

Política de facturación y cobro de Massachusetts Eye and Ear Infirmary

ÍNDICE

Introducción	1
Recopilación de información sobre los recursos financieros y la cobertura de seguro del paciente	1
Prácticas de facturación y de cobro del hospital	4
Personas exentas de las actividades de cobro	5
Medidas extraordinarias de cobro	5
Agencias de cobro externas	8
Depósitos y planes de pago en cuotas	8

Política de facturación y cobro de Massachusetts Eye and Ear Infirmary

Massachusetts Eye and Ear Infirmary (el “Hospital”) tiene el deber fiduciario interno de solicitar el reembolso de los servicios prestados a pacientes que puedan pagarlos, a otras compañías aseguradoras responsables que cubran el costo de los cuidados del paciente, y a otros programas de asistencia para los que el paciente es elegible. Para determinar si un paciente puede pagar los servicios prestados y también para ayudar al paciente a encontrar opciones de cobertura alternativas si no está asegurado o si está subasegurado, el Hospital se sigue los siguientes parámetros de facturación y cobro a pacientes. Al obtener información financiera personal del paciente y de su familia, el Hospital guarda la información de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad, seguridad y de robo de identidad que correspondan.

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

- a) El Hospital trabajará con el paciente para informarle sobre su deber de brindar la siguiente información clave:

Antes de brindar servicios para el cuidado de la salud (salvo aquellos servicios que se brindan para estabilizar al paciente en situaciones de emergencia médica o que necesitan servicios de cuidado urgente), el paciente tiene el deber de brindar información oportuna y precisa sobre el estado actual de su seguro, información demográfica, cambios en el ingreso familiar o en la cobertura de la póliza grupal (si corresponde), y, si lo sabe, información sobre deducibles o copagos que el seguro o el programa financiero exigen. La información detallada para cada punto debe incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

- i) Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si corresponde), opciones actuales de cobertura del seguro de salud, información de ciudadanía y residencia, y los recursos financieros correspondientes del paciente que pueden usarse para pagar sus facturas.
- ii) Si corresponde, nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si corresponde), opciones actuales de cobertura del seguro de salud, y los recursos financieros correspondientes que pueden usarse para pagar las facturaciones del paciente.
- iii) Y otros recursos que pueden usarse para pagar las facturas, como otros programas de seguro, pólizas de seguro de vehículo automotor o de vivienda —si la causa del tratamiento provisto fue un accidente—, programas de compensación del trabajador, pólizas de seguro para estudiantes, y cualquier otro ingreso como herencias, regalos, o repartos de un fideicomiso disponible, entre otros.

El paciente también tiene el deber de hacer un seguimiento de sus facturas impagas del hospital, incluidos los copagos, coseguros y deducibles existentes, y de comunicarse con el Hospital en caso de que necesite asistencia para pagar una parte o toda la facturación. Además, se le exige al paciente que informe cualquier cambio en el ingreso familiar o en el estado de su seguro de salud ya sea a su aseguradora de salud actual (en caso de que la tenga) o a la agencia estatal que determinó la elegibilidad del paciente en un programa público. El Hospital también puede brindar asistencia al paciente para que actualice su elegibilidad en un programa público cuando el ingreso familiar o el estado de su seguro de salud cambia, en caso de que el paciente le informe al Hospital sobre dichos cambios en su estado de elegibilidad.

El Hospital trabajará con el paciente para asegurarse de que conozca su deber de notificarles al Hospital y al programa correspondiente a través del cual recibe asistencia (por ejemplo: MassHealth, Connector, Health Safety Net, o Medical Hardship) sobre cualquier información relacionada con algún cambio en el ingreso familiar, o si forma parte de un reclamo de seguros que podría cubrir el costo de los servicios que el Hospital brindó. Si hay una tercera parte (como una compañía aseguradora de vivienda o de automóvil, entre otras) que sea responsable de cubrir el costo del cuidado como consecuencia de un accidente u otro incidente, el paciente trabajará con el Hospital o el programa correspondiente (entre ellos MassHealth, Connector, o Health Safety Net) para ceder el derecho de recuperar los montos pagos o impagos por dichos servicios.

b) Obligaciones del Hospital:

El Hospital realizará todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar la información de seguro y demás datos del paciente con el fin de verificar que tenga cobertura de los servicios del cuidado de la salud que el Hospital le brindará. Estos esfuerzos pueden realizarse durante el registro inicial que el paciente realiza en persona en alguna sede del Hospital con el fin de recibir un servicio o en cualquier otro momento. Además, el Hospital notificará al paciente sobre las opciones de cobertura disponibles a través de un programa de asistencia pública o de un programa de asistencia financiera hospitalaria disponibles, lo que incluye cobertura a través de MassHealth, de Premium Assistance Payment Program (Programa de Asistencia de Pago de Primas) que dirige Health Connector, de Children's Medical Security Program (Programa de Seguridad Médica para Niños), de Health Safety Net (Red de Seguridad Médica) o de Medical Hardship (Dificultad Médica), para realizar facturas que se envían al paciente o a su garante una vez brindados los servicios. Asimismo, el Hospital actuará con la diligencia debida a través de sistemas públicos o privados existentes de verificación financiera para determinar si se puede identificar el estado de elegibilidad del paciente para recibir cobertura pública o privada. El Hospital intentará recopilar dicha información antes de brindar servicios del cuidado de la salud sin carácter de emergencia ni de urgencia. El Hospital retrasará cualquier intento de obtener esta información mientras que un paciente recibe tratamiento por una condición médica de emergencia o mientras recibe servicios de cuidados necesarios con urgencia.

Los esfuerzos de diligencia debida del Hospital incluirán solicitar información sobre el estado del seguro del paciente, verificar bases de datos de seguros públicos o privados disponibles, cumplir con las reglas de facturación y autorización, y apelar cualquier reclamo rechazado (según corresponda) cuando una compañía aseguradora conocida se encarga de pagar una parte o todos los servicios y pueda ser responsable de los costos de los servicios recientes del cuidado de la salud del paciente, entre otras cosas. Cuando el paciente notifica al personal de registro o admisión hospitalaria, dichos miembros del personal también trabajarán con el paciente para garantizar que toda información relevante se comunique a los programas públicos correspondientes, como cambios en el ingreso familiar o en el estado del seguro, además de cualquier demanda o reclamo de seguro que pueda llegar a cubrir el costo de los servicios provistos por el Hospital

Si el paciente o el garante/tutor no puede brindar la información que se necesita y el paciente da su consentimiento, el Hospital realizará esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, garante/tutor o terceros, según corresponda, para solicitarles información adicional.

Los esfuerzos de diligencia debida del Hospital para investigar si una compañía aseguradora u otro tipo de recurso es responsable del costo de los servicios provistos por el Hospital incluirán, entre otras cosas, determinar a través del paciente si existe una póliza vigente para cubrir el

costo de los reclamos, entre ellos: (1) póliza de responsabilidad civil del vehículo automotor o de vivienda; (2) póliza de salvaguarda ante lesiones personales o accidentes generales; (3) programas de compensación para trabajadores; y (4) pólizas de seguro para estudiantes; entre otras. Si el Hospital puede identificar un tercero responsable o si ha recibido un pago de un tercero o de otro recurso (incluso de una compañía aseguradora privada u otro programa público), el Hospital informará el pago al programa correspondiente y le brindará una compensación, si corresponde según los requisitos de procesamiento de reclamos del programa, por cualquier reclamo que haya sido pagado por un tercero u otro recurso. En el caso de programas públicos estatales de asistencia que hayan pagado el costo de los servicios, el Hospital no está obligado a garantizar el derecho del paciente a tener cobertura de servicios de parte de terceros. En estos casos, el paciente debe saber que el programa estatal correspondiente puede intentar buscar la cesión de los costos de los servicios provistos al paciente.

B. Prácticas de facturación y cobro del hospital

El Hospital cuenta con un proceso uniforme y coherente para presentar y recibir los reclamos contra pacientes, independientemente del estado de su seguro. Específicamente, si el paciente tiene un saldo actualmente impago que esté relacionado con los servicios provistos a dicho paciente y que ninguna opción de cobertura pública o privada cubre, el Hospital seguirá los procedimientos de cobro/facturación razonables, que incluyen lo siguiente:

- a) Enviarle al paciente o a la parte responsable una factura inicial con las obligaciones financieras personales del paciente; esta factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera (entre ellos MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship) para cubrir el costo de la factura del Hospital;
- b) Posteriormente, facturas, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal, notificaciones por computadora, o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino para comunicarse con la parte responsable con motivo de la factura impaga, que también incluirá información sobre cómo el paciente puede comunicarse con el Hospital en caso de que necesite asistencia financiera;
- c) En caso de ser posible, se documentarán esfuerzos alternativos para ubicar a la parte responsable y exigirle que cumpla sus obligaciones o solicitarle la dirección correcta si el servicio postal devolvió las facturas por tener una “dirección incorrecta” o ser “imposible de entregar”;
- d) Enviar una notificación final por correo postal certificado para pacientes no asegurados (aquellos que no están inscritos en un programa como Health Safety Net o MassHealth) que hayan contraído una deuda incobrable por emergencia superior a \$1,000 en servicios de emergencia únicamente, a la dirección que no haya sido devuelta como “dirección incorrecta” o “imposible de entregar”, y además incluir en la notificación información sobre la disponibilidad de asistencia financiera,
- e) Se mantendrá disponible para el programa estatal o federal correspondiente la documentación sobre las medidas de facturación y cobro constantes llevadas a cabo durante los 120 días posteriores al servicio a fin de verificar dichos esfuerzos.
- f) Y se consultará el Sistema de Verificación de Elegibilidad (Elegibility Verification System, EVS) de Massachusetts para corroborar que el paciente no sea un paciente de bajos ingresos y que no haya presentado una solicitud de cobertura para MassHealth, Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship, antes de presentar reclamos ante la oficina de Health Safety Net por alguna deuda incobrable de cobertura.

- g) En el caso de los pacientes que están inscritos en un programa de asistencia pública, es posible que el Hospital únicamente les facture el copago, coseguro o deducible específicos que se detallan en las reglamentaciones estatales correspondientes y que además pueden estar establecidos en el Sistema de Administración de Información de Medicaid.

El Hospital buscará cobrar un monto específico en el caso de aquellos pacientes que no califican para inscribirse en un programa de asistencia pública estatal de Massachusetts, como ser los residentes fuera del estado, pero que podrían estar dentro de las categorías de elegibilidad financiera de un programa de asistencia pública estatal. En el caso de estos pacientes, el Hospital los notificará si estos recursos adicionales están disponibles según el ingreso y otros criterios del paciente, como se detalla en la política de asistencia financiera del Hospital.

Cuando el paciente lo solicite y basado en una revisión interna del estado financiero del paciente, el Hospital también le puede ofrecer al paciente un descuento adicional u otro tipo de asistencia además de su propio programa interno de asistencia financiera que se aplica de forma uniforme a sus pacientes, y que tiene en cuenta la situación financiera documentada del paciente y su incapacidad de pago una vez tomadas las medidas de cobro razonables. Cualquier descuento que el Hospital ofrezca es coherente con los requisitos federales y estatales, y no ejerce influencia sobre el paciente para que reciba servicios del Hospital.

C. Personas exentas de las actividades de cobro

Las siguientes poblaciones de pacientes están exentas de todo procedimiento de cobro o facturación de conformidad con las reglamentaciones y políticas estatales: Pacientes inscritos en programas de seguro de salud públicos entre ellos MassHealth; Ayuda de Emergencia a Ancianos, Discapacitados y Menores (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children, EAEDC); Plan de Seguridad Médica para Niños (Children's Medical Security Plan, CMSP); si el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) es igual o menor que el 300 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL); pacientes con bajos ingresos según lo determine MassHealth y Health Safety Net, incluidos aquellos con ingresos familiares MAGI o Ingresos contables familiares por dificultad médica que estén entre el 150.1 y el 300 % del FPL; pacientes de Medical Hardship, todo sujeto a las siguientes excepciones:

- a) Es posible que el Hospital tome medidas de cobro a pacientes inscritos en los programas mencionados anteriormente por cada copago y deducible que les correspondan y que estén establecidos en cada programa específico.
- b) El Hospital puede tomar medidas de facturación o cobro a pacientes que aleguen formar parte de un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios de hospital, pero que no puedan presentar pruebas de dicha participación. Tras recibir prueba satisfactoria de que el paciente forma parte de un programa de asistencia financiera (incluidos el recibo o la verificación de la solicitud firmada), el Hospital cesará cualquier actividad de facturación o cobro.
- c) El Hospital puede continuar con el cobro de los servicios prestados a pacientes con bajos ingresos antes de determinar su condición de paciente con bajos ingresos, en caso de que la condición actual de paciente con bajos ingresos haya sido cancelada, haya caducado, o no haya sido identificada en el Sistema de Verificación de Elegibilidad o en el Sistema de Administración de Información de Medicaid. No obstante, una vez que se determina la elegibilidad de un paciente y se inscribe en MassHealth, en Premium Assistance Payment Program que dirige Health Connector, en Children's Medical Security Plan o en Medical Hardship, el Hospital cesará el cobro de los servicios (con la excepción del cobro de copagos y deducibles) que se brindaron antes de determinada la elegibilidad del paciente.
- d) El Hospital puede tomar medidas de cobro contra cualquiera de los pacientes que participen en los programas enumerados arriba por servicios no cubiertos por los que el paciente haya asumido responsabilidad, siempre y cuando el Hospital haya obtenido previamente el consentimiento

escrito del paciente a que se le facturen dichos servicios. No obstante, en estas circunstancias, el Hospital no le puede facturar al paciente los reclamos relacionados con errores médicos o reclamos denegados por la compañía aseguradora primaria del paciente debido a un error administrativo o de facturación.

D. Medidas de cobro extraordinarias

- a) El Hospital no tomará ninguna “medida de cobro extraordinaria” hasta que haya hecho los esfuerzos razonables y analizado el estado financiero del paciente y demás información necesaria para determinar que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera o que está exento de actividades de cobro o facturación conforme a esta política de crédito y cobro. El Hospital guardará toda la documentación utilizada en esta determinación conforme a la política de preservación de registros vigente del Hospital.
- b) El Hospital aceptará y procesará una solicitud de asistencia financiera conforme a su política de asistencia financiera presentada por un paciente durante todo el “período de solicitud”. Este período comienza el día que se brinda el cuidado y termina 240 días después de la primera factura posterior al alta del cuidado prestado, sujeto a los siguientes requisitos adicionales especiales. El período de solicitud no termina antes de un plazo de 30 días posterior a que el Hospital le haya dado al paciente el preaviso de 30 días descrito a continuación. En caso de que el Hospital haya determinado que el paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia conforme a la política de asistencia financiera que no sea la más alta, el período de solicitud no termina hasta que haya terminado el período razonable para que el paciente solicite una asistencia financiera más generosa, como se describe más adelante.
- c) Las medidas de cobro extraordinarias incluyen:
 - i) Vender la deuda de un paciente a otra parte (excepto si se reúnen los requisitos especiales establecidos más abajo).
 - ii) Informarlo a agencias de información crediticia u oficinas de crédito.
 - iii) Diferir, negar o exigir un pago antes de brindar el cuidado médicamente necesario debido a la falta de pago de una o más facturas de cuidado cubierto previamente conforme a la política de asistencia financiera del Hospital (que se considera una medida de cobro extraordinaria respecto del cuidado prestado con anterioridad).
 - iv) Medidas que requieran un proceso legal o judicial, entre ellas:
 - (1) embargar los bienes de un paciente;
 - (2) ejecutar una hipoteca sobre un bien inmueble;
 - (3) embargar o incautar una cuenta bancaria u otro bien personal;
 - (4) iniciar una acción civil contra un paciente;
 - (5) provocar el arresto de un paciente;
 - (6) hacer que se emita una orden de arresto por falta de comparecencia para el paciente y
 - (7) embargar el salario de un paciente.
 - v) El Hospital tratará la venta de la deuda de un paciente a otra parte como una medida de cobro extraordinaria, a menos que el Hospital celebre un acuerdo escrito de carácter obligatorio con el comprador de la deuda conforme al cual (i) el comprador tenga prohibido tomar medidas de cobro extraordinarias para obtener el pago del cuidado; (ii) el comprador tenga prohibido cobrar intereses sobre la deuda a una tasa superior a la tasa de pago insuficiente vigente del IRS; (iii) la deuda se pueda devolver al Hospital o el Hospital pueda reclamar la deuda al determinar que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera; y (iv) si se determina que el paciente es elegible para asistencia financiera y la deuda no se devuelve al Hospital ni el Hospital la reclama, el comprador tiene la obligación de seguir procedimientos que garanticen que el paciente no le pague al comprador más de lo que el paciente tiene la responsabilidad de pagar conforme a la política de asistencia financiera.

- vi) Las medidas de cobro extraordinarias incluyen medidas tomadas para obtener el pago del cuidado de parte de cualquier otro paciente que haya aceptado o tenga la obligación de aceptar la responsabilidad de pagar la factura de cuidados del Hospital del paciente.
- d) El Hospital se abstendrá de iniciar medidas de cobro extraordinarias contra un paciente durante un período de al menos 120 días a partir de la fecha en la que el Hospital entregue la primera factura por los cuidados posterior al alta, a menos que haya requisitos especiales con respecto a diferir o negar cuidados médicamente necesarios debido a la falta de pago como se describe más adelante.
- e) Además de abstenerse de iniciar medidas de cobro extraordinarias durante el plazo de 120 días descrito anteriormente, el Hospital se abstendrá de iniciar cualquier medida de cobro extraordinaria durante un período de 30 días después de que le haya notificado al paciente acerca de su política de asistencia financiera de la siguiente manera: El Hospital (i) le entrega al paciente una notificación escrita que indica que hay asistencia financiera disponible para pacientes elegibles, que identifica las medidas de cobro extraordinarias que el Hospital (u otra parte autorizada) tiene la intención de iniciar para obtener el pago del cuidado, y que establece un plazo posterior al cual se iniciarán medidas de cobro extraordinarias, que no puede ser menor a 30 días a partir de la fecha en la que se entrega la notificación escrita. El Hospital (ii) le entrega al paciente un resumen de la política de asistencia financiera en un lenguaje sencillo; y (iii) haga un esfuerzo razonable para notificar al paciente verbalmente sobre la política de asistencia financiera y de qué manera puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de dicha asistencia; a menos que haya requisitos especiales con respecto a diferir o negar cuidados médicamente necesarios debido a la falta de pago como se describe más adelante.
- f) El Hospital cumplirá con los siguientes requisitos especiales en caso de diferir o negar cuidados debido a la falta de pago de cuidados anteriores que eran elegibles para asistencia financiera. El Hospital puede entregar una notificación de menos de 30 días descrita anteriormente si le facilita al paciente un formulario de solicitud de asistencia financiera y una notificación escrita que indique que la asistencia financiera está disponible para pacientes elegibles. La notificación escrita establecerá el plazo en el que el Hospital aceptará y procesará las solicitudes de asistencia financiera, que no será anterior al final del período de presentación de solicitudes ni 30 días después de la fecha en la que se entrega la notificación escrita por primera vez. Si un paciente presenta una solicitud antes de este plazo, el Hospital procesará la solicitud de manera acelerada.
- g) Si un paciente presenta una solicitud (completa o incompleta) de asistencia financiera conforme a la política de asistencia financiera del Hospital durante el período de solicitud, el Hospital suspenderá las medidas de cobro extraordinarias para conseguir el pago del cuidado. En dicho caso, el Hospital no iniciará medidas de cobro extraordinarias ni tomará más medidas en caso de haberlas iniciado hasta que (i) el Hospital haya determinado si el paciente es elegible para asistencia financiera conforme a la póliza de asistencia financiera, o bien (ii) en caso de una solicitud incompleta de asistencia financiera, el paciente no ha respondido a las solicitudes de información o documentación adicional dentro de un plazo razonable. El Hospital también tomará más medidas, dependiendo de si la solicitud está completa o incompleta, como se describe a continuación.
- h) Si el paciente presenta una solicitud completa de asistencia financiera durante el período de solicitud, el Hospital además determinará si el paciente es elegible para asistencia financiera. Si el Hospital determina que es elegible para recibir asistencia que no sean cuidados gratuitos, el Hospital (i) le entregará al paciente una factura que indique el monto que el paciente debe por el cuidado como paciente elegible para asistencia financiera y que establezca o describa cómo puede recibir información acerca de los montos generalmente facturados por el cuidado; (ii) reembolsará al paciente cualquier monto que haya pagado por el cuidado que supere el monto que el paciente sea responsable de pagar y (iii) tomará todas las medidas razonables para revertir cualquier medida de cobro extraordinaria (a excepción de una venta de deuda y denegar

o diferir, o requerir el pago, antes de brindar cuidados médicamente necesarios debido a la falta de pago de facturas anteriores por cuidados provistos previamente para los cuales el paciente era elegible para asistencia financiera) tomada contra el paciente para obtener el pago del cuidado. Las medidas razonables para revertir cualquier medida de cobro extraordinaria incluyen medidas para dejar sin efecto una sentencia, levantar un embargo o gravamen y quitar del informe crediticio del paciente información negativa que haya sido informada a una agencia de información crediticia u oficina de crédito.

- i) Si un paciente presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el período de solicitud, el Hospital además le dará al paciente una notificación escrita que describa la información o documentación adicional que se necesita conforme a la política de asistencia financiera y que incluya información de contacto.
- j) El Hospital tomará la determinación presunta de que un paciente es elegible para asistencia financiera conforme a la política de asistencia financiera basándose en información aparte de la provista por el paciente o basándose en una determinación previa de elegibilidad. En caso de que se determine que el paciente es elegible para asistencia disponible conforme a la política de asistencia financiera que no sea la más alta, el Hospital: (i) notificará al paciente acerca del fundamento para la determinación de elegibilidad presunta y la manera de solicitar una asistencia más generosa disponible a través de la política de asistencia financiera; (ii) le dará al paciente un plazo razonable para solicitar asistencia más generosa antes de iniciar medidas de cobro extraordinarias para cobrar el monto descontado que se adeuda; y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa para pedir asistencia financiera más generosa durante el período de solicitud, se determinará si el paciente es elegible para un descuento más generoso.
- k) El Hospital no embargará los salarios de un paciente de bajos ingresos ni de su garante, ni embargará la residencia o el vehículo personal del paciente de bajos ingresos ni de su garante, a menos que: (1) el Hospital pueda demostrar que el paciente o su garante tienen la capacidad de pagar, (2) el paciente o su garante no respondieron a los pedidos de información del hospital o se negaron a cooperar con el Hospital para buscar un programa de asistencia financiera disponible, y (3) a los efectos del embargo, fue aprobado por la Junta Directiva del Hospital para ese paciente en particular.
- l) El Hospital y sus agentes no continuarán con sus esfuerzos de cobro o facturación relacionados con un paciente que sea miembro de un proceso de quiebra, excepto para garantizar sus derechos como acreedor en el orden correspondiente (el programa de asistencia pública que haya pagado los servicios puede tomar medidas similares). El Hospital y sus agentes tampoco les cobrarán intereses por saldos impagos a pacientes de bajos ingresos ni a pacientes que reúnan los criterios de cobertura a través del programa de asistencia financiera interno del Hospital.
- m) El Hospital cumple con los requisitos de facturación aplicables y sigue los requisitos federales y estatales vigentes relacionados con la falta de pago de servicios específicos que fueron el resultado o están directamente relacionados con un evento grave de notificación obligatoria (Serious Reportable Event, SRE), la corrección del SRE, una complicación posterior debido al SRE o una readmisión al mismo hospital por servicios asociados con el SRE. Los SRE que no ocurran en el Hospital están excluidos de esta determinación de falta de pago siempre y cuando el centro de tratamiento y el centro responsable del SRE no tengan un dueño en común o una casa matriz corporativa en común. El Hospital tampoco exigirá el pago a un paciente de bajos ingresos a través del programa Health Safety Net cuyos reclamos hayan sido denegados inicialmente por un programa de seguros debido a un error de facturación o administrativo del Hospital.

E. Agencias de cobro externas

El Hospital puede celebrar contratos con una agencia de cobro externa para que lo ayude en el cobro de ciertas cuentas, inclusive de montos que son responsabilidad del paciente y no han sido resueltos tras 120 días de medidas de cobro constantes. El Hospital también puede celebrar contratos vinculantes con agencias de cobro externas. Cualquier contrato que permita la venta de deuda que no se trata como una medida de cobro extraordinaria reunirá los requisitos descritos arriba. En todos los demás casos, si el Hospital vende o deriva la deuda de un paciente a otra parte, el acuerdo con la otra parte se redactará de tal manera que se garantice que no se tomen medidas de cobro extraordinarias hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables por determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera, inclusive lo siguiente: (i) si un paciente presenta una solicitud dentro del período de solicitud, la parte suspenderá las medidas de cobro extraordinarias; (ii) si el paciente presenta una solicitud de asistencia financiera dentro del período de solicitud y se determina que es elegible para recibir asistencia financiera, la parte respetará los procedimientos para garantizar que el paciente no le pague a la parte y al Hospital juntos más de lo que el paciente debe pagar conforme a la política de asistencia financiera y revertirá cualquier medida de cobro extraordinaria; y (iii) si la parte deriva o vende la deuda a otra parte, obtendrá un acuerdo escrito que reúna todos los requisitos anteriores. Todas las agencias de cobro externas contratadas por el Hospital le darán al paciente la oportunidad de presentar un reclamo y le enviarán al Hospital los resultados de los reclamos de los pacientes. El Hospital exige que las agencias de cobro externas utilizadas cumplan con los requisitos de prácticas justas en el cobro de deudas federales y estatales.

F. Depósitos y planes de pago en cuotas

De conformidad con las normas de Health Safety Net de Massachusetts con respecto a los pacientes que: (1) son considerados “pacientes de bajos ingresos” o (2) califican para el programa Medical Hardship, el Hospital le dará al paciente información sobre depósitos y planes de pago basados en la situación financiera documentada del paciente. Cualquier otro plan se basará en el programa de asistencia financiera interno del Hospital y no se aplicará a los pacientes que tengan la capacidad de pagar.

a) Servicios de emergencia

Un hospital no puede exigirles depósitos previos a la admisión o al tratamiento a los pacientes que precisan servicios de emergencia o que son considerados pacientes de bajos ingresos.

b) Depósitos de pacientes de bajos ingresos

Un hospital puede pedir un depósito a los pacientes considerados de bajos ingresos. Dichos depósitos deberán limitarse al 20 % del monto del deducible, hasta \$500. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Depósitos para pacientes en el programa Medical Hardship

Un hospital podrá pedir un depósito a pacientes elegibles para Medical Hardship. Los depósitos estarán limitados al 20 % de la contribución a Medical Hardship, hasta un máximo de \$1,000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(g).

d) Planes de pago para pacientes de bajos ingresos conforme al programa Health Safety Net de Massachusetts

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

e) Deducible único de CommonHealth

A pedido del paciente, el Hospital puede facturarle a un paciente de bajos ingresos para permitirle alcanzar el deducible único exigido por CommonHealth.

f) Planes de pago para pacientes de bajos ingresos parciales de HSN conforme al programa Health Safety Net de Massachusetts, por servicios prestados en un hospital con licencia

El Hospital también les ofrece a los pacientes de bajos ingresos parciales de Health Safety Net un plan de coseguro que les permite pagar el 20 % del pago de Health Safety Net por cada visita hasta que alcanza el deducible anual. El saldo restante se le asignará a Health Safety Net. Las sedes del hospital incluyen las siguientes:

- Boston (Campus principal) - 243 Charles Street Boston, MA 02114
- Mass Eye and Ear Braintree - 250 Pond Street, 1st Floor Braintree, MA 02184
- Mass Eye and Ear Concord - 54 Baker Street Extension, Suite #303 Concord, MA 01742
- Mass Eye and Ear East Bridgewater - One Compass Way, Suite #100 East Bridgewater, MA 02333
- Mass Eye and Ear Longwood - 800 Huntington Avenue Boston, MA 02115
- Mass Eye and Ear Quincy - 500 Congress Street, Suite #1C Quincy, MA 02169
- Mass Eye and Ear Plainville - 30 Man Mar Drive, Suite #2 Plainville, MA 02762
- Mass Eye and Ear Stoneham - One Montvale Avenue, 5th floor Stoneham, MA 02180