hospital.
- 2) Facturación posterior: El Hospital planea seguir enviándole facturas al paciente o al fiador aproximadamente cada 30 días durante un plazo hasta de 120 días, que es el período adecuado que representa la facturación continua y las medidas de cobranza.
- 3) Llamadas telefónicas y otro tipo de comunicaciones: Las llamadas telefónicas, los estados de cuenta, las cartas, las comunicaciones personales, los avisos y cualquier otro método de notificación constituyen un esfuerzo genuino para comunicarse con la parte responsable en relación con su obligación y para informarle al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera.
- 4) Suspensión de la facturación: En algunas circunstancias, la facturación continua y las actividades de cobranza podrían ser inapropiadas y podrían suspenderse o interrumpirse. Dichas situaciones incluyen, entre otras: Dirección incorrecta (Sección IX(B)(9)), casos de bancarrota (Sección IX(D)(1)), fallecimiento del paciente (Sección IX(D)(2)), queja del paciente, saldos pequeños (Sección IX(B)(10)), determinación de elegibilidad pendiente o aprobada por MassHealth o HSN (Sección VI(D) y Sección IX(B)(6)) o pacientes que están en el proceso de solicitud para obtener asistencia financiera de Tufts MC.
- 5) Notificación de disponibilidad de asistencia financiera: Los estados de cuenta del paciente incluyen avisos, según lo establecen las leyes correspondientes, para informar a los pacientes sobre la disponibilidad y los medios para obtener asistencia financiera. Los avisos relacionados con la disponibilidad de asistencia financiera también se incluirán en otros tipos de comunicación escrita y verbal con el paciente, al momento de la admisión o del alta.

- 6) Pacientes protegidos contra las medidas de cobranza: El Hospital tomará los pasos necesarios para asegurarse de que no se tomen medidas de cobranza, que incluyen llamadas telefónicas, estados de cuenta o cartas, en el caso de saldos de pacientes que están exonerados de las medidas de cobranza en conformidad con la legislación aplicable. Eso podría incluir a los pacientes inscritos en los programas estatales que están exonerados de las medidas de cobranza, hasta el grado que se describe en el Anexo C, los pacientes cuya presentación de la solicitud de situación médica difícil fue retrasada por el Hospital (Sección VI(B)), pacientes con solicitud en trámite para un programa estatal (Sección VI(D)) o con solicitud en trámite para asistencia financiera según la Política de Asistencia Financiera de Tufts MC. El Hospital podría continuar enviando cartas solicitando información o acción de parte del paciente para resolver problemas de cobertura o de elegibilidad con un pagador primario, Programa de Compensación de los Trabajadores o para obtener información de responsabilidad de un tercero o del asegurador de accidentes automovilísticos.
- 7) Aviso final (de cobro): El Hospital hará esfuerzos razonables para enviar a todos los pacientes un aviso final (de cobro) por correo antes de transferir la cuenta a cuentas incobrables. Los avisos para pacientes menores se enviarán al fiador.
- 8) Cuenta Incobrable de Emergencia para los residentes de Massachusetts: Para aquellos casos en los que el Hospital está analizando una cuenta para presentar una solicitud de Cuenta Incobrable de Emergencia ante HSN, el Hospital se asegurará de que se cumpla con las siguientes condiciones:
 - a. La cuenta está sujeta a esfuerzos de cobranza continuados y documentados durante por lo menos 120 días.
 - b. Se realizó una consulta electrónica de elegibilidad de EVS o MMIS para determinar si hay cobertura.
 - c. Los servicios prestados califican como servicios de emergencia según la definición que figura en esta política, y
 - d. Se envió un aviso de cobro final por medio de correo certificado para los saldos de \$1,000 o más. Las cuentas que están documentadas adecuadamente como cuentas con dirección incorrecta podrían enviarse a la Red de Seguridad de Salud sin el envío de un aviso final de cobro por correo certificado, siempre que hayan transcurrido 120 días desde la fecha de facturación inicial y que el Hospital, después de haber hecho los esfuerzos razonables, no haya podido obtener una dirección actualizada.
- 9) Devoluciones por direcciones incorrectas: El Hospital hará los esfuerzos necesarios para encontrar, investigar y volver a facturar todos los estados de cuenta del paciente que fueron devueltos por USPS por no haberse podido entregar. Se verificará y corregirá la información de la dirección usando programas de "rastreo de información no registrada (skip trace)" que podrían estar disponibles a través de terceros. Si es posible, las cuentas se identificarán como cuentas con "direcciones incorrectas" en los sistemas de facturación y registro. Cuando la cuenta ya haya sido marcada con Dirección Incorrecta, no se volverán a procesar los estados de cuenta ni cartas, a menos que se tenga la nueva dirección. El Hospital suspenderá el envío de estados de cuenta a direcciones incorrectas para conservar la privacidad de conformidad con HIPAA. Las cuentas cuya información demográfica más reciente contenga una dirección incorrecta podrían remitirse a agencias externas como cuentas incobrables para su seguimiento posterior, a excepción de las posibles cuentas incobrables de emergencia, a las cuales se les dará seguimiento durante 120 días antes de su colocación.
- 10) Ajuste de saldos pequeños: En reconocimiento a los costos del procesamiento de estados de cuenta y actividades de cobranza, después del estado de cuenta inicial, el Hospital podría suspender la emisión de estados de cuenta para las cuentas con un saldo inferior al límite de \$10 de "facturación de cantidades pequeñas". Esta política deberá aplicarse consistentemente a todos los pagadores. Bajo ninguna circunstancia se cobrarán a HSN los ajustes de saldos pequeños, según lo que se estipula en esta sección.

C. Aviso de recargo

El Hospital establecerá un proceso para identificar todos los saldos de los pacientes que estén sujetos a un recargo del Fondo del Fideicomiso de Red de Seguridad de Salud en Hospitales intensivos, según lo establecido en 101 C.M.R. § 614.05. Los montos de recargo se facturarán al paciente y los fondos cobrados se enviarán a HSN de acuerdo a la programación solicitada.

D. Situaciones especiales de cobro

- 1) Bancarrota del paciente: El Hospital hará los esfuerzos razonables para rastrear todas las notificaciones de bancarrota y las mantendrá en el archivo para asegurarse de que se siguieron todos los procedimientos aprobados por el tribunal, incluida la presentación de demanda ante un tribunal, según corresponda, o la absolución de la deuda.
- 2) Pacientes fallecidos: Si es apropiado y económicamente factible, el Hospital hará una búsqueda del patrimonio, facturará al patrimonio y embargará el patrimonio.

- 3) El Hospital no le facturará a ningún paciente con bajos ingresos de HSN por (1) reclamos de eventos notificables graves, según se describe en 101 C.M.R. § 613.03(1)(d); ni (2) reclamos debido a errores de facturación técnicos o administrativos.
- 4) Cobertura secundaria de HSN: El Hospital hará esfuerzos diligentes para enviar el menor número posible de reclamos a HSN, incluidos los deducibles y los servicios no cubiertos, los casos en los que el paciente agotó sus beneficios o los casos en los que la suscripción con el pagador no estaba activa al momento de la prestación de los servicios. Si el Hospital recibe un pago adicional o corregido de un reclamo enviado previamente a HSN, el reclamo corregido se enviará a HSN.
- 5) Deducible HSN parcial: El Hospital le facturará a los pacientes el 100 % del deducible de HSN parcial anual menos cualquier depósito que el paciente haya realizado de acuerdo con la Sección VI(F)(8)(b) hasta que los cargos que equivalen al deducible anual se le hayan facturado al paciente, incluido cualquier saldo contemplado en los planes de pago. No se le enviará ningún reclamo a HSN hasta que se haya cumplido con el pago de deducible del paciente.

E. Consideraciones especiales de procesamiento de cuentas

En algunas situaciones, podría ser necesario contar con información o procedimientos adicionales para procesar de manera apropiada la cuenta del paciente.

- 1) Compensación de los trabajadores (WC): Los servicios relacionados con accidentes industriales deberán etiquetarse adecuadamente en el expediente de registro. La información adicional que se necesita incluye la fecha y la hora del accidente, el nombre y número de teléfono del empleador y el nombre y número de teléfono del asegurador de la compensación de los trabajadores del empleador. El Hospital hará los intentos razonables para buscar la cobertura WC. Cualquier recuperación que se pudiera obtener después de presentar el reclamo se descontará del reclamo original y se informará al pagador o a HSN, incluida cualquier devolución o anulación de reclamo requerida. Si no hay cobertura WC, el reclamo se manejará de la forma ordinaria de facturación.
- 2) Accidentes automovilísticos (MVA) y responsabilidad de terceros (TPL): Los servicios relacionados con accidentes automovilísticos u otros tipos de responsabilidad de terceros deberán etiquetarse adecuadamente en el expediente de registro. Se harán esfuerzos diligentes para recopilar la información adicional que sea requerida para la presentación de reclamos de seguro automovilístico, incluida la fecha y la hora del accidente, la ubicación para casos de responsabilidad de terceros, y cualquier asegurador de automóviles conocido. Se debe anotar en el sistema de registro el nombre de cualquier abogado asociado con el reclamo, si está disponible. Se harán los esfuerzos razonables para facturar al asegurador de MVA/TPL para cobrar cualquier monto de la póliza de Protección de Lesiones Personales (PIP) disponible. Los reclamos de seguro de salud se tramitarán después de haber agotado PIP. El Hospital también podría presentar un embargo contra los pagos futuros por lesiones corporales que haga el asegurador de automóviles al paciente si se puede determinar cuál es el nombre del abogado del paciente que maneja el reclamo. Cualquier recuperación que se pudiera obtener después de presentar el reclamo se descontará del reclamo original y se informará al pagador o a HSN, incluida cualquier devolución o anulación de reclamo requerida. Si no hay cobertura MVA/TPL, el reclamo se manejará de la forma ordinaria de facturación.
- 3) Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA): De acuerdo con HIPAA, los pacientes que le han pagado al Hospital la cuenta completa por un servicio o artículo específico tienen derecho a solicitar que la PHI (información de salud protegida) relacionada con dicho servicio o artículo no sea enviada al plan de seguro médico para fines de pago, a menos que dicha divulgación sea requerida específicamente por la ley correspondiente. Dicha restricción solo aplica a los artículos y servicios específicos proporcionados y facturados por el Hospital. Los pacientes que deseen ejercer dicha restricción deben pagar totalmente cualquier saldo pendiente al momento del servicio, o si el saldo no se puede estimar a cabalidad al momento del servicio, al recibir el estado de cuenta. Si después de hacer esfuerzos razonables el Hospital no puede obtener el pago completo de parte del paciente que solicita dicha restricción, el Hospital podría notificarle al paciente y facturarle al plan de salud del paciente. Las cuentas se deben indicar por procedimiento para evitar la divulgación inapropiada.
- 4) Estudios de investigación: Los servicios relacionados con los estudios de investigación deben indicarse al momento en que se registren para ese servicio y deben etiquetarse para asegurarse de que los cargos por estos servicios se envíen al fondo de investigación designado.
- 5) Donadores de órganos: El Hospital identificará a los donadores de órganos al momento del servicio y se asegurará de que los reclamos por estos servicios se apliquen al correspondiente seguro o a otra fuente de financiamiento.

X. ASIGNACIÓN A CUENTAS INCOBRABLES

A. Transferencia de cuentas a cuentas incobrables

El Hospital hará los esfuerzos razonables para que el paciente califique para recibir asistencia financiera en programas estatales, federales o de Tufts MC notificándole al paciente, por escrito, acerca de los programas de asistencia disponibles y ayudando a las personas a que llenen las solicitudes. Cuando se hayan realizado todos los esfuerzos razonables y se hayan agotado todas las medidas de cobranza interna, las cuentas se pueden transferir a cuentas incobrables. Eso ocurre normalmente después de que la cuenta ha completado el ciclo de facturación del paciente de 120 días, con algunas excepciones por dirección incorrecta o por otras circunstancias atenuantes. Las cuentas incobrables requieren, por lo general, mayores esfuerzos de cobranza a través de varias fuentes, como del personal, agencias de cobranza externa o abogados de cobro, de conformidad con las leyes aplicables.

B. Agencias de cobros

Cualquier agencia que trate de cobrar los saldos adeudados por el paciente en nombre del Hospital deberá respetar esta política, que incluye la obligación de abstenerse de realizar “actividades de cobranza extraordinaria” (tal como se define más adelante) hasta que el Hospital haya agotado todos los esfuerzos razonables y después de un proceso razonable para determinar si el paciente tiene derecho a recibir asistencia o a una exención de cualquier procedimiento de cobro o de facturación, según lo que se establece en esta política. Cualquier queja sustancial de un paciente será comunicada al Hospital para su revisión y seguimiento. Todos los agentes deberán cumplir a cabalidad con los reglamentos del Rentas Internas (IRS) y los reglamentos Federales de Cobro de Deudas Justas (Federal Fair Debt Collection), así como los reglamentos de cobro de deudas en conformidad con la legislación de Massachusetts. Todas las agencias deberán informar de manera oportuna sobre cualquier medida de cobranza u otras acciones en las cuentas, incluyendo la decisión de suspender la cobranza.

C. Embargos sobre la liquidación

El Hospital puede presentar una demanda de embargo sobre cualquier liquidación de un reclamo de accidente automovilístico o compensación de los trabajadores.

D. Medidas extraordinarias de cobranza (ECA)

El Hospital puede llevar a cabo Medidas Extraordinarias de Cobranza (ECA) bajo ciertas circunstancias cuando no se ha recibido pago alguno después de haber realizado los esfuerzos razonables definidos en la Sección X(B).

- 1) Informe crediticio: El Hospital o cualquier agencia de cobro, en nombre del Hospital puede presentar un informe de saldos pendientes de pago a las oficinas de crédito.

E. Esfuerzos razonables

El hospital hace todos los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera antes de su inscripción en cualquier ECA, mediante la notificación a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y a través de la revisión de las solicitudes de asistencia financiera. Antes de la inscripción en cualquier ECA, la oficina de Coordinación Financiera del hospital toma una determinación respecto de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, sujeta a la revisión y aprobación por parte del gerente de Acceso para Pacientes. En el caso de una determinación de inelegibilidad, el director de Acceso para Pacientes, el vicepresidente de Ciclo de Ingresos y el director de Finanzas del hospital deben realizar revisiones adicionales.

XI. SALDOS A FAVOR Y REEMBOLSOS

Generalmente, el Hospital le reembolsará a los pacientes cualquier saldo a favor que pueda haber surgido por haberle cobrado en exceso al paciente. En los casos en los cuales los esfuerzos para reembolsar un saldo a favor pagado por el paciente sean infructuosos, el Hospital remitirá el saldo a favor a la Tesorería del estado libre y soberano de Massachusetts, de acuerdo con los reglamentos del estado referentes a bienes abandonados.

XII. EVENTOS NOTIFICABLES GRAVES (SRE)

El Hospital cumple con los requisitos de facturación aplicables que incluyen los reglamentos del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health) (105 C.M.R. § 130.332) para la falta de pago de servicios específicos o readmisiones que el Hospital determine que fueron consecuencia de un Evento Notificable Grave (SRE). Los SRE que no ocurran en el Hospital no se incluyen en esta determinación de falta de pago.

XIII. CUMPLIMIENTO CON LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA)

El Hospital también guarda toda la información de acuerdo a lo establecido en las leyes federales y estatales de privacidad, seguridad y robo de identidad aplicables.

XIV. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

El Hospital le informará a los pacientes sobre su obligación de:

- 1) Proporcionar información completa y puntual sobre seguros e información demográfica Informar al Hospital y a MassHealth sobre cualquier cambio en el estado, que incluye los cambios de ingresos, estado del seguro y seguimiento de la información de deducible manual de HSN
- 2) Hacer los esfuerzos razonables para conocer los límites de su cobertura de seguros, incluyendo las restricciones de la red, las limitaciones en la cobertura de servicio y las responsabilidades financieras debido a la cobertura limitada, copagos, deducibles y coaseguros.
- 3) Para pacientes que tengan los medios, pagar puntualmente los servicios prestados por Tufts MC, que incluyen los copagos, deducibles y coaseguros.
- 4) Acatar las políticas del seguro en cuanto a referencias, autorización previa y otras políticas de manejo médico. Acatar todos los demás requisitos del seguro, que incluyen llenar los formularios de coordinación de beneficios, actualizar la información del miembro, actualizar la información del médico, conocer la cobertura de beneficios y otros requisitos del pagador. Cuando no hay cobertura para servicios médicos seleccionados, aceptar y hacer otros arreglos para el pago.
- 5) En el caso de los residentes de Massachusetts, obtener cobertura a través de Health Connector, otras fuentes de seguro o presentar una solicitud para MassHealth/Commonwealth Care/determinación de paciente con bajos ingresos (si es potencialmente elegible), que incluye la presentación de toda la documentación requerida.
- 6) Notificar al Hospital, sobre cualquier posible cobertura de accidente automovilístico, cobertura de responsabilidad de terceros o cobertura de compensación de los trabajadores. En caso de pacientes cubiertos por MassHealth o la Red de Seguridad de Salud, presentar un reclamo para la compensación, si está disponible, relacionado con cualquier accidente, lesión o pérdida y notificar al programa estatal público (p. ej., Oficina de Medicaid y Red de Seguridad de Salud) en un plazo de 10 días sobre la información relacionada con cualquier juicio o reclamo de seguro que cubra el costo de los servicios prestados por el Hospital. Además, se requiere que el paciente otorgue el derecho que posee de un pago de terceros para cubrir los costos de los servicios pagados por el estado o por la Red de Seguridad de Salud, o que devuelva a HSN el pago de los fondos que reciba de un tercero. Si el paciente no devuelve voluntariamente el dinero a HSN de los fondos que reciba de un tercero, HSN podría recobrar dichos pagos.

XV. PUBLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CRÉDITOS Y COBROS

La política de cobros y créditos de Tufts MC, la lista de proveedores afiliados y la política de asistencia financiera de Tufts MC Financial están disponibles en: www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance.

- 1) Este sitio web también se puede acceder desde la página de inicio de Tufts MC (www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance) al seleccionar **Atención de pacientes + Servicios (Patient Care + Services)**, y luego **Asistencia Financiera (Financial Assistance)**.
- 2) El sitio web incluye varias formas para que el paciente le presente al Hospital su solicitud de asistencia, que incluye una lista de ubicaciones de Coordinación Financiera, un número de teléfono central y una dirección de correo electrónico central. El sitio web les informa a los pacientes que los formularios de solicitud y la asistencia de Coordinación Financiera son gratis.

ANEXO A

Ubicación de Tufts Medical Center, entidades participantes

Esta política aplica a los servicios prestados y facturados por Tufts MC en las siguientes ubicaciones:

1. Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children at Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. South Boston Day Hospital
58 Old Colony Avenue, Boston, MA 02111
4. Tufts Medical Center Mobile MRI at Lemuel Shattuck Hospital
170 Morton Street, Jamaica Plain, MA 02130
5. Tufts Medical Center Imaging – Norfolk
31 Pine Street, Norfolk, MA 02056
6. Tufts Medical Center Cancer Center
41 Montvale Avenue, 3rd and 5th Floors, Stoneham, MA 02180

ANEXO B

Lista de proveedores afiliados a Tufts Medical Center, entidades no participantes

Esta política no incluye los servicios que prestan y facturan las siguientes entidades asociadas con Tufts MC:

1. Organizaciones de médicos de Tufts Medical Center, que incluyen:

1. Pratt Medical Group, Inc. (Cardiology, Endocrine, Gastroenterology, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Internal Medicine, Nephrology, Nutrition, Pulmonary, Rheumatology)
2. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
3. New England Medical Center Group Practice, Inc. DBA Neurosurgery
4. Pratt Anesthesiology Associates, Inc.
5. Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.
6. Pratt Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, Inc. Ear, Nose, and Throat
7. Pratt Neurology Associates, Inc.
8. Pratt OB GYN Associates, Inc.
9. Pratt Ophthalmology Associates, Inc. DBA New England Eye Center
10. Pratt Pathology Associates, Inc.
11. Pratt Pediatric Associates, Inc.
12. Pratt Psychiatric Associates, Inc.
13. Pratt Radiology Associates, Inc.
14. Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
15. Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
16. Pratt Surgical Associates, Inc.
17. Pratt Urology Associates, Inc.
18. CardioVascular Center at Tufts Medical Center, Inc.

2. Tufts Medical Center EP, LLC — Tufts MC Emergency Department Physicians, ubicado en 800 Washington Street, Boston, MA 02111

3. Tufts University School of Dental Medicine

4. Orthopedic and Sports Physical Therapy, Boston – Fisioterapia ubicada en Biewend 7, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

5. Cirujanos plásticos externos

- a. Richard Bartlett, MD
- b. Rita Sadowski, MD

6. Private Practice Internal Medicine, ubicado en Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

- a. Maria Gorbovitsky, MD
- b. Yun Lam, MD

Se recomienda, pero no se exige que todas las organizaciones médicas asociadas a Tufts MC, incluyendo las establecidas anteriormente, cumplan con lo establecido en esta política.

ANEXO C

Pacientes de Tufts Medical Center protegidos contra las medidas de cobranza¹




Los siguientes pacientes que reciben servicios médicamente necesarios del Hospital están exonerados de las medidas de cobranza hasta donde se describe a continuación. Las medidas de cobranza incluyen cualquier actividad por la cual el Hospital o un agente del Hospital le solicita a un paciente, al fiador del paciente o a un tercero responsable del pago que realice el pago por los servicios. Dichas actividades pueden incluir depósitos previos a la admisión o al tratamiento, estados de cuenta de facturación, cartas de seguimiento de cobro, comunicaciones telefónicas, comunicaciones personales y actividades de cobro de parte de agencias y abogados.

| Programa de Massachusetts | Reglas generales | Excepciones |
|---|---|--|
| Pacientes de MassHealth | El Hospital no puede facturar si el paciente puede proporcionar una constancia de participación. | a. Puede facturar copagos y deducibles. b. Puede facturarles a los pacientes que no proporcionen constancia de participación. |
| Asistencia de emergencia para pacientes de la tercera edad, discapacitados y niños (EAEDC) | | |
| Plan de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Plan, CMSP) Pacientes con ingresos MAGI iguales o menores del 300 % de FPL | | |
| Pacientes en situaciones médicas difíciles | El Hospital no le puede facturar al paciente por la parte de su factura que exceda la contribución para situaciones médicas difíciles. Esto incluye a pacientes que son elegibles para pago de situaciones médicas difíciles de parte de HSN y que tengan pendiente un reclamo de cuenta incobrable de emergencia. | |
| PACIENTES CON BAJOS INGRESOS | | |
| Todos los pacientes con bajos ingresos | El Hospital no puede facturarle al paciente los servicios médicos no reembolsables para los que el paciente haya aceptado la responsabilidad del pago si: (i) el reclamo de servicios médicos no reembolsables se relaciona con un error médico o (ii) si el reclamo fue denegado por el seguro principal del paciente debido a un error administrativo o de facturación. | a. Puede facturarle al paciente por servicios médicos no reembolsables para los que el paciente haya aceptado la responsabilidad del pago. b. A solicitud del paciente, el Hospital puede facturarle al paciente para permitir que el paciente cumpla con el deducible único asociado con el Programa CommonHealth. |
| Todos los pacientes con bajos ingresos excepto los pacientes solo dentales con bajos ingresos | El Hospital no puede facturar servicios de salud reembolsables para los que el Hospital esté recibiendo pagos de HSN. | a. Puede facturar copagos y deducibles. b. Puede facturar por servicios elegibles prestados por el Hospital antes de que el estado haya determinado que el paciente es de bajos ingresos o después de la expiración o cancelación de su estatus de bajos ingresos. |
| Pacientes con bajos ingresos con ingresos MassHealth MAGI o ingresos contables de familias en situaciones médicas difíciles entre 150.1 % y 300 % del FPL | El Hospital no le puede facturar al paciente por la parte de su factura que exceda el deducible. | a. Puede facturar copagos de farmacia. b. Puede facturar el deducible HSN parcial. c. Puede facturar los servicios elegibles prestados por el Hospital antes de que el estado haya determinado que el paciente es de bajos ingresos o después de la expiración o cancelación de su estatus de bajos ingresos. |

¹Consulte, Reglamentos de la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts (Health Safety Net) en 101 C.M.R. § 613.08(3).

ANEXO D:

Ejemplo de asistencia y aviso del programa de Tufts Medical Center - Factura, frente

| | | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--|---|--|---|--|------------------------|
|  | | | | IF PAYING BY CREDIT CARD OR DEBIT CARD FILL OUT HERE | | | | TUFTS.STMT.001 07/2017 |
| CHECK CARD USING FOR PAYMENT | | | |  <input type="checkbox"/> MASTERCARD | |  <input type="checkbox"/> VISA | | |
| CARD NUMBER | | | | | | EXPIRATION DATE | | |
| PLEASE SIGN HERE | | | | | | DUE DATE | | |
| STATEMENT DATE | ACCOUNT NUMBER | PAY THIS AMOUNT | | AMOUNT PAID | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

PAY YOUR BILL ONLINE AT: www.tuftsmedicalcenter.org/payment

PAY YOUR BILL ONLINE AT: www.tuftsmedicalcenter.org/payment

| | |
|---|--|
| IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR ACCOUNT | |
| | |

ANEXO D:

Ejemplo de asistencia y aviso del programa de Tufts Medical Center - Factura, dorso

PLEASE COMPLETE THE APPROPRIATE SECTIONS AND RETURN IN THE ENCLOSED ENVELOPE AS SOON AS POSSIBLE.

| CREDIT CARD PAYMENT / CHANGE OF ADDRESS | | INSURANCE INFORMATION | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | MASSHEALTH MassHealth ID Number: _____ Effective Date: ____/____/____ Recipient ID Number: _____ _____ _____ | OTHER INSURANCE Insurance Company Name and Address: _____ Effective Date: ____/____/____ _____ _____ Policy / ID Number: _____ Pt's Relationship to Subsc.: _____ Subscriber Name: _____ Subscriber Date of Birth: ____/____/____ Subscriber Employer: _____ Employer City & State: _____ |
| CREDIT CARD NO.: _____ _____ _____ PAYMENT AMOUNT: _____ EXP. DATE: M M Y Y _____ CARDHOLDER SIGNATURE: _____ EXP. DATE: _____ MY INFORMATION HAS CHANGED TO NAME: _____ ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____ TELEPHONE: _____ OTHER: _____ | | MEDICARE Medicare Number: _____ Effective Date: ____/____/____ Retirement Date: _____ Medex Number: _____ | WORK RELATED INJURY Injury Date: _____ Case No.: _____ Employer Name: _____ Employer Phone: _____ Employer Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____ |

If you are unable to pay your full balance at this time, please contact our business office to discuss alternative payment arrangements.

HOW TO REACH US

Questions About Your Bill?



Please call the number listed on the front of this document.



Tufts Medical Center
 800 Washington Street
 Box 1005
 Boston, MA 02111-1526

NOTICE OF AVAILABILITY OF FINANCIAL ASSISTANCE

The Hospital provides financial assistance for medically necessary services for United States residents who cannot afford to pay based on the below Federal Poverty Guideline.

Financial Assistance for Low Income Patients as of 2019

For Financial Assistance Information for Tufts Medical Center, Please Call: 617-636-6013

| Family Size | Full Assistance up to these income levels | Partial Assistance up to these income levels |
|------------------------|---|--|
| 1 | \$ 18,744 | \$ 37,476 |
| 2 | \$ 25,368 | \$ 50,736 |
| 3 | \$ 32,004 | \$ 63,996 |
| 4 | \$ 38,628 | \$ 77,256 |
| 5 | \$ 45,264 | \$ 90,516 |
| 6 | \$ 51,888 | \$ 103,776 |
| 7 | \$ 58,524 | \$ 117,036 |
| 8 | \$ 65,148 | \$ 130,296 |
| Each Additional Person | + \$ 6,636 | + \$ 13,260 |

Alternative assistance may also be available through various public assistance programs, in cases of additional financial need or medical hardship.

PLEASE CONTACT US IF YOU WOULD LIKE MORE INFORMATION.