

Holyoke Medical Center, Inc.
575 Beech Street
Holyoke, MA 01040

Póliza de Crédito Y Colección
AF 2016

Tabla de Contenido

I.	Colectar Información sobre Recursos Financieros del Paciente y Cobertura de Seguro ...	1
II.	Prácticas de Facturación y Colección del Hospital	3
III.	Población Exentas de Actividades de Colección.....	4
IV.	Medidas Extraordinarias de Colección	5
V.	Agencias de Colección Externas	8
VI.	Depósitos y Plan de Pagos.....	8
VII.	Descuento de Pronto Pago.....	9
VIII.	Adjuntos/Exposiciones	9

Póliza de Facturación Y Colección del Hospital

El hospital tiene una obligación fiduciaria interna para solicitar el reembolso por los servicios que ha prestado a los pacientes que están en condiciones de pagar, desde seguros de Tercera Persona responsables que cubren el costo de la atención del paciente, y de otros programas de ayuda para la cual el paciente es elegible. Para determinar si un paciente es capaz de pagar por los servicios prestados, así como para ayudar al paciente en la búsqueda de opciones de cobertura alternativas si no tienen seguro o insuficiente seguro, el hospital sigue los siguientes criterios relacionados con la facturación y colección de los pacientes. En la obtención de información financiera de los pacientes y la familia, el hospital mantiene toda la información en conformidad con la ley de privacidad federal y estatal aplicable, seguridad, y las leyes de robo de identidad.

I. Colectar Información sobre Recursos Financieros del Paciente y Cobertura de Seguro

a) Obligación del Paciente:

El hospital trabajará con el paciente para informarles de su deber de facilitar la siguiente información clave:

Antes de la entrega de servicios de atención médica (con excepción de los servicios facilitados para estabilizar a un paciente determinado que tienen una condición médica de emergencia o necesidad de los servicios de atención de urgencia), el paciente tiene el deber de facilitar información oportuna y precisa sobre su estado actual de seguro, información demográfica, cambios en los ingresos familiares o póliza de cobertura de grupo (si lo hay), y, si se conoce, la información sobre los deducibles o copagos que son requeridos por su seguro aplicable o programa financiero. La información detallada de cada artículo debe incluir, pero no limitarse a:

- i) Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), las opciones de cobertura de seguro de salud actuales, la ciudadanía e información de residencia, y los recursos financieros aplicables del paciente que pueden ser utilizados para pagar su factura;
- ii) Si aplica, el nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), las opciones de cobertura de seguro de salud actuales, y sus recursos financieros aplicables que se puede usar para pagar la factura del paciente; y
- iii) Otros recursos que pueden ser utilizados para pagar su factura, incluyendo otros programas de seguros, como póliza de automóvil o póliza de propietarios de viviendas si el tratamiento se debió a un accidente, los programas de compensación del trabajador, las pólizas de seguro de los estudiantes, y cualquier otro ingreso de la familia como una herencia, regalos, o distribuciones de un fideicomiso disponibles, entre otros.

El paciente también tiene la obligación de llevar un registro de su cuenta de hospital sin pagar, incluyendo cualquier co-pago existentes, co-seguro y deducibles, y ponerse en contacto con el hospital si necesitan ayuda en el pago de una parte o la totalidad de su factura. El paciente se le requiere que informe a su seguro médico actual (si lo tiene) o la agencia estatal que determina el estado de elegibilidad del paciente en un programa público de cualquier cambio en los ingresos familiares o el estado de seguro. El hospital también puede ayudar al paciente con la actualización de su elegibilidad en un programa público cuando haya cambios en el ingreso de

la familia o el estado del seguro, siempre que el paciente informa al hospital de tales cambios en el estado de elegibilidad del paciente.

El hospital trabajará con el paciente para asegurarse de que estén conscientes de su deber de notificar al hospital y el programa de aplicación en el que se están recibiendo asistencia (i.e., MassHealth, Connector, Health Safety Net, o Medical Hardship), de cualquier información relacionada con un cambio en el ingreso de la familia, o si son parte de una reclamación de seguro que puede cubrir el costo de los servicios prestados por el hospital. Si hay alguna tercera persona (tal como, pero no limitado a, seguro de hogar o auto) que es responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el paciente va a trabajar con el hospital o programa aplicable (incluyendo, pero no limitado a, MassHealth, Connector, o Health Safety Net) para asignar el derecho a recuperar la cantidad pagada o no pagada por tales servicios.

b) Obligación del Hospital:

El hospital hará todos los esfuerzos razonables y diligentes para cobrar al seguro del paciente y otra información para verificar la cobertura de los servicios de salud a ser prestados por el hospital. Estos esfuerzos pueden ocurrir durante la registración inicial en persona con el paciente en un lugar hospitalario para un servicio, o pueden ocurrir en otros momentos. Además, el hospital notificará al paciente acerca de la disponibilidad de opciones de cobertura a través de una asistencia pública disponible o programa de asistencia financiera del hospital, incluyendo cobertura de MassHealth, el programa de pago de prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net, o Medical Hardship, en las facturas de facturación que se envían al paciente o garante del paciente después de la entrega de los servicios. Además, el hospital también llevará a cabo su diligencia debida por medio de sistemas de verificación financieras públicas o privadas existentes para determinar si es capaz de identificar el estado de elegibilidad del paciente para la cobertura de seguro público o privado. El hospital intentará recoger dicha información antes de la entrega de cualquier no-emergente y servicios de salud no urgentes. El hospital retrasará cualquier intento de obtener esta información, mientras que un paciente está siendo tratado por una condición médica de emergencia o servicios de atención de urgencia necesaria.

Los esfuerzos de diligencia del hospital incluirán, pero no se limitan a, solicitando información sobre el estado del seguro del paciente, comprobando las bases de datos de seguros públicos o privados disponibles, siguiendo las reglas de facturación y autorización, y en su caso apelar cualquier reclamación denegada cuando el servicio se paga en su totalidad o en parte por una compañía conocida de seguro de Tercera Persona que pueden ser responsables de los costos de los servicios de salud recientes del paciente. Cuando el registro del hospital o el personal de admisión son informados por el paciente, sino que también deberán trabajar con el paciente para asegurar que la información relevante se comunica a los programas públicos adecuados, tales como los cambios en los ingresos familiares o el estado del seguro, incluyendo cualquier reclamación de seguros o demanda que puede cubrir el costo de los servicios prestados por el hospital.

Si el paciente o garante / tutor es incapaz de facilitar la información necesaria, y con el consentimiento del paciente, el hospital hará esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, garante / tutor, y otras Terceros Persona apropiadas para obtener información adicional.

Esfuerzos razonables de diligencia del hospital para investigar si un seguro de Tercera Persona o de otro tipo de recursos pueden ser responsables por el costo de los servicios prestados por el

hospital deberá incluir, pero no se limitan a, la determinación del paciente si hay una póliza aplicable para cubrir el costo de las reclamaciones, incluyendo: (1) seguro de vehículo o póliza de dueño de casa, (2) de accidentes o póliza general de protección contra lesiones personales, (3) los programas de compensación del trabajador, y (4) póliza de seguro del estudiante, entre otros. Si el hospital es capaz de identificar a un tercero responsable o ha recibido un pago de un tercero u otro recurso (incluyendo parte de una aseguradora privada u otro programa público), el hospital reportará el pago al programa aplicable y compensado, si aplicable por los requisitos de las afirmaciones del programa de procesamiento, contra cualquier reclamación que pueda haber sido pagado por el tercero u otro recurso. Para los programas de asistencia pública del estado que en realidad han pagado por el costo de los servicios, no se le requiere hospital asegurar la asignación de derecho del paciente a la cobertura de terceros de los servicios. En estos casos, el paciente debe estar consciente de que el programa estatal aplicable puede intentar buscar la asignación de los costos de los servicios prestados al paciente.

II. Prácticas de Facturación Y Colección del Hospital

El hospital cuenta con un proceso uniforme y consistente para la presentación y la recolección de las reclamaciones presentadas a los pacientes, independientemente de su estado de seguro. En concreto, si el paciente tiene un saldo pendiente de pago actual que está relacionado con los servicios prestados al paciente y no cubierta por una opción de cobertura pública o privada, el hospital seguirá los siguientes procedimientos de colección / facturación razonables, que incluyen:

- a) Una factura inicial enviada al paciente o la persona responsable de las obligaciones financieras personales del paciente; la factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera (incluyendo, pero no limitado a MassHealth, el programa de pago de prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Program, el Health Safety Net y Medical Hardship) para cubrir el costo de la cuenta del hospital;
- b) Facturaciones posteriores, llamadas telefónicas, cartas de colección, avisos personales de contacto, notificaciones de ordenador, o cualquier otro método de notificación que constituye un auténtico esfuerzo para ponerse en contacto con la parte responsable de la cuenta sin pagar, que también incluirá información sobre cómo el paciente puede ponerse en contacto con el hospital si necesitan ayuda financiera;
- c) Si es posible, la documentación de los esfuerzos alternativos para localizar la persona responsable de la obligación o la dirección correcta en la facturación devueltos por el servicio de correos como "dirección incorrecta" o "no se puede entregar";
- d) El envío de una notificación final por correo certificada para los pacientes sin seguro (los que no están inscritos en un programa como el Health Safety Net o MassHealth) que incurren un balance de más de \$1,000 en una mala deuda de emergencia en sólo servicios de nivel de emergencia, donde notificación no ha sido devueltos como "dirección incorrecta" o "no se puede entregar", y también notificar a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera en la comunicación;
- e) La documentación de la facturación continua o la acción de colección llevado a cabo durante 120 días a partir de la fecha del servicio es establecido y está disponible para el programa federal y / o estatal aplicable para verificar estos esfuerzos; y
- f) Comprobando el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Massachusetts (EVS) para asegurar que el paciente no es un paciente de bajo-ingreso y no ha presentado una solicitud de cobertura, ya sea para MassHealth, en el programa de pago de prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net, o Medical Hardship, antes de enviar reclamaciones al Health Safety Net Office para la cobertura de deuda incobrable.

- g) Para todos los pacientes que están inscritos en un programa de asistencia pública, el hospital sólo le puede facturar a los pacientes por el co-pago, co-seguro o deducible específico que se describe en las regulaciones estatales aplicables y que además puede estar indicada en el Sistema de Información de Administración de Medicaid del estado.

El hospital buscará un pago específico para aquellos pacientes que no cumplen los requisitos para la inscripción en un programa de asistencia pública del estado de Massachusetts, como los residentes de fuera del estado, pero que de otro modo puede satisfacer las categorías de elegibilidad financieras generales de un programa de asistencia pública del estado. Para estos pacientes, el hospital le notificará al paciente si esos recursos adicionales están disponibles en base a criterios de ingreso y otros del paciente, tal como se indica en la póliza de asistencia financiera del hospital.

El hospital, cuando lo solicite el paciente y basada en una revisión interna de la situación financiera de cada paciente, también puede ofrecer al paciente un descuento adicional u otra ayuda siguiendo su propio programa de asistencia financiera interna que se aplica de manera uniforme a los pacientes, y el cual toma en consideración la situación financiera documentada del paciente y la incapacidad del paciente para hacer un pago después de las acciones de colección razonables. Cualquier descuento que es proporcionado por el hospital es consistente con los requisitos federales y estatales, y no influye en que un paciente reciba los servicios del hospital.

III. Población Exentas de Actividades de Colección

Las siguientes poblaciones de pacientes están exentas de cualquier procedimiento de colección o facturación de conformidad con los reglamentos y las pólizas del Estado: Los pacientes inscritos en un programa de seguro de salud pública, incluyendo pero no limitado a, MassHealth, La ayuda de emergencia para las Personas de Edad, Discapacitados y Niños (EAEDC); Children's Medical Security Plan (CMSP), si el ingreso MAGI es igual a, o menos de 300% del FPL; Los pacientes de bajo-ingreso, según determinado por MassHealth y Health Safety Net, incluyendo aquellos con ingreso del Hogar MAGI o ingreso contable de Medical Hardship entre 150.1 to 300% del FPL; y Medical Hardship, sujeto a las siguientes excepciones:

- a) El hospital puede solicitar la acción de colección contra cualquier paciente inscrito en los programas mencionados anteriormente para sus co-pagos y deducibles requeridos que se establecen por cada programa específico;
- b) El hospital también puede iniciar la facturación o colección de un paciente que alega que él o ella es un participante en un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios hospitalarios, pero no aporte la prueba de dicha participación. Tras la recepción satisfactoria de la prueba de que un paciente es un participante en un programa de asistencia financiera, (incluyendo la recepción o la verificación de la solicitud firmada) el hospital deberá cesar sus actividades de facturación o de colección;
- c) El hospital puede continuar la acción de colección en cualquier paciente de bajo-ingreso por los servicios prestados antes de la determinación del Paciente de bajo-ingreso, siempre y cuando el estado de Baja Paciente Ingreso actual ha sido terminado, ha caducado, o no identificados de alguna manera en el Sistema de Verificación de Elegibilidad estado o la Sistema de Información de Gestión de Medicaid. Sin embargo, una vez que un paciente se determina elegible y se inscribió en MassHealth, en el programa de pago de prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Plan, o Medical Hardship, el hospital cesará la actividad de colección por los servicios (con la excepción de los copagos y deducibles) proporcionados con anterioridad al inicio de su elegibilidad.
- d) El hospital puede solicitar la acción de colección contra cualquiera de los pacientes que participan en los programas enumerados anteriormente para los servicios no cubiertos que el paciente ha aceptado ser responsable de, a condición de que el hospital obtuvo el consentimiento previo y por

escrito del paciente para ser facturado por este servicio (s). Sin embargo, incluso en estas circunstancias, el hospital no puede facturar al paciente por las reclamaciones relacionadas con los errores médicos o reclamaciones denegadas por el seguro primario del paciente debido a un error administrativo o de facturación.

- e) A petición del paciente, el hospital puede facturar a un paciente de Bajo-Ingreso con el fin de permitir que el paciente cumpla con el deducible de una vez necesario para el Common Health como se describe en 130 CMR 506.009: El deducible de una sola vez.

IV. Medidas Extraordinarias de Colección

- a) El hospital no emprenderá ninguna "acción de colección extraordinarias" hasta el momento en que el hospital ha hecho un esfuerzo razonable y ha seguido una revisión razonable de la situación financiera del paciente y otra información necesaria para determinar la elegibilidad para la ayuda económica que va a determinar que un paciente está en derecho a la asistencia financiera o la omisión de cualquier actividad de colección o facturación bajo esta póliza de crédito y colección. El hospital mantendrá toda la documentación que se utilizó en esta determinación de conformidad con la póliza de retención de registros aplicables del hospital.
- b) El hospital va a aceptar y procesar una solicitud de ayuda financiera en conformidad con su póliza de asistencia financiera presentada por un paciente durante todo el "período de aplicación". El "período de aplicación" se inicia en la fecha que el cuidado es proveído y termina en la tarde del número 240 días después de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta después de ser dado de alta del cuidado es previsto, sujeto a los siguientes requisitos adicionales especiales. El período de aplicación no termina antes de 30 días después de que el hospital ha proporcionado al paciente el aviso de 30 días como se describe a continuación. En el caso de un paciente que la facilidades del hospital ha determinado presumiblemente para ser elegible para menos de la ayuda más generosa bajo la póliza de asistencia financiera, la aplicación no termina antes del final de un período razonable para el paciente para solicitar financiera asistencia más generoso, como se describe más adelante.
- c) Medidas Extraordinarias de Colección incluye:
 - i) La venta de la deuda de un paciente a otro partido (excepto si los requisitos especiales establecidos a continuación, se cumplen);
 - ii) Informar a las agencias de informes de crédito o agencias de crédito;
 - iii) El aplazamiento, negar, o requerir un pago antes de facilitar, la atención médica necesaria por falta de pago de uno o más facturas por el cuidado anteriormente tratadas en la póliza de asistencia financiera del hospital (que se considera una acción extraordinaria de colección por la atención proporcionada anteriormente)
 - iv) Acciones que requieren un proceso legal o judicial, incluyendo:
 - (1) La colocación de un gravamen sobre la propiedad de un paciente;
 - (2) La anulación de una hipoteca;
 - (3) Colocación o apoderarse de la cuenta bancaria o cualquier otra propiedad personal;
 - (4) El inicio de una acción civil en contra de un paciente;
 - (5) Provocar la detención de un paciente;
 - (6) Provocar que un paciente esté sujeto a una orden de embargo del cuerpo; y
 - (7) Embargando sueldos de un paciente.
 - v) El hospital tratará la venta de la deuda de un paciente a otro partido como una acción extraordinaria de colección a menos que el hospital entre en un acuerdo vinculante por escrito con el comprador de la deuda en virtud de la cual (i) se prohíbe que el comprador realice cualquier acción extraordinaria de colección para obtener el pago de la atención; (ii) el comprador tiene prohibido la colección de intereses sobre la deuda a una tasa superior a la tasa de pago incompleto del IRS aplicable; (iii) la deuda es retornable o revocable por el hospital cuando se determine que el paciente es elegible para la ayuda financiera; y (iv) si el

paciente se determina que es elegible para la ayuda financiera y la deuda no se devuelve o retira por el hospital, el comprador está obligado a adherirse a procedimientos que aseguren que el paciente no pague al comprador más de lo que el paciente es personalmente responsable de pagar de acuerdo con la póliza de asistencia financiera.

- vi) Las acciones de colección extraordinarias incluye acciones dirigidas a obtener el pago de la atención contra cualquier otro paciente que ha aceptado o está en la obligación de aceptar la responsabilidad de la factura del hospital del paciente por el cuidado.
- d) El hospital se abstendrá de iniciar cualquier acción de colección extraordinarias contra un paciente por un período de por lo menos 120 días a partir de la fecha que el hospital proporciona el primer estado de cuenta después de ser dado de alta; excepto que requisitos especiales aplican a diferir o negar la atención médica necesaria por falta de pago, como se describe a continuación.
- e) Además de abstenerse de iniciar cualquier acción de colección extraordinarios por el periodo de 120 días como descrito anteriormente, el hospital se abstendrá de iniciar cualquier acción de colección extraordinario por un período de al menos 30 días después de que se haya notificado al paciente de su póliza de ayuda financiera en la siguiente manera: el hospital (i) proporciona al paciente un aviso escrito que indica que la ayuda financiera está disponible para los pacientes elegibles, que identifica las acciones de colección extraordinarias que el hospital (u otra parte autorizada) tiene la intención de iniciar para obtener el pago de la atención, y que informe un plazo después de lo cual las acciones de colección extraordinarias pueden ser iniciados que no sea antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona un aviso por escrito: (ii) que proporciona al paciente un resumen en términos sencillos de la póliza de asistencia financiera; y (iii) hace un esfuerzo razonable para notar por vía oral al paciente acerca de la póliza de asistencia financiera y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de aplicación de la póliza de asistencia financiera; excepto que requisitos especiales aplican para diferir o negar la atención médica necesaria, como se describe a continuación.
- f) El hospital cumplirá con los siguientes requisitos especiales en el caso de diferir o negar la atención por falta de pago de la atención previa que era elegible para asistencia financiera. El hospital puede facilitar un aviso en menos de los 30 días descrito anteriormente si se proporciona al paciente un formulario de solicitud de asistencia financiera y un aviso por escrito de que la asistencia está disponible para pacientes elegibles. La notificación escrita indicará una fecha límite después del cual el hospital ya no va a aceptar y procesar una solicitud de ayuda financiera, que será no antes del final del período de aplicación o 30 días después de la fecha en que se proporcionó por primera vez el aviso por escrito. Si el paciente presenta una solicitud antes de la fecha límite, el hospital procesará la solicitud de manera expedita.
- g) Si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta de asistencia financiera bajo la póliza de asistencia financiera del hospital durante el período de solicitud, el hospital suspenderá cualquier acción de colección extraordinaria para obtener el pago por la atención. En tal caso, el hospital no iniciara, o tomara otra acción sobre las acciones de cobro extraordinarias previamente iniciados hasta que o bien (i) el hospital se ha determinado si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo la póliza de asistencia financiera o (ii) en el caso de una solicitud incompleta de asistencia financiera, el paciente no ha respondido a las solicitudes de información y / o documentación adicional dentro de un período razonable de tiempo. El hospital también emprenderá nuevas acciones, dependiendo si la solicitud está completa o incompleta, tal como se describe a continuación.
- h) En el caso de que un paciente presente una aplicación completa para ayuda financiera durante el período de solicitud, el hospital, en adición hará una determinación si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Si el hospital determina que el paciente es elegible para asistencia además de atención gratuita, el hospital (i) facilitar al paciente un estado de cuenta que indica la cantidad que el paciente debe por el cuidado como un paciente elegible para la ayuda financiera y los estados, o describe cómo el paciente puede obtener información con

respecto a las cantidades que Generalmente se Facturan por el cuidado, (ii) reembolsa al paciente cualquier cantidad que el paciente paga por el cuidado que excede la cantidad que el paciente se determina que es personalmente responsable del pago y (iii) tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier acción de colección extraordinaria (con las excepciones de una venta de la deuda y diferir o negar, o requerir un pago antes de facilitar, la atención médica necesaria por falta de pago de las facturas anteriores para el cuidado proporcionado anteriormente para el cual el paciente era elegible para la ayuda financiera) tomadas en contra del paciente para obtener el pago para el cuidado de un paciente. Medidas razonables para revertir una acción de colección tan extraordinaria incluirán medidas para que deje sin ningún juicio, levantar alguna exacción o gravamen, y remover del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se informó a una agencia de información o la agencia de crédito.

- i) En el caso de que un paciente presente una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el período de solicitud, el hospital, además de facilitar al paciente un aviso por escrito que describa la información y / o documentación adicional requerida en virtud de la póliza de asistencia financiera y que incluye información de contactos.
- j) El hospital puede hacer determinaciones presuntivas que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo la póliza de asistencia financiera en base a información distinta a la prevista por el paciente o sobre la base de una determinación previa de elegibilidad. En el caso de que un paciente se determina que es elegible para menos de la ayuda más generosa disponible bajo la póliza de asistencia financiera, el hospital hará lo siguiente: notificar al paciente con respecto a la base para la determinación de elegibilidad presuntiva y la forma de solicitar ayuda más generosa disponible bajo la póliza de asistencia financiera; (ii) dar al paciente un período de tiempo razonable para solicitar la ayuda más generosa antes de iniciar las acciones de colección extraordinarias para obtener la cantidad descontada adeudado; y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa en busca de ayuda financiera más generosa durante el período de solicitud, determinar si el paciente es elegible para el descuento más generoso.
- k) El hospital no va a embargar el salario de un paciente de bajo-ingreso o de su garante o ejecutar un gravamen sobre un paciente de bajo-ingreso o su de garante residencia personal o vehículo de motor a menos que: (1) el hospital pueda mostrar el paciente o su garante tiene la capacidad de pagar, (2) el paciente / garante no respondió a las solicitudes del hospital para la información o el paciente / garante se negó a cooperar con el hospital para buscar un programa de asistencia financiera disponible, y (3) a los efectos del derecho de retención, que fue aprobado por la Junta de Administración del hospital de un paciente, basado caso por caso.
- l) El hospital y sus agentes no continuará con la recolección o esfuerzos de facturación relacionados con un paciente que es miembro de un procedimiento de quiebra, excepto para asegurar sus derechos como acreedor en el orden apropiado (acciones similares también pueden ser adoptadas por programas de asistencia pública aplicable que han pagado por servicios). El hospital y sus agentes también no van a cobrar intereses sobre un saldo vencido por un paciente de bajo-ingreso o por los pacientes que cumplen los criterios para la cobertura a través del propio programa de asistencia financiera interna del hospital.
- m) El hospital mantiene el cumplimiento de los requisitos aplicables de facturación y sigue requisitos estatales y federales aplicables relacionadas con la falta de pago por los servicios específicos que fueron el resultado de/o directamente relacionado con un Evento Grave Reportable (SRE), la corrección del SRE, una complicación posterior derivada de la SRE, o una readmisión en el mismo hospital por los servicios asociados con la SRE. Los SRE que no se producen en el hospital están excluidos de esta determinación de no-pago, siempre y cuando el centro de tratamiento y la instalación encargada de la SRE no tienen la propiedad en común o una empresa padre en común. El hospital también no busca el pago de un paciente de bajo-

ingreso a través del programa Health Safety Net cuyas reclamaciones se les negó inicialmente por un programa de seguro debido a un error de facturación administrativa por el hospital.

V. Agencias de Colección Externas

El hospital puede contratar a una agencia de colección exterior para ayudar en la colección de determinadas cuentas, incluyendo la cantidad responsable de los pacientes que no se resuelven después de 120 días de acciones de colección continuas. El hospital también puede entrar en un acuerdo vinculante con agencias externas de colección. Cualquiera de estos contratos que permitan la venta de la deuda que no es tratada como una acción de colección extraordinaria satisfaga los requisitos descritos anteriormente. En todos los demás casos, si el hospital se vende o refiere la deuda de un paciente a otro partido, el acuerdo con la otra parte será razonablemente diseñado para asegurar que no se tomen acciones de colección extraordinarias hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para la ayuda financiera, incluyendo las siguientes: (i) si un paciente presenta una solicitud antes de que finalice el período de solicitud, el partido va a suspender las acciones de colección extraordinarias; (ii) si el paciente presenta una solicitud de ayuda financiera antes del final del período de aplicación y se determina que es elegible para la ayuda financiera, el partido se adhiere a los procedimientos para asegurar que el paciente no pague al partido y al hospital juntos más de lo que el paciente es responsable de pagar bajo la póliza de asistencia financiera y para revertir cualquier acción de colección extraordinarias; y (iii) si el partido refiere o vende la deuda a otro partido, el partido obtendrá un acuerdo por escrito del cumplimiento de todos los requisitos anteriores. Todas las agencias de colección externas contratados por el hospital facilitar al paciente la oportunidad de presentar una queja formal y reenviará al hospital los resultados de esas quejas de los pacientes. El hospital requiere que cualquier agencia de colección exterior que utiliza este funcionando en el cumplimiento de los requisitos federales y estatales de colección de deudas justas.

VI. Depósitos y Plan de Pagos

Conforme a la regulación del Massachusetts Health Safety Net perteneciente a los pacientes que son ya sea: (1) determinado ser “Pacientes de Bajo-Ingreso” o (2) califican para Medical Hardship, el hospital facilitara al paciente información sobre los depósitos y los planes de pago en base a la situación financiera del paciente documentado. Cualquier otro plan se basará en el propio programa de asistencia financiera interna del hospital, y no se aplicará a los pacientes que tienen la capacidad de pago.

a) Servicios de Emergencia

Un hospital no puede requerir depósitos previo a la admisión y / o de pre-tratamiento de pacientes que requieren servicios de nivel de emergencia o que se determine ser un Paciente de Bajo-Ingreso.

b) Depósitos de Pacientes de Bajo-Ingreso

Un hospital puede solicitar un depósito de un paciente determinado ser un Paciente de Bajo-Ingreso. Tales depósitos se deben limitar a 20% de la cantidad del deducible, hasta \$500. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones establecidas en el plan de pago en 101 CMR 613.08 (1) (g).

c) Depósitos para Pacientes de Medical Hardship

Un hospital puede requerir un depósito a pacientes elegibles para Medical Hardship. Los depósitos serán limitados a 20% de la Medical Hardship hasta \$1,000. Todos los saldos

restantes estarán sujetos a las condiciones establecidas en el plan de pago en 101 CMR 613.08 (1) (g).

d) **Plan de Pago para Pacientes de Bajo-Ingreso en conformidad con el Programa del Health Safety Net de Massachusetts**

Un paciente con un balance de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, debe ser ofrecido al menos un plan de pago de un año libre de intereses con un pago mínimo mensual de no más de \$25. Un paciente con un balance de más de \$1,000, después del depósito inicial, debe ser ofrecido al menos un plan de pago de dos años libre de intereses.

VII. Descuento de Pronto Pago

Holyoke Medical Center ofrece un descuento de pronto pago del 30% a pacientes sin seguro en los servicios médicamente necesarios. El paciente debe pagar el saldo completo (menos el descuento) dentro de los 30 días desde la fecha de la factura inicial. El descuento no se puede utilizar en combinación con cualquier otro descuento o ayuda financiera. Este descuento no se aplica a audífonos auditivos o reparaciones, o la cirugía estética.

*** Este documento puede ser traducido a pedido y sin cargo.**

VIII. Adjuntos/Exposiciones

a) Ejemplo de avisos de plan de pago a pacientes de Bajo-Ingreso y Medical Hardship

Ejemplo de avisos de plan de pago a
pacientes de Bajo-Ingreso y Medical
Hardship

August 2, 2016

"Nombre del Paciente"
"Numero de Cuenta"
"Fecha del Servicio"

Estimado "Nombre del Paciente" :

Holyoke Medical Center ha aprobado su solicitud para un plan de pago para pagar su
deuda pendiente de \$ _____.

Su plan de pago será de \$ _____ al mes por _____ meses.

Por favor note:

Depósitos para pacientes con Medical Hardship

Un hospital puede pedir un depósito de pacientes que cualifiquen para Medical Hardship.
Los depósitos serán limitados a 20% de la contribución del Medical Hardship hasta
\$1,000. Todo balance restante estará sujeto a las condiciones del plan de pago
establecidas por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos
101CMR.613.08(1)(g).

**Plan de Pago para Pacientes de Bajo Ingreso de acuerdo con el programa de
Massachusetts Health Safety Net.**

Un paciente con un balance de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, se le debe
ofrecer al menos un plan de pago de un año libre de intereses con un pago mínimo
mensual de no más de \$25. Un paciente con un balance de más de \$1,000, después del
depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago de al menos dos años libre de
intereses.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta decisión, favor de llamar a la Oficina de
Consejeros Financiero al (413) 534-2603 o (413) 535-4723, de Lunes a Viernes, de
8:00am a 4:00pm.

Sinceramente,

[Your Name]
Consejero Financiero
Holyoke Medical Center

APROBACIONES

Esta póliza fue aprobada por la Junta de Directores del Holyoke Medical Center el 25 de Agosto del 2016.