

**Cambridge Health Alliance**

**Política de facturación y cobros**

1 de abril de 2025

**Cambridge Health Alliance**  
**Política de facturación y cobros**

**Índice**

Índice de la Política de facturación y cobros del hospital	1
I. Recopilación de información sobre los recursos económicos y la cobertura del seguro del paciente	2
II. Prácticas de facturación y cobro del hospital	5
III. Población exenta de actividades de cobro	6
IV. Acciones de cobro extraordinarias	7
V. Agencias de cobro externas	9
VI. Depósitos y planes de pago en cuotas	9

## **Política de facturación y cobros del hospital**

El hospital tiene la responsabilidad fiduciaria de procurar todas las fuentes posibles de reembolso por los servicios proporcionados, y colaborará con cada paciente para obtener la información personal y financiera esencial antes de suministrar cualquier servicio de atención de la salud, excepto en los casos en que los servicios sean para un paciente que tenga una condición médica de emergencia o que necesite servicios de atención médica de urgencia.

Estas fuentes suelen incluir, entre otras, las aseguradoras de terceros, los programas privados y públicos de asistencia a los que puede optar el paciente o la organización, y el propio paciente. Los servicios de asistencia financiera están disponibles para pacientes no asegurados y subasegurados que necesiten ayuda para determinar su capacidad de pago de los servicios. El hospital mantiene y protege estrictamente toda la información personal y/o financiera del paciente o su familia, de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables en materia de privacidad, seguridad y robo de identidad. El hospital aplica los siguientes criterios de facturación y cobro a los pacientes:

### **I. Recopilación de información sobre los recursos económicos y la cobertura del seguro del paciente**

- A. El paciente tiene la obligación de proporcionar a tiempo y con exactitud su información demográfica más reciente, la situación de su seguro, los cambios en sus ingresos familiares o en la cobertura de su póliza de grupo (si corresponde) y, si se conoce, la información sobre las franquicias o copagos que exija su seguro o programa financiero aplicable. La información detallada de cada punto debe incluir, entre otros, los siguientes datos:
  1. Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número del seguro social (si está disponible), opciones actuales de cobertura de seguro de salud, información sobre ciudadanía y residencia, y los recursos financieros aplicables del paciente que puedan utilizarse para pagar su factura.
  2. Si corresponde, el nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número del seguro social (si está disponible), opciones actuales de cobertura de seguro de salud y los recursos financieros aplicables que puedan utilizarse para pagar la factura del paciente.
  3. Otros recursos que pueden utilizarse para pagar su factura, incluidos otros programas de seguros, pólizas de seguros de automóviles o de viviendas cuando los servicios proporcionados estén relacionados con un accidente, programas de indemnización por accidentes laborales, pólizas de seguros para estudiantes y cualquier otro ingreso familiar, como herencias, donaciones o distribuciones de un fideicomiso disponible, entre otros.
- B. El paciente es responsable de hacer un seguimiento de sus facturas de hospital pendientes de pago, incluidos los copagos, coseguros y deducibles existentes, y de

comunicarse con el hospital en caso de que necesite ayuda para pagar una parte o la totalidad de su saldo pendiente.

- C. El paciente es responsable de informar a su compañía de seguro médico (si tiene una), o a la agencia estatal que determinó el estado de elegibilidad del paciente para un programa público, de cualquier cambio en los ingresos familiares o en el estado del seguro. El hospital también puede ayudar al paciente a actualizar su elegibilidad para un programa público en caso de que se produzcan cambios en los ingresos familiares o en la situación del seguro, siempre que el paciente informe al hospital de dichos cambios en su situación de elegibilidad.
- D. El hospital trabajará con el paciente para asegurarse de que conozca su deber de notificar al hospital y al programa del que reciba asistencia (por ejemplo, MassHealth, Connector, Health Safety Net o Medical Hardship), sobre cualquier información relacionada con un cambio en los ingresos familiares o si participa en una reclamación de seguro que pueda cubrir el costo de los servicios proporcionados por el hospital.
- E. En caso de que un tercero como, por ejemplo, el seguro del hogar o del automóvil, sea responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el paciente colaborará con el hospital o el programa aplicable (incluidos, entre otros, MassHealth, Connector o Health Safety Net) para otorgar el derecho a recuperar el monto pagado o no pagado por dichos servicios.
- F. El hospital hará todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar información sobre el seguro del paciente y otra información para verificar la cobertura de los servicios de atención médica que proporcionará el hospital.
  - 1. La obtención de información personal o financiera de los pacientes que estén siendo tratados por una afección médica de emergencia o que necesiten servicios de atención de urgencia se postergará hasta que se haya proporcionado el tratamiento.
  - 2. Las gestiones podrán realizarse antes de una cita programada, durante el registro inicial en persona del paciente en un hospital para recibir un servicio o en otro momento.
  - 3. Los pacientes recibirán un aviso del hospital sobre las opciones de cobertura a través de los programas de asistencia pública disponibles (incluida la cobertura a través de MassHealth, el programa de pago de asistencia de primas operado por el Conector de Salud (Health Connector), el Programa de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Program), la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net), o Dificultades Médicas (Medical Hardship)) en las facturas de cobro enviadas al paciente o al garante del paciente tras recibir los servicios.

4. El hospital también llevará a cabo la diligencia debida a través de los sistemas de verificación financiera públicos o privados existentes para determinar el estado de elegibilidad del paciente para la cobertura de seguro público o privado. El hospital intentará recopilar dicha información antes de proporcionar cualquier servicio de salud que no sea de emergencia o urgencia.
5. Los esfuerzos de verificación del hospital incluirán, entre otros, solicitar información sobre la situación del seguro del paciente, comprobar cualquier base de datos de seguros públicos o privados disponible, seguir las normas de facturación y autorización y, si corresponde, apelar una reclamación denegada cuando el servicio sea cubierto total o parcialmente por una aseguradora externa reconocida que sea responsable del costo de los servicios de salud recientes del paciente.
6. Cuando el paciente informe al personal de registro del hospital acerca de cambios en los ingresos familiares o en la situación del seguro, incluida cualquier demanda judicial o reclamación al seguro que pueda cubrir el costo de los servicios proporcionados por el hospital, éste colaborará con el paciente para garantizar que la información pertinente se comunique a los programas públicos correspondientes.
7. En caso de que el paciente, garante o tutor no pueda proporcionar la información necesaria, y si el paciente otorga su consentimiento, el hospital hará todo lo posible por comunicarse con familiares, amigos, garante/tutor y otros terceros que correspondan para obtener más información.
8. Los esfuerzos razonables de diligencia debida del hospital para investigar si un seguro de terceros u otro recurso puede responsabilizarse del costo de los servicios proporcionados por el hospital incluirán, entre otros, determinar si el paciente tiene una póliza aplicable que cubra el costo de las reclamaciones, incluyendo, entre otros:
  - a) una póliza de responsabilidad civil para automóviles o viviendas
  - b) una póliza general de accidentes o de protección contra lesiones personales
  - c) programas de compensación para trabajadores
  - d) pólizas de seguro estudiantil
9. En caso de que el hospital identifique a un tercero responsable o haya recibido un pago de un tercero u otro recurso (incluida una aseguradora privada u otro programa público), el hospital informará del pago al programa pertinente e imputará dicho pago, si corresponde según los requisitos de procesamiento de reclamaciones del programa, contra cualquier reclamación que hubiera sido pagada por el tercero u otro recurso. En el caso de los programas estatales de asistencia pública que hubieran pagado efectivamente el costo de los servicios, el hospital no está obligado a garantizar la asignación del derecho del paciente a la cobertura de los servicios por parte de terceros. En estos

casos, el paciente debe saber que el programa estatal correspondiente podrá exigir la asignación de los costos de los servicios proporcionados al paciente.

## II. Prácticas de facturación y cobro del hospital

- A. El hospital cuenta con un proceso uniforme y coherente para recopilar la información necesaria para la presentación de reclamaciones y facturas, independientemente de la situación del seguro del paciente. Específicamente, cuando el paciente tenga un saldo pendiente de pago relacionado con servicios no cubiertos por una opción de cobertura pública o privada, el hospital seguirá los siguientes procedimientos razonables de cobro/facturación, los cuales incluyen:
1. Una factura inicial (estado de cuenta) que se enviará al paciente o a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del paciente; la factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera (incluidos, entre otros, MassHealth, el programa de pago de asistencia de primas operado por el Conector de Salud (Health Connector), el Programa de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Program), la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net), o Dificultades Médicas (Medical Hardship)) para cubrir el costo de la factura del hospital;
  2. Comunicaciones subsiguientes, que incluyen facturas ( estados de cuenta), llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal, notificaciones informáticas o cualquier otro método de notificación que constituya un verdadero esfuerzo por ponerse en contacto con la parte responsable de la factura pendiente de pago y que incluya información sobre cómo puede ponerse en contacto el paciente con el hospital para solicitar ayuda financiera;
  3. Documentación de otros esfuerzos para localizar a la parte responsable de la obligación financiera, o su dirección postal correcta en las facturas o estados de cuenta devueltos por el servicio postal por razones tales como "dirección incorrecta" o "no se pudo entregar".
  4. En el caso de los pacientes sin cobertura de seguro, el hospital enviará una notificación final por correo certificado a los pacientes no asegurados cuyo saldo supere los \$1,000 únicamente para cualquier servicio de emergencia o urgencia, o cuando las notificaciones no hayan sido devueltas como "dirección incorrecta" o "no se pudo entregar", y también notificará a los pacientes la disponibilidad de ayuda financiera en la comunicación;
  5. Se mantendrá y estará disponible la documentación de las acciones continuas de facturación o cobro emprendidas durante 120 días a partir de la fecha del servicio para demostrar el cumplimiento de todos los programas federales y/o estatales aplicables a fin de verificar estos esfuerzos; y

6. Se consultará el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Massachusetts (EVS) para comprobar que el paciente no es un paciente de bajos ingresos y que no ha presentado una solicitud de cobertura ni para MassHealth, ni para el programa de ayuda para el pago de primas operado por el Conector de Salud (Health Connector), el Programa de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Program), la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net), o Dificultades Médicas (Medical Hardship), antes de presentar reclamaciones a la Oficina de Health Safety Net para cubrir las deudas incobrables.
7. Para todos los pacientes que estén inscritos en programas de asistencia pública, el hospital solo podrá facturar a dichos pacientes el copago, coseguro o deducible específico que se indique en la normativa estatal aplicable y que se indique además en el Sistema de Información de Gestión de Medicaid del estado.
8. Cuando el paciente lo solicite y basándose en una revisión interna de la situación financiera de cada paciente, el hospital también podrá ofrecer al paciente un descuento adicional que se aplicará de manera uniforme a todos los pacientes y que tendrá en cuenta su situación financiera documentada y su incapacidad para efectuar el pago tras haber llevado a cabo acciones de cobro razonables. Cualquier descuento que ofrezca el hospital será coherente con los requisitos federales y estatales, y no influirá para que el paciente reciba servicios del hospital.

### **III. Población exenta de actividades de cobro**

- A. De acuerdo con las regulaciones y políticas estatales, los pacientes inscritos en los siguientes programas de seguro médico público estarán exentos de cobros, sujeto a las siguientes excepciones. Estos programas de seguro médico público incluyen, entre otros:
  1. MassHealth
  2. Ayuda de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children - EAEDC)
  3. Plan de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Plan - CMSP) (Ingresos MAGI  $\leq$  300 % del Nivel Federal de Pobreza)
  4. Pacientes de bajos ingresos según lo determinado por MassHealth y la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net), incluyendo Ingresos del Hogar MAGI o Ingresos Computables de la Familia por Dificultad Médica (Medical Hardship) entre 150.1 y 300 % del Nivel Federal de Pobreza
  5. Dificultades Médicas (Medical Hardship)

- B. El hospital podrá iniciar acciones de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas mencionados en relación con los copagos y deducibles requeridos por cada programa específico;
- C. El hospital también podrá iniciar la facturación o el cobro a un paciente que alegue ser participante en un programa de asistencia financiera que cubra los costos de los servicios hospitalarios, pero que no aporte pruebas de dicha participación. Una vez recibida una prueba satisfactoria de que el paciente participa en un programa de asistencia financiera (incluida la recepción o verificación de la solicitud firmada), el hospital cesará sus actividades de facturación o cobro;
- D. El hospital puede continuar con las acciones de cobro a cualquier paciente de bajos ingresos por servicios prestados antes de la determinación de paciente de bajos ingresos, siempre que la condición actual de paciente de bajos ingresos haya finalizado, caducado o no se haya identificado de otro modo en el Sistema de Verificación de Elegibilidad del estado o en el Sistema de Información de Gestión de Medicaid. Sin embargo, una vez que se determine que un paciente es elegible y está inscrito en MassHealth, el Programa de pago de asistencia para primas operado por el Conector de Salud (Health Connector), el Plan de Seguridad Médica Infantil (Children's Medical Security Plan), o Dificultades Médicas (Medical Hardship), el hospital cesará la actividad de cobro por los servicios proporcionados antes del inicio de su elegibilidad (con la excepción de cualquier copago o deducible).
- E. El hospital podrá emprender acciones de cobro contra cualquiera de los pacientes que participen en los programas enumerados anteriormente por servicios no cubiertos que el paciente haya aceptado hacerse cargo, siempre que el hospital haya obtenido el consentimiento previo por escrito del paciente para que se le facturen dichos servicios. Sin embargo, incluso en estas circunstancias, el hospital no podrá facturar al paciente reclamaciones relacionadas con errores médicos o reclamaciones denegadas por la aseguradora principal del paciente debido a un error administrativo o de facturación.

#### IV. Acciones de cobro extraordinarias (ECAs)

- A. El hospital **NO** recurrirá a ninguna acción de cobro extraordinaria (ECAs), tal y como la define el IRS en la Sección 501(c)(3), como las acciones emprendidas por un hospital contra una persona, en relación con la obtención del pago de una factura por una atención cubierta por el Plan de Asistencia Financiera (FAP) de dicho hospital.
- B. Específicamente, el hospital **NO**:
  1. venderá la deuda de una persona a terceros;
  2. reportará información desfavorable sobre una persona a las agencias de información crediticia de los consumidores o a las agencias de crédito (colectivamente, las "agencias de crédito");
  3. aplazará o denegará, o exigirá un pago antes de proporcionar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de un individuo de

una o más facturas por atención proporcionada previamente y cubierta por el Plan de Asistencia Financiera (FAP) del hospital;

4. embargará la propiedad de una persona;
5. embargará los bienes inmuebles de una persona;
6. embargará o confiscará la cuenta bancaria o cualquier otro bien personal de una persona;
7. iniciará una acción civil contra una persona;
8. causará el arresto de una persona;
9. Ordenar la detención de un individuo;
10. embargará el salario de una persona;

- C. Una reclamación presentada por un hospital en un procedimiento de quiebra no es una acción de cobro extraordinaria (ECA).
- D. Un embargo sobre los ingresos de una sentencia, liquidación o acuerdo adeudados a un individuo (o su representante) como resultado de lesiones personales causadas por un tercero para el cual el hospital proporcionó atención no se considera una acción de cobro extraordinaria (ECA).
- E. Si bien el hospital se abstiene de iniciar acciones de cobro extraordinarias contra los pacientes, el hospital podrá utilizar los servicios de una agencia de crédito para identificar la calificación crediticia de un paciente y determinar su capacidad para cumplir con sus obligaciones financieras.
- F. El hospital y sus agentes no continuarán los esfuerzos de cobro o facturación de un paciente que sea parte de un procedimiento de quiebra, excepto para asegurar sus derechos como acreedor en la orden correspondiente (acciones similares podrán ser tomadas por el programa de asistencia pública aplicable que hubiera pagado por los servicios). El hospital y sus agentes tampoco cobrarán intereses sobre un saldo vencido para un paciente de bajos ingresos.
- G. El hospital mantiene el cumplimiento de los requisitos de facturación aplicables y sigue los requisitos estatales y federales aplicables relacionados con la falta de pago de servicios específicos que fueron consecuencia de, o que están directamente relacionados con, un Evento grave que debe informarse (SRE), la corrección del SRE, una complicación subsiguiente derivada del SRE, o un reingreso al mismo hospital para servicios asociados con el SRE. Los Eventos graves que deben informarse (SRE) y que no ocurran en el hospital quedan excluidos de esta determinación de falta de pago siempre que la instalación tratante y la instalación responsable de dicho SRE no tengan una propiedad común o una empresa matriz común.
- H. El hospital tampoco reclamará el pago de un paciente de bajos ingresos a través del programa de la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net) cuyas reclamaciones fueran inicialmente rechazadas por un programa de seguro debido a un error administrativo de facturación del hospital.

## V. Agencias de cobro externas

- A. El hospital puede contratar a una agencia de cobros externa para colaborar con el cobro de determinadas cuentas, incluidos los importes a cargo del paciente que no se hayan resuelto tras 120 días continuos de acciones de cobro. Todas las agencias de cobro externas contratadas por el hospital darán al paciente la oportunidad de impugnar su saldo o presentar una queja que se resolverá en colaboración con la dirección financiera de pacientes del hospital. El hospital exige que todas las agencias de cobro externas cumplan con todos los requisitos federales y estatales para el cobro justo de deudas.

## VI. Depósitos y planes de pago en cuotas

- A. De conformidad con las regulaciones de la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts relativas a los pacientes que: (1) se determine que son "pacientes de bajos ingresos" o (2) reúnan los requisitos de Dificultades Médicas, el hospital proporcionará al paciente información sobre depósitos y planes de pago según la situación financiera documentada del paciente.
  1. **Servicios de emergencia:** El hospital no exige depósitos previos a la admisión y/o al tratamiento de los pacientes que requieren Servicios de Nivel de Emergencia o que se determine que son pacientes de bajos ingresos.
  2. **Pacientes de bajos ingresos:** El hospital no solicita un depósito a los pacientes determinados como pacientes de bajos ingresos.
  3. **Pacientes con Dificultades Médicas:** El hospital no solicita un depósito a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir servicios por Dificultades Médicas.
  4. **Planes de pago para Pacientes de bajos ingresos de conformidad con el Programa Health Safety Net de Massachusetts:** El hospital no restringe los planes de pago para pacientes de bajos ingresos.
  5. **Deducible Único de CommonHealth:** A petición del paciente, el hospital puede facturar a un paciente de bajos ingresos con el fin de permitirle cumplir con el Deducible Único de CommonHealth requerido.
  6. **Planes de pago para Pacientes de bajos ingresos Parciales de HSN de conformidad con el Programa Health Safety Net (HSN) de Massachusetts, para servicios prestados en un Centro de Salud Autorizado por el Hospital:**
    - a) CHA cobra el monto total del servicio del pago neto del programa HSN por cada visita.
    - b) La opción de pago deducible del 20 % no se ofrece a los pacientes de bajos ingresos parciales del programa HSN.