Beth Israel Lahey Health
Lahey Hospital & Medical Center

Contenido

Política de Asistencia Financiera del LHMC 3
Aplicable a 3
Referencias 3
Propósito 3
Definiciones 4
Servicios elegibles para asistencia financiera del LHMC....10
Servicios no elegibles para asistencia financiera del LHMC 11
Asistencia disponible 12
Programas de asistencia pública 13
Asistencia a través de la Health Safety Net 14
Papel del asesor de asistencia financiera 16
Deberes del paciente 17
Asistencia financiera hospitalaria 18
Descuentos de asistencia financiera.... 20
Política de Asistencia Financiera.... 21
Razones de la denegación 22
Elegibilidad presuntiva 23
descuento sin seguro 24
Servicios médicos de emergencia 24
Crédito y cobros 24
Requisitos regulatorios.... 25
Apéndice 1 26
Forma de aplicación para asistencia financiera 26
Apéndice 2 29
Aplicación para Dificultades de Orden Médico 29
Apéndice 3 33
Gráfico de descuentos basado en el umbral de los ingresos y activos.... 33
Apéndice 4 34
Importe Comúnmente Facturado (AGB) 34

Apéndice 5 35
Proveedores y clínicas con coberturas y sin cobertura 35
Apéndice 6 40
Acceso público a documentos 41
Historial de la Política 42

Beth Israel Lahey Health
Lahey Hospital & Medical Center

Política de Asistencia Financiera del LHMC

Aplicable a

Esta Política aplica al Lahey Clinic Hospital Inc., d/b/a Lahey Hospital & Medical Center y Lahey Medical Center, Peabody ("LHMC", el "hospital" o el "Hospital"), con relación a los hospitales que operan y a cualquier entidad sustancialmente relacionada (como se define en la sección 501(r) del Departamento del Tesoro) y los proveedores contratados por, o afiliados al, LHMC (véase Apéndice cinco (5) para la lista completa de los proveedores con cobertura bajo esta política).

Referencias

EMTALA: Recolección de Información Financiera
Política de Crédito & Cobros
Lineamientos Federales de Pobreza, Depto. de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Aviso del IRS 2015-46 y 29 CFR §§1.501(r) (4)-(6)
Apéndice 1: Forma de aplicación de asistencia financiera para Charity Care
Apéndice 2: Forma de aplicación de asistencia de Dificultades de Orden Médico
Apéndice 3: Gráfico de descuentos basado en los ingresos
Apéndice 4: Importe Comúnmente Facturado (AGB)
Apéndice 5: Proveedores y clínicas con coberturas
Apéndice 6: Acceso público a documentos

Propósito

Nuestra misión es destacar por la excelencia en el cuidado de los pacientes, formación, investigación y mejorar la salud de las comunidades que atendemos

El LHMC se dedica a proveer asistencia o ayuda financiera a pacientes con necesidades de atención médica y que no poseen un seguro médico, con cobertura insuficiente y no aplican para un programa gubernamental, o que, por otra causa, no pueden pagar por cuidados de emergencia, cuidados de urgencia u otro cuidado médico necesario, debido a su situación financiera. Esta Política de Asistencia Financiera está diseñada para cumplir con las leyes estatales y federales aplicables para nuestra área de servicio. Los pacientes elegibles para la asistencia financiera recibirán atención con descuentos por parte de proveedores del LHMC con experiencia. Los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera de un hospital afiliado (incluido el Addison Gilbert Hospital; Anna Jaques Hospital; BayRidge Hospital; Beth Israel Deaconess Medical Center; Beth Israel Deaconess Hospital Milton; Beth Israel Deaconess Hospital Needham; Beth Israel Deaconess Hospital Plymouth; Beverly Hospital; Lahey Hospital & Medical Center, Burlington; Lahey Medical Center, Peabody; Mount Auburn Hospital; New England Baptist Hospital y Winchester Hospital) no tendrán que volver a solicitar asistencia financiera de LHMC durante el período de calificación.

La asistencia financiera suministrada bajo esta política está hecha esperando que los pacientes cooperarán con el proceso de aplicación de la política y aquellos para el beneficio público o programas de cobertura que pueden estar disponibles para cubrir el costo de la atención médica.

No discriminaremos en base a la edad, género, raza, credo, religión, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad o estatus migratorio del paciente al determinar la elegibilidad.

Definiciones

Las siguientes definiciones aplican a todas las secciones de esta política.

La clasificación de los servicios de emergencia o no emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, así como en la determinación médica del médico tratante. Las definiciones de los servicios de atención médica de emergencia o urgencias suministradas a continuación serán utilizadas por el Hospital para determinar la cobertura permisible de atención médica de

emergencias o urgencias en situación de mala deuda según el programa de asistencia financiera del hospital incluyendo el Health Safety Net.

Importe Comúnmente Facturado (AGB): AGB se define como los montos generalmente facturados por atención de emergencia, urgencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. El LHMC utiliza el método de "Look-Back" descrito en 29 CFR § 1.501(r)-5(b)(3) para determinar su porcentaje de AGB. El porcentaje de AGB se calcula dividiendo la suma de los montos de todos los reclamos del LHMC por atención de emergencia, urgencia y otros cuidados médicamente necesarios que han sido permitidos por aseguradores privados y honorarios por servicios de Medicare durante el año fiscal anterior (1 de octubre al 30 de septiembre) (incluyendo coseguro, copagos y deducibles) por la suma de los cargos brutos asociados para esos reclamos. El AGB se determina multiplicando el porcentaje de AGB contra los cargos brutos por la atención brindada al paciente. El LHMC usa solo un porcentaje de AGB y no calcula uno diferente para diferentes tipos de atención. El porcentaje de AGB se calculará anualmente a los 45 días posteriores al cierre del año fiscal anterior, y se implementará a los 120 días posteriores al cierre del año fiscal. Luego de la determinación de que una persona es elegible para recibir Asistencia Financiera bajo esta Política, no se le puede cobrar a esa persona más que el AGB por servicios médicos de emergencia u otra Atención Médicamente

Necesaria.

Para obtener más información, consulte el Apéndice cuatro (4).

Período de aplicación: Es el período en que se aceptarán y procesarán las aplicaciones para la asistencia financiera. El período de aplicación comenzará en la fecha posterior a que se suministre el primer extracto de facturación postdescargado y terminará 240 días después de esa fecha.

Activos: Consisten en:
- Cuentas de ahorro
- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorro para la salud (HSA)*
- Plan de reembolso para la salud (HRA)*
- Cuentas de gastos flexibles (FSA)*

*Si un paciente/garante tiene una HSA, HRA, FSA o fondo similar designado para los gastos médicos familiares, dicha persona no es elegible para recibir asistencia bajo esta política hasta que dichos activos se hayan agotado.

Charity Care: Los pacientes, o sus garantes, con un ingreso familiar anualizado igual o inferior al 400% del FPL, que de otro modo cumplan con otros criterios de elegibilidad establecidos en esta política, recibirán una exención del 100% del saldo responsable del paciente por los servicios médicos elegibles proporcionados por LHMC.

Servicio electivo: Un servicio hospitalario que no califica como condición médica de emergencia, de urgencia o médicamente necesaria (como se define a continuación).

Cuidados de emergencia: Elementos o servicios proporcionados con el propósito de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento para una condición médica de emergencia.

Condición médica de emergencia: Como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd), el término “Condición médica de emergencia” se refiere a una condición médica con síntomas agudos o la gravedad suficiente para que, de no recibir atención médica, pueda:
1. Arriesgar gravemente la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o el feto)
2. Deterioro grave en las funciones corporales

3. Disfunción grave en cualquier parte del cuerpo u órgano
4. En el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones:
   a. Hay un tiempo inadecuado para efectuar un traslado efectivo de un hospital a otro para el parto
   b. Dicho traslado puede suponer una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o el feto.

Familia: Como lo define la Oficina del Censo de los EE.UU., es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, según las reglas del Servicio de Rentas Internas, pueden considerarse como dependientes al determinar la elegibilidad para esta política.

Ingresos Familiares: Los ingresos de la familia de un solicitante son los ingresos brutos combinados de todos los miembros adultos de la familia que viven en la misma residencia y están incluidos en la devolución de impuestos más reciente. Para pacientes menores a 18 años, los ingresos familiares incluyen los de los padres y/o padres adoptivos, o parientes cuidadores. Los ingresos familiares se determinan utilizando la definición de la Oficina del Censo, que incluye los siguientes ingresos al computar los Lineamientos Federales de Pobreza:

1. Incluye ganancias, compensaciones de desempleo, pensiones de Seguridad Social del empleado, ingresos suplementarios de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensiones o ingresos por retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fondos, estipendios educativos y pensiones alimenticias.
2. Los beneficios que no sean en efectivo (como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
3. Se determinan en una base antes de impuestos (bruta).
4. Excluye las ganancias y pérdidas de capital.

Nivel Federal de Pobreza: El Nivel Federal de Pobreza (FPL) utiliza los límites de ingresos que varían por el tamaño y la composición familiar para determinar quién está en pobreza en los Estados Unidos. Se actualiza periódicamente en el Registro Federal por de Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos según la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Los lineamientos actual del FPL puede encontrarse en https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

Asistencia financiera: Asistencia, que consiste en Charity Care y Dificultades de Orden Médico, suministrada a pacientes elegibles, quienes de otra forma experimentarían dificultades de orden médico, al aliviarles, total o parcialmente, su deuda financiera por la atención médica o de emergencia necesaria suministrada por el LHMC.

Garante: Una persona, que no es el paciente, responsable de la facturación.

Cargos brutos: Total de cargos a la tasa completa establecida al brindar servicios de atención al paciente antes de las deducciones fiscales aplicados.

Sin hogar: Como lo define el gobierno Federal, y ha sido publicado en el Registro Federal por el HUD: "Un individuo o familia que sufre la falta de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, por lo que el individuo o familia tiene una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está destinado para ser habitado o está viviendo en un refugio, público o privado, diseñado para acoger personas temporalmente. Esta categoría también incluye a las personas que dejan la institución donde viven por 90 días o menos o quienes residen en un refugio de emergencia o un lugar que no está destinado para ser habitado inmediatamente antes de entrar a la institución.

Dentro de la red: LHMC y sus afiliados tienen contrato con la compañía de seguros del paciente para el reembolso a tarifas negociadas.

Dificultad de Orden Médico: Asistencia provista a pacientes elegibles cuyas facturas médicas son mayores o iguales al 25% de sus ingresos brutos.

Cuidado médico necesario: Artículos o servicios médicamente necesarios, como servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios proporcionados con el propósito de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de una lesión o enfermedad, así como los servicios definidos típicamente por Medicare u otra póliza de seguro de la salud como "servicios o productos con cobertura".

Pago por servicio de Medicare: Seguro médico ofrecido según la Parte A y Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de Medicare (42 USC 1395c-1395w-5).

Fuera de la red: LHMC y sus afiliados no tienen contrato con la compañía de seguros del paciente para el reembolso a tarifas negociadas, lo que generalmente resulta en una mayor responsabilidad del paciente.

Plan de pagos: Un plan de pagos que se acuerda ya sea con el LHMC o un tercero representando al LHMC y el paciente/garante por los gastos asociados. El plan de pagos considerará las circunstancias financieras del paciente, la cantidad adeudada y cualquier otro pago previo.

Elegibilidad presuntiva: Bajo ciertas circunstancias, los pacientes sin seguro médico pueden presumirse o considerarse elegibles para asistencia financiera basándose en su inscripción en otros programas de medios económicos u otras fuentes de información, no provistas directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de las necesidades financieras.

Asegurador de salud privado: Cualquier organización que no es una unidad gubernamental que ofrece pólizas de salud, incluyendo organizaciones no gubernamentales administrando un plan de seguro de salud bajo Medicare Advantage.

Período de calificación: A los solicitantes determinados elegibles para asistencia financiera se les otorgará asistencia por un periodo de seis meses. Los pacientes que califiquen para asistencia financiera deben demostrar que no hubo cambios en su situación financiera al final del período de calificación de seis (6) meses para extender su elegibilidad por otros seis (6) meses.

Usuario Descuento para No Asegurados: descuento aplicado a pacientes no asegurados (ver definición a continuación) para servicios médicos necesarios. Las exclusiones a este descuento se aplican y se encuentran dentro de esta política.

Paciente sin seguro: Un paciente que no cuenta con una cobertura de un tercero provista por una aseguradora comercial, un ERISA, un Programa de Atención Médica Federal (incluyendo, sin limitar a, Medicare, Medicaid, SCHIP, y CHAMPUS), Compensación de Trabajador, u otra asistencia de un tercero para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente. Esto incluiría servicios que no están cubiertos debido a limitaciones de red, beneficios de seguro agotados u otros servicios no cubiertos

Paciente con seguro insuficiente: Cualquier individuo con cobertura privada o gubernamental a quien se le dificulta pagar completamente los gastos esperados de los servicios provistos por el LHMC.

Atención de urgencias: Servicios médicamente necesarios provistos en un hospital después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntoma agudos con la gravedad suficiente (incluyendo dolor severo) para que una persona prudente considere que la ausencia de atención médica en 24 horas pueda representar un peligro razonable para la salud de la persona, deterioros en la función corporal, o disfunción de una parte del cuerpo u órgano.

Servicios elegibles para asistencia financiera del LHMC

Los servicios elegibles para la política de asistencia financiera del LHMC deben ser clínicamente apropiados y dentro de los estándares de las prácticas médicas aceptables, e incluyen:

1. Cargos del centro dentro y fuera de la red por atención de emergencia según se definió anteriormente.
2. Cargos del centro dentro y fuera de la red por atención de urgencias según se definió anteriormente.
3. Cargos del centro dentro y fuera de la red por atención médica necesaria según se definió anteriormente.
4. Honorarios profesionales dentro de la red por atención de urgencia y

atención médicamente necesaria prestados por proveedores empleados por LHMC y sus afiliados, según se enumeran en el Apéndice cinco (5).

Servicios no elegibles para asistencia financiera del LHMC

Los servicios no elegibles para la asistencia financiera incluyen:

1. Los honorarios profesionales por la atención brindada por proveedores que no son empleados de LHMC siguen la política de asistencia financiera (p. ej., médicos o profesionales médicos privados o que no pertenecen a LHMC, transporte en ambulancia, etc.), como se indica en el Apéndice cinco (5). Se recomienda a los pacientes que se comuniquen directamente con estos proveedores para ver si ofrecen alguna ayuda financiera y para hacer arreglos de pago. Consulte el Apéndice cinco (5) para obtener una lista completa de los proveedores que no están cubiertos por esta política.
2. Cargos de instalaciones fuera de la red y honorarios profesionales por atención de urgencia y atención médicamente necesaria que no es atención de emergencia, según se definió anteriormente.

Asistencia disponible

LHMC ofrece asistencia a los pacientes para solicitar programas de asistencia pública y asistencia financiera para hospitales, como se describe en mayor detalle a continuación.

El LHMC hará esfuerzos diligentes para recopilar el estado del seguro del paciente y otra información a fin de verificar la cobertura de los servicios de atención médica de emergencia, para pacientes hospitalizados o ambulatorios que proporcionará el hospital. Toda la información se obtendrá antes de la entrega de cualquier elemento o servicio de atención médica no urgente y no emergente. El hospital retrasará cualquier intento de obtener esta información durante la entrega de cualquier servicio de nivel de emergencia de EMTALA o de atención de urgencia, si el proceso para obtener esta información retrasará o interferirá con el examen de detección médica o los servicios realizados para estabilizar una Condición Médica de Emergencia.

Los esfuerzos razonables de diligencia debida del hospital para investigar si un seguro de terceros u otro recurso puede ser responsable del costo de los servicios prestados por el hospital deberán incluir, pero no limitarse a, determinar si el paciente declara si existe una política aplicable para cubrir el costo de los reclamos, que incluye: (1) póliza de responsabilidad civil del propietario de un vehículo o de una casa, (2) póliza de protección general contra accidentes o lesiones personales, (3) programas de compensación para trabajadores y (4) pólizas de seguro estudiantil, entre otros. Si el hospital puede identificar a un tercero responsable o ha recibido un pago de un tercero

u otro recurso (incluso de una aseguradora privada u otro programa público), el hospital informará el pago al programa correspondiente y lo compensará, si aplica, según los requisitos de procesamiento de reclamos del programa, contra cualquier reclamo que haya sido pagado por un tercero u otro recurso. Para los programas estatales de asistencia pública que realmente han pagado el costo de los servicios, el hospital no está obligado a asegurar la asignación del derecho del paciente a la cobertura de servicios de terceros. En estos casos, el paciente debe ser consciente de que el programa estatal aplicable puede intentar buscar una asignación sobre los costos de los servicios prestados al paciente.

El LHMC verificará el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Massachusetts (EVS) para asegurarse que el paciente no sea un paciente de bajos ingresos y no haya presentado una solicitud de cobertura para MassHealth, el programa de pago de asistencia premium operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica para Niños o Health Safety Net,

antes de presentar reclamos a la Oficina de Health Safety Net por cobertura de deudas incobrables.

Programas de asistencia pública

Para las personas sin seguro o con una póliza insuficiente, el hospital trabajará para asistirles al aplicar para la asistencia pública que puede cubrir parte o el total de las facturas adeudadas al hospital. Para ayudar a las personas sin seguro o con una póliza insuficiente, el hospital suministrará un aviso general de la disponibilidad de los programas de asistencia pública durante el registro de la persona en el hospital para un servicio, en todas las facturas que se envíen al paciente o al garante, y cuando el proveedor sea notificado o a través de su debida diligencia reconozca de un cambio en el estatus de la elegibilidad del paciente por cobertura de una póliza pública o privada.

Los pacientes del hospital pueden ser elegibles para obtener servicios de atención médica gratuita o a un costo reducido a través de varios programas de asistencia pública (incluyendo, pero no limitando a MassHealth, el programa de asistencia de pagos operado por el Health Connector, el Programa de Seguridad Médica de Niños, la Health Safety Net). Dichos programas pretenden ayudar a los pacientes con bajos ingresos, considerando la capacidad de cada individuo para costear su atención médica. Para aquellas personas que no tienen seguro o tienen una póliza insuficiente, el hospital, cuando se solicita, les ayuda a aplicar para cualquier cobertura a través de los programas de asistencia, que pueden cubrir el total o parte de las facturas adeudadas al hospital.

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes al registrarse en los programas de cobertura de salud del estado. Estos incluyen a MassHealth, el programa de asistencia de pagos de primas operado por el Health Connector estatal y el Programa de Seguridad Médica de Niños. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una aplicación a través del sitio web en línea (ubicado en el Sitio Web de Health Connector estatal), una aplicación en papel, o por teléfono con un representante de atención al cliente, en MassHealth o Health Connector. Las personas también pueden solicitar ayuda a los asesores financieros del hospital (también llamados consejeros certificados para aplicación) presentando la solicitud, ya sea en el sitio web o a través de una forma en papel.

Asistencia a través de la Health Safety Net

Gracias a su participación en la Massachusetts Health Safety Net, el hospital brinda asistencia financiera a los pacientes de bajos ingresos sin pólizas de seguro y que son residentes de Massachusetts y cumplan con los requisitos de ingreso. La Health Safety Net fue creada para distribuir, de forma más equitativa, los costos de proveer atención médica sin compensación a pacientes sin seguro y con bajos ingresos con atención gratuita o con descuentos en todos los hospitales en Massachusetts. La centralización de la Health Safety Net de la atención sin compensación se lleva a cabo a través de una evaluación en cada hospital para cubrir el costo de la atención a los pacientes sin seguro o con una póliza insuficiente y con ingresos por debajo del 300% del nivel federal de pobreza.
Los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en el Hospital pueden ser elegibles para la asistencia financiera a través de Health Safety Net, incluyendo atención total o parcialmente gratuita para los servicios elegibles de la Health Safety Net definidos en 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net – Primaria
Los pacientes sin seguro, que son residentes de Massachusetts, con Ingresos de la vivienda MassHealth MAGI o Familias con Dificultades de Orden Médico verificadas, como se describe en 101 CMR 613.04(1), entre el 0 al 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden ser elegibles para los servicios elegibles de la Health Safety Net.

El período de elegibilidad y el tipo de servicios de *Health Safety Net – Primaria* se limita a los pacientes elegibles para registrarse en el Programa de Asistencia de Pago Premium operado por Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para *Health Safety Net – Primaria.*

(b) Health Safety Net – Secundaria
Los pacientes residentes de Massachusetts con seguro de salud primaria y con Ingresos de la vivienda MassHealth MAGI o Familias con Dificultades de Orden Médico verificadas, como se describe en 101 CMR 613.04(1), entre el 0 y el 300% del FPL pueden ser elegibles para los servicios elegibles de la Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios de la *Health Safety Net – Secundaria* se limita a los pacientes elegibles para inscribirse en el Programa de Asistencia de Pago Premium operado por Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04(5)(a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para *Health Safety Net – Primaria.*

(c) Health Safety Net – Deducibles parciales

Los pacientes que califican para *Health Safety Net Primaria* o *Health Safety Net Secundaria* con Ingresos de la vivienda MassHealth MAGI o Familias con Dificultades de Orden Médico verificadas entre el 150,1% y el 300% del FPL, pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Grupo Familiar de Facturación de Primas (PBFG) tienen un ingreso mayor al 150,1% del FPL. Este grupo está definido en el 130 CMR 501.0001.

Si algún miembro del PBFG tiene un FPL menor a 150,1% no hay deducible para cualquier miembro del PBFG. El deducible anual es igual al mayor de:

1. el costo más bajo del Programa de Pago de Asistencia de Pagos operado por Health Connector, ajustado al tamaño del PBFG proporcional a los estándares de ingresos MassHealth FPL, a partir del inicio del año calendario; o
2. el 40% de la diferencia entre el ingreso más bajo de la vivienda MassHealth MAGI o los Ingresos Contables de la Familia con Dificultades de Orden Médico, según lo descrito en el 101 CMR 613.04(1), en el Grupo Familiar de Facturación de Primas (PBFG) del solicitante y el 200% del FPL.

(d) Health Safety Net – Dificultades de Orden Médico

Un residente de Massachusetts con cualquier ingreso podría calificar para *Dificultades de Orden Médico* a través de la Health Safety Net si los gastos médicos permitidos sobrepasan su ingreso contable o no es capaz de pagar los servicios de salud. Para calificar para las Dificultades de Orden Médico de Health Safety Net, los gastos médicos permisibles del solicitante deben exceder un porcentaje determinado de los Ingresos Contables del solicitante como se define en el 101 CMR. La contribución exigida al solicitante se calcula como el porcentaje especificado de los Ingresos Contables en el 101 CMR 613.05(1)(b) basados en el FPL de las *Dificultades de Orden Médico* de la familia multiplicado por los Ingresos Contables reales menos las facturas que no son elegibles para el pago de Health Safety Net, para las cuales el solicitante seguirá siendo responsable. Se especifican otros requisitos para las *Dificultades de Orden Médico* en el 101 CMR 613.05.

Un hospital puede solicitar un depósito de los pacientes elegibles a Dificultades de Orden Médico. Los depósitos se limitarán al 20% de la contribución por Dificultades de Orden Médico hasta $1.000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en el 101 CMR 613.08(1)(g).

Para Dificultades de Orden Médico, el hospital trabajará con el paciente para determinar si un programa como Dificultades de Orden Médico es el apropiado y presentar una solicitud por Dificultades de Orden Médico a la Health Safety Net. Es deber del paciente proporcionar toda la información necesaria conforme a lo solicitado por el hospital en un plazo adecuado para asegurar que el hospital pueda presentar una solicitud completa.

Papel del asesor de asistencia financiera

El hospital ayudará a las personas sin seguro y con pólizas insuficientes a aplicar para una cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública (incluyendo, pero no limitado a MassHealth, el programa de pago de asistencia de pagos operado por Health Connect, y el Programa de Seguridad Médica para Niños), y trabajar en conjunto con las personas para inscribirse apropiadamente. El hospital también ayudará a los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera a través de la Health Safety Net.

El hospital:

a) suministrará información sobre los programas completos, incluyendo MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, el Programa de Seguridad Médica para Niños y Health Safety Net.
b) ayudará a las personas a completar una nueva aplicación para la cobertura o enviar una renovación para una existente;
c) trabajará con las personas para obtener toda la documentación necesaria;
d) enviará las aplicaciones o renovaciones (junto a la información necesaria);
e) interactuará, cuando aplique y se permita según las limitaciones del sistema actual, con los programas sobre el estatus de dichas aplicaciones y renovaciones;
f) ayudará a facilitar el registro de los solicitantes o beneficiarios en los programas de seguros; y
g) ofrecerá y suministrará asistencia en el registro de votantes.

El hospital informará al paciente de su deber de suministrar al hospital, y a la agencia estatal correspondiente, información precisa y oportuna sobre su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), las opciones de cobertura de seguros actual (incluyendo pólizas de hogar, vehículos, y otro seguro de responsabilidad civil) que pueden cubrir el costo de la atención recibida, cualquier recurso financiero aplicable, e información de la ciudadanía y

residencia. Esta información se presentará al estado como parte de la aplicación para recibir asistencia de los programas públicos para determinar la cobertura de los servicios prestados al individuo.

Si el individuo o el garante no pueden suministrar la información necesaria, el hospital puede (por solicitud de la persona) hacer esfuerzos razonables para obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Dichos esfuerzos también incluyen trabajar con la persona, por su petición, para determinar si una factura por servicios debe enviarse a la persona para ayudarle a pagar el deducible de una sola vez. Esto ocurrirá cuando el individuo esté programando sus servicios, durante el preregistro, mientras que el individuo sea admitido en el hospital, tras el alta, o por un tiempo razonable después de salir del hospital. La información que el hospital obtenga se mantendrá de acuerdo con las leyes de privacidad y seguridad federales y estatales aplicables.

El hospital también notificará al paciente durante el proceso de aplicación de su responsabilidad de informar tanto al hospital como a la agencia estatal que brinda la cobertura de servicios de salud por terceros que pueden ser responsables de pagar las reclamaciones, incluyendo pólizas de seguro en vivienda, vehículo, u otro seguro de responsabilidad civil. Si el paciente ha presentado una reclamación de terceros o ha presentado una reclamación contra un tercero, el hospital notificará al paciente de su obligación de notificar al proveedor y al programa estatal dentro de los 10 días de estas acciones. También se le debe informar al paciente que debe reembolsar a la agencia estatal correspondiente el importe de la asistencia médica cubierta por el programa estatal si hay una recuperación en la reclamación, o asignación de derechos al estado para que pueda recuperar su importe aplicable.

Cuando la persona contacta al hospital, éste intentará identificar si una persona califica para un programa de asistencia pública o un programa de asistencia financiera del hospital. Un individuo inscrito en un programa de asistencia pública puede tener derecho a ciertos beneficios. Las personas también pueden calificar para asistencia adicional según el programa de asistencia financiera del hospital y el ingreso documentado del individuo, activos y los gastos médicos.

Deberes del paciente

Antes de suministrar servicios de atención médica (a excepción de los servicios para estabilizar a un paciente con una condición médica de emergencia o que necesita atención de urgencia), se espera que el paciente suministre la información oportuna y precisa sobre su estado actual de seguro, información demográfica, cambios en los ingresos

familiares o en la cobertura de la política del grupo (si la hay), y, si se conoce, la información sobre los deducibles o copagos exigidos por su seguro aplicable o programa financiero. La información detallada de cada artículo debe incluir, sin limitarse a:

- Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro de salud actuales, información de ciudadanía y residencia y recursos financieros aplicables del paciente que pueden utilizarse para pagar su factura;
- Si aplica, nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro de salud actuales, y recursos financieros aplicables que puede usar para pagar la factura del paciente; y
- Otros recursos que pueden utilizarse para pagar, incluyendo programas de seguros para automóviles o seguros de propiedad si el tratamiento se debe a un accidente, programas de compensación del trabajador, pólizas de seguro de estudiantes, y cualquier otro ingreso familiar como herencias, regalos o distribuciones de un fideicomiso disponibles, entre otros.

El paciente debe hacerle seguimiento a su deuda con el hospital, incluyendo cualquier copago existente, coaseguro y deducibles, y contactar al hospital si necesita asistencia en el pago de su factura. El paciente debe informar a su aseguradora actual (si la tiene) o a la agencia estatal que determina el estado de elegibilidad para un programa público de cualquier cambio en los ingresos familiares o estatus del seguro. El hospital también puede ayudar al paciente para actualizar su elegibilidad en un programa público cuando haya cambios en el ingreso de la familia o el estatus del seguro, siempre y cuando el paciente informe al hospital de dichos cambios.

También se exige a los pacientes notificar al hospital y al programa de aplicación del que están recibiendo asistencia (por ejemplo, MassHealth, Connector o Health Safety Net), cualquier información relacionada a un cambio en los ingresos de la familia, o si son parte de una reclamación de seguros que pueda cubrir el costo de los servicios prestados por el hospital. Si hay un tercero (como, pero no limitando a, seguro para la vivienda o automóvil) que es responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente u otro incidente, el paciente trabajará con el hospital o programa correspondiente (incluyendo, pero no limitado a, MassHealth, Connector, o Health Safety Net) para asignar el derecho a recuperar el importe pagado o adeudado por dichos servicios.

Asistencia financiera hospitalaria

La asistencia financiera se extenderá a los pacientes/garantes sin seguro o con pólizas insuficientes y que cumplen con criterios específicos, definidos a continuación. Estos criterios asegurarán que esta política de asistencia financiera se aplique consistentemente por parte del LHMC. El LHMC se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar esta política según sea necesario o apropiado. El LHMC ayudará a las personas a solicitar asistencia financiera del hospital completando una solicitud (ver Apéndice uno (1) y Apéndice dos (2)).

Los recursos de pago (seguros por empleo, Medicaid, Fondos para Indigentes, Víctimas de Crímenes Violentos, etc.) se revisarán y evaluarán antes de considerar a un paciente para recibir asistencia financiera. Si parece que un paciente puede ser elegible para otro tipo de asistencia, el LHMC referirá al paciente a la agencia apropiada para recibir ayuda y completar las solicitudes y formas o ayudar al paciente con dichas solicitudes. Los solicitantes de asistencia deben agotar todas las otras opciones de pago, como condición para su aprobación para la asistencia financiera, incluyendo aplicar a programas de asistencia pública y Health Safety Net, como se describió anteriormente.

Los solicitantes de asistencia financiera son responsables de la aplicación para los programas públicos y búsqueda de la cobertura privada de salud. A los pacientes/garantes que decidan no cooperar en la aplicación de los programas identificados por el LHMC como posibles fuentes de pago se les puede negar la asistencia financiera. Se espera que los solicitantes contribuyan con el costo de su atención en función de su capacidad de pago según esta política.

Los pacientes/garantes que puedan calificar para Medicaid u otro seguro médico deben solicitar la cobertura o mostrar la prueba de que la han solicitado, u otro seguro de salud, a través del Mercado Federal de Seguros para la Salud en los últimos seis (6) meses de la solicitud de la asistencia financiera de LHMC. Los pacientes/garantes deben colaborar con el proceso de solicitud detallado en esta política para calificar para la asistencia financiera.

Los criterios que el LHMC considerará al momento de evaluar la elegibilidad de un paciente para recibir la Asistencia Financiera Hospitalaria incluyen:

- Ingresos familiares
- Activos
- Obligaciones médicas
- Agotar todas las otras opciones públicas y privadas de asistecia disponibles

El programa de asistencia financiera del LHMC está disponible para todos los pacientes que cumplen los requisitos de elegibilidad establecidos en esta

política, independientemente de su ubicación geográfica o estatus de residencia. La asistencia financiera se otorgará a los pacientes/garantes según las necesidades financieras y las leyes estatales y federales.

La asistencia financiera se ofrecerá a pacientes con seguros insuficientes elegibles, por lo que suministrar dicha asistencia estará en conformidad a un acuerdo contractual con el asegurador. La asistencia financiera generalmente no está disponible para el copago de pacientes o saldos en caso de que el paciente no cumpla con los requisitos de seguro.

Los pacientes con una Cuenta de Ahorros para Salud (HSA), Cuenta de Reembolso para la Salud (HRA), o una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) deben utilizar dichos fondos antes de ser considerados elegibles para asistencia financiera hospitalaria. El LHMC se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en esta política en el caso de que se determine razonablemente que tales términos violan alguna obligación legal o contractual del LHMC.

Descuentos de asistencia financiera

Según la evaluación a un solicitante sobre sus ingresos familiares, activos y deudas médicas, los pacientes pueden recibir uno de los siguientes descuentos. Basándose en una evaluación de los ingresos familiares, los activos y las obligaciones médicas de un solicitante, los pacientes pueden recibir uno de los descuentos que se enumeran a continuación. Todos los descuentos indicados son con respecto al saldo responsable del paciente. Los copagos, coaseguros y deducibles fuera de la red no son elegibles para asistencia financiera. Sin embargo, en ningún caso, un paciente que se determine que es elegible para recibir Asistencia Financiera del hospital se le cobrará más que el AGB.

Charity Care: El LHMC proporcionará atención con un descuento del 100% bajo esta política para pacientes/garantes cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o inferiores al 400% del FPL actual, que de otro modo cumplan con otros criterios de elegibilidad establecidos en esta política.

Dificultades de Orden Médico: Se otorgará un descuento del 100% a los pacientes elegibles cuya deuda es mayor o igual al 25% de sus ingresos, quienes de otro modo cumplen con otros criterios de elegibilidad establecidos en esta política.

Política de asistencia financiera

La información de la Política de Asistencia Financiera del LHMC, así como su Resumen en Lenguaje Sencillo y la forma de aplicación para asistencia financiera están disponibles de forma gratuita, en todos los sitios web del LHMC, en los hospitales y clínicas, y serán traducidos a cualquier idioma que sea el idioma nativo hablado por 1.000 personas o el 5% de los residentes en la comunidad que atiende el LHMC.

Además, el LHMC hace referencia a las políticas de pago y asistencia financiera en todos los extractos de pacientes mensuales impresos y cartas de cobro. La información sobre la política de asistencia financiera está disponible, en cualquier momento, a petición.

1. Los pacientes/garantes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier durante el período de aplicación.
2. Para ser considerado para recibir asistencia financiera, se exige a los pacientes/garantes cooperar y suministrar documentación financiera, personal u otra relevante para hacer una determinación de la necesidad financiera. Se puede obtener la forma de aplicación en cualquiera de las siguientes maneras:
    a. En el sitio web público del LHMC: https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billingrecords/financial-counseling-assistance/
    b. En persona en la Unidad de Asesoría Financiera
       41 Mall Road
       Burlington, MA 01803
       (781) 744-8815
    c. Llamando al número mostrado arriba para pedir una copia por correo postal o correo electrónico.
3. Los pacientes/garantes deben suministrar un estado de cuenta de los recursos financieros de fácil acceso para el paciente/garante.
   Los ingresos familiares pueden verificarse utilizando:
    a. Formas W2 actuales y/o formas 1099
    b. Declaraciones de impuestos estatales o federales actuales.
    c. Los cuatro (4) talones de pago más recientes
    d. Los cuatro (4) últimos estados de cuentas de ahorro y/o corriente
    e. Cuentas de ahorro para la salud
    f. Arreglos de reembolso para la salud
    g. Cuentas de gastos flexibles
4. Antes de evaluar la elegibilidad para la asistencia financiera, el paciente/garante debe demostrar que ha solicitado Medicaid u otro seguro de salud a través del Mercado Federal de Seguro para la Salud

y debe proporcionar información de cualquier cobertura existente por parte de terceros.

a. Los asesores financieros del LHMC ayudarán a los pacientes/garantes a solicitar Medicaid y, posteriormente, con la solicitud de la asistencia financiera.
b. Si una persona solicita asistencia financiera durante la inscripción abierta del Mercado Federal de Seguros para la Salud, se le exigirá a dicha persona buscar una cobertura antes de la evaluación del LHMC para cualquier aplicación de asistencia financiera.

5. El LHMC puede *no* denegar la asistencia financiera bajo esta política basándose en la falta de un individuo para proporcionar información o documentación que *no* está claramente descrita en esta política o la aplicación de asistencia financiera.
6. El LHMC determinará la elegibilidad final de la asistencia financiera en los treinta (30) días hábiles tras recibir la aplicación completa.
7. La documentación de la determinación final de elegibilidad se realizará en todas las cuentas de pacientes actuales (saldo abierto) retroactivas a los 6 meses a partir de la solicitud. Se enviará una carta de determinación al paciente/garante.
8. Si un paciente/garante presenta una solicitud incompleta, se le explicará qué información falta. El paciente/garante tendrá treinta (30) días para suministrar la información solicitada. Si no se completa la aplicación, se negará la asistencia financiera.
9. La determinación de elegibilidad para la asistencia financiera basada en la presentación de una solicitud de asistencia financiera será válida durante un período de seis (6) meses para todos los servicios proporcionados por el LHMC, en base a la fecha de la carta de determinación e incluirá los recibos correspondientes a los seis (6) meses anteriores, incluyendo los de las agencias de morosidad. Los pacientes que actualmente están recibiendo asistencia financiera de un hospital afiliados del LHMC no tendrán que volver a solicitar la asistencia financiera. Es deber del paciente/garantes notificar cualquier cambio financiero al LHMC durante los seis (6) meses de elegibilidad. El no hacerlo puede ocasionar la pérdida de elegibilidad.
10. Los pacientes que no son elegibles para la asistencia financiera recibirán un reembolso por cualquier pago hecho que exceda el monto que el paciente es personalmente responsable de pagar.

Razones de la denegación El LHMC puede denegar una solicitud de asistencia financiera por varias razones, incluyendo, pero no limitando a:

- Ingresos suficientes.

- Nivel de activos suficientes.
- Paciente que no colaboró o respondió a los esfuerzos razonables para trabajar con el paciente/garante.
- Aplicación para asistencia financiera incompleta a pesar de los esfuerzos razonables para trabajar con el paciente/garante.
- Reclamación de seguro o responsabilidad pendiente.
- Retención de pago de seguros y/o liquidación de los fondos del seguro, incluyendo los pagos enviados al paciente/garante para cubrir los servicios proporcionados por el LHMC, y reclamaciones por lesiones personales y/o relacionadas a accidentes.

Elegibilidad presuntiva

El LHMC entiende que no todos los pacientes pueden completar una aplicación para asistencia financiera o cumplir con la documentación. Puede haber casos en los cuales se establezca la calificación de un paciente/garante para asistencia financiera sin completar la aplicación. El LHMC puede utilizar otra información para determinar si un paciente/garante no puede pagar su cuenta y determinar su elegibilidad presuntiva.

La elegibilidad presuntiva podrá otorgarse a los pacientes según su elegibilidad para otros programas o circunstancias, tales como:

- Pacientes/garantes que se han declarado en quiebra. En los casos de quiebra, se amortizará el saldo de la cuenta a la fecha de la declaración de quiebra.
- Pacientes/garantes fallecidos sin sucesión.
- Pacientes/garantes que están sin vivienda.
- Las cuentas devueltas por la agencia de cobro determinadas como incobrables debido a alguna de las razones anteriores y a que no se recibió ningún pago.
- Los pacientes/garantes que califican para programas estatales de Medicaid serán elegibles para recibir asistencia financiera en los costos asociados al programa o servicios no cubiertos.

Las cuentas de los pacientes a los que se les otorga elegibilidad presuntiva serán reclasificadas según la política de asistencia financiera. No serán enviadas a cobro ni serán objeto de otras acciones de cobro.

Desconto para no asegurados

Monto y exclusiones

Los pacientes/garantes que no tienen seguro médico y no califican para Masshealth o Asistencia Financiera, recibirán un descuento del 40% aplicado a los servicios hospitalarios y médicos según se detalla en el Apéndice 5 de la Política de Asistencia Financiera.

Este descuento no está disponible para los siguientes servicios:

- Servicios Cosméticos
- Servicios de Pago Personal Elect (servicios para los cuales ya hay un horario de tarifas de pago personal dedicado)
- Servicios de Infertilidad
- Reclamaciones por Vehículos Motorizados
- Servicios de Derivación Gástrica sin la determinación de necesidad médica por parte del pagador
- Artículos como lentes, audífonos, implantes y cualquier otro producto especializado comprado
- Artículos de conveniencia para el paciente, como estancias nocturnas que no son médicamente necesarias

El descuento para no asegurados se aplicará al momento de facturar y se incluirá en cualquier estimación.

red no son elegibles para el descuento por pago oportuno. Para evitar dudas, este descuento tampoco se ofrecerá a ningún paciente que pague por los servicios de acuerdo con un plan de pago.

Servicios médicos de emergencia

Según la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencias y la Ley del Trabajo (EMTALA), ningún paciente se someterá a pruebas para asistencia financiera o se le solicitará información de pago antes de prestarle servicios de emergencia. El LHMC podrá solicitar que los pagos del costo compartido del paciente (copagos) se hagan al momento del servicio, siempre y cuando dichas solicitudes no causen retraso en la detección o tratamiento necesario para estabilizar al paciente en una situación de emergencia. El LHMC proporcionará, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de si son elegibles bajo esta política. El LHMC no participará en acciones que desalienten a las personas a buscar atención médica de emergencia.

Crédito y cobros

Las acciones que el LHMC puede tomar por no recibir pagos se describen en una Política de Crédito y Cobros por separado.
El público puede obtener una copia gratuita:

a. En el sitio web público del LHMC: https://www.lahey.org/lhmc/yourvisit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/
b. En persona en la Unidad de Asesoría Financiera
   41 Mall Road
   Burlington, MA 01803
   (781) 744-8815
c. Llamando al número mostrado arriba para pedir una copia por correo postal o correo electrónico.

Requisitos regulatorios

El LHMC cumplirá con todas las leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales, y los requisitos de información que puedan aplicarse a las actividades según esta política. Esta política requiere que el LHMC rastree la asistencia financiera provista para asegurar que existe información precisa. La información sobre la asistencia financiera según esta política se reportará anualmente en la Forma 990, Anexo H, del IRS.

LHMC documentará todas las asistencias financieras para mantener los controles adecuados y cumplir los requisitos internos y externos.

Beth Israel Lahey Health
Lahey Hospital & Medical Center

Apéndice 1

Aplicación para Asistencia Financiera de Charity Care

Forma de Aplicación para Asistencia Financiera

Por favor, imprímala

Fecha de hoy: _____ # de Seguridad Social _____

Número de registro médico: _____

Nombre del paciente:
_____

Dirección:
_____

Calle Número de Apto.

_____ _____ _____

Ciudad Estado Código Zip

Fecha de servicios hospitalarios: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

¿El paciente tenía seguro médico o Medicaid al momento de recibir los servicios del hospital?
Sí ☐ No ☐
Si respondió "Sí", adjunte una copia de la tarjeta del seguro (parte frontal y posterior) y complete:

Nombre de la empresa aseguradora: _____

Número de póliza: _____

Fecha efectiva: _____

Número de teléfono de la aseguradora: _____

**Antes de aplicar para la asistencia financiera, usted debe haber aplicado para Medicaid en los últimos 6 meses y necesita mostrar la prueba de la denegación.

Nota*: Si un paciente/garante posee una Cuenta de Ahorros para Salud (HSA), Cuenta de Reembolso para Salud (HRA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondo similar designado para los gastos médicos de la familia, dicha persona no es elegible para asistencia financiera hasta que dichos activos se agoten.*

Para aplicar a la asistencia financiera, complete lo siguiente:
Liste todos los miembros de la familia, incluyendo el paciente, padres, hijos y/o hermanos, naturales o adoptados, menores de 18 años viviendo en la residencia.

Miembro de la familia	**Edad**	**Relación con el paciente**	**Fuente de ingresos o nombre del empleador**	**Ingresos brutos mensuales**
1.				
2.				
3.				
4.				

Además de la Aplicación para Asistencia Financiera, también necesitamos que adjunte la siguiente documentación a esta aplicación:

- Declaración de impuestos estatales o federales actuales
- Formas W2 y/o 1099 actuales
- Los cuatro talones de pago más recientes
- Los cuatro extractos de cuentas de ahorro y/o corrientes más recientes
- Cuenta de Ahorros para Salud

- Cuenta de Reembolso para Salud
- Cuenta de Gastos Flexibles

De no tenerlos disponibles, por favor llame a la Unidad de Asesoría Financiera para discutir qué otra documentación puede suministrar.

Al firmar abajo, certifico que he leído cuidadosamente la Política de Asistencia Financiera y la Aplicación y todo lo que he declarado o cualquier documento adjunto es verdadero según mi conocimiento. Entiendo que es ilegal suministrar información falsa para obtener asistencia financiera.

Firma del solicitante: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de terminación: _____

Si su ingreso es suplementado de alguna forma o usted declara ingresos de $0,00 en esta aplicación, haga que la(s) persona(s) que provee ayuda a usted y su familia, complete la Declaración de Soporte.

Declaración de Soporte

He sido identificado(a) por el paciente/parte responsable como soporte financiero. Esta es la lista de los servicios y apoyo que suministro.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Certifico y verifico que toda la información dada es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que el firmar no me hace responsable de los gastos médicos del paciente.

Firma: _____

Fecha de terminación: _____

Beth Israel Lahey Health
Lahey Hospital & Medical Center

Por favor, espere 30 días desde la fecha en que la aplicación lista sea recibida para determinar su elegibilidad.
Si es elegible, se otorga asistencia por seis meses desde la fecha de aprobación y es válida para todos los afiliados del Beth Israel Deaconess Lahey, según se establece en el Apéndice 5 de su respectiva Política de Asistencia Financiera:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Solo para el personal. Aplicación recibida por:	
AJH	☐
AGH	☐
BayRidge	☐
BIDMC	☐
BID Milton	☐
BID Needham	☐
BID Plymouth	☐
Beverly	☐
LHMC	☐
LMC Peabody	☐
MAH	☐
NEBH	☐ WH
☐ Fecha de recepción:	

Apéndice 2

Aplicación para Dificultades de Orden Médico

Aplicación para Asistencia Financiera por Dificultades de Orden Médico

<u>Por favor, imprímala</u>

Fecha de hoy: _____

de Seguridad Social _____

Número de registro médico: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Beth Israel Lahey Health
Lahey Hospital & Medical Center

Dirección:
_____
Calle Número de Apto.

_____ _____ _____
Ciudad Estado Código Zip

¿El paciente tenía seguro médico o Medicaid al momento de recibir los servicios del hospital?
Sí ☐ No ☐
Si respondió "Sí", adjunte una copia de la tarjeta del seguro (parte frontal y posterior) y complete:

Nombre de la empresa aseguradora: _____

Número de póliza: _____

Fecha efectiva: _____

Número de teléfono de la aseguradora: _____

Nota*:* Nota*: Si un paciente/garante tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), una Cuenta de Reembolso de Salud (HRA), una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o un fondo similar designado para gastos médicos familiares, dicha persona no es elegible para asistencia financiera hasta que dichos activos se hayan agotado.*

Para aplicar a la asistencia por Dificultades de Orden Médico, complete lo siguiente:
Liste todos los miembros de la familia, incluyendo el paciente, padres, hijos y/o hermanos, naturales o adoptados, menores de 18 años viviendo en la residencia.

Miembro de la familia	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingreso o nombre del empleador	Ingresos brutos mensuales
1.				
2.				
3.				
4.				

Además de la Aplicación para Asistencia Financiera, también necesitamos que adjunte la siguiente documentación a esta aplicación:

- Declaración de impuestos estatales o federales actuales
- Formas W2 y/o 1099 actuales
- Los cuatro talones de pago más recientes
- Los cuatro extractos de cuentas de ahorro y/o corrientes más recientes
- Cuenta de Ahorros para Salud
- Cuenta de Reembolso para Salud
- Cuenta de Gastos Flexibles

- Copias de todas las facturas médicas

De no tenerlos disponibles, por favor llame a la Unidad de Asesoría Financiera para discutir qué otra documentación puede suministrar.

Liste todas las deudas médicas y suministre copias de las facturas incurridas en los doce meses previos:

Fecha del servicio	Lugar del servicio	Cantidad adeudada
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, suministre una explicación breve de por qué pagar estas facturas médicas es una dificultad:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Al firmar abajo, certifico que toda la información suministrada en la Aplicación es verdadera según mi conocimiento, información y creencia.

Firma del solicitante: _____ _____

Relación con el paciente: _____
Fecha de terminación: _____

Por favor, espere 30 días desde la fecha en que la aplicación lista sea recibida para determinar su elegibilidad.

Si es elegible, se otorga asistencia por seis meses desde la fecha de aprobación y es válida para todos los afiliados del Beth Israel Deaconess Lahey, según se establece en el Apéndice 5 de su respectiva Política de Asistencia Financiera:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Solo para el personal.
Aplicación recibida por:
AJH ☐
AGH ☐
BayRidge ☐
BIDMC ☐
BID Milton ☐
BID Needham ☐
BID Plymouth ☐
Beverly ☐
LHMC ☐
LMC Peabody ☐
MAH ☐
NEBH ☐
WH ☐
Fecha de recepción:

Apéndice 3 Gráfico de descuentos basado en el umbral de ingresos y activos

Los descuentos por asistencia financiera y Dificultades Médicas se aplican al saldo responsable del paciente.

Descuento de asistencia financiera para pacientes elegibles:

Charity Care:

Nivel de Ingresos	Descuento
Menos o igual a 400% de FPL	100%

Dificultades de Orden Médico:

Los pacientes serán determinados como elegibles para Dificultades de Orden Médico si las facturas médicas son mayores que o iguales al 25% de los ingresos familiares brutos y recibirán un descuento del 100%.

Apéndice 4 Importe Comúnmente Facturado (AGB)

Consulte la definición de Montos Generalmente Facturados, que aparece más arriba, para obtener una descripción de cómo se calcula el AGB utilizando el método de "Look-Back".

El porcentaje de AGB actual de LHMC basado en reclamos para el año fiscal 2024 es igual a 37.50%.

El AGB está sujeto a cambios en cualquier momento debido a las siguientes razones:

- Cambios en los contratos de las aseguradoras de salud privadas y de cobros por servicio de Medicare
- Acuerdos recibidos por los planes de las aseguradoras de salud privadas y de cobros por servicio de Medicare

Actualizado: 01/2025

Apéndice 5 Proveedores y clínicas con coberturas y sin cobertura

Esta Política de Asistencia Financiera cubre todos los cargos del Hospital (Centro) en las siguientes ubicaciones del LHMC:

- Lahey Hospital & Medical Center, 41 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Medical Center, Peabody, 1 Essex Center Drive, Peabody, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 20 Wall Street, Burlington, MA
- Lahey Hospital &Medical Center, 31 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 5 Federal Street, Danvers, MA
- Lahey Outpatient Center, Lexington, 16 Hayden Avenue, Lexington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 50 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 67 Bedford Street, Burlington, MA

Esta política de Asistencia Financiera también cubre los cargos de las personas y entidades enumeradas en esta sección a continuación por los servicios prestados dentro de las instalaciones del Hospital mencionadas anteriormente:

Lahey Clinic Inc. Departments Include:
Allergy
Anesthesiology
Audiology
Cardiology
Cardiothoracic Surgery
Colon Rectal Surgery
Dermatology and MOHS Surgery
Emergency Services
Endocrinology
Gastroenterology
General Surgery
Gynecology
Hematology and Oncology
Hospital Medicine
Hepatobiliary/Transplant
Infectious Disease
Lifestyle Health
Medical Weight Loss
Nephrology
Neurology

Neurosurgery
Occupational Therapy
Ophthalmology
Orthopedic Rehabilitation
Otolaryngology
Pain Center
Palliative Care
Pathology and laboratory
Physical Therapy
Plastic Surgery
Psychiatry
Pulmonary and Critical Care
Radiation Oncology
Radiology
Rheumatology
Surgical Critical Care
Transplantation
Urology
Vascular Surgery

Para los proveedores enumerados a continuación, esta Política de Asistencia Financiera solo cubre el cargo del Centro Hospitalario. No cubre los cargos del proveedor de las personas y entidades que se enumeran a continuación. Se anima a los pacientes a contactar a estos proveedores directamente para ver si ofrecen ayuda y hacer acuerdos de pago.

Non-Covered Providers			
Last Name	**First Name**	**Middle Name**	**Title**
Ahson	Imran	M.	DMD, MD
Ali	Omar	Azam	MD
Anania	Carol	Ann	MD
Ansevin	Carl	D.	MD
Aung	Soe	M.	MD
Bachur	Richard	G.	MD
Balan	Stefan		MD
Barbeau	Deborah	Nicolls	MD, PhD, MSPH
Barkan	Sophia		LAc
Baumgart	Egbert	D.	MD
Blander	Daniel	S.	MD

Blinderman	Raechel	L.	LICSW
Brammer	Michael	E.	LICSW
Brassett	Holly		RD
Breckwoldt	William	Lawrence	MD
Briere	Catherine	S.	RD
Brower	Jeffrey	V.	MD, PhD
Butte	Anjum	N.	MD
Canela	Milly		RD
Carithers	Katherine	F.	RD
Carlson	Sarah	J.	MD, MSc
Carper	Jane	M.	LICSW
Chahal	Karenjeet		MD
Chinamasa	Gordon		LICSW, PhD
Clark	Alicia	T.	MD
Corbin	Christine	Anne	LMHC
Corkery	Joseph	C.	MD
Cornell	Kelley	M.	MD
Courtney	Michael	W.	DMD, MD
De Peralta	Edgar	T.	MD
DiBenedetto	Tiana	Marie	RD
Dinges	Sharon		LMHC, MEd
Dore	Cortney	A.	LMHC
Drinis	Sophia		MD
Duclos	Sarah	Kruzel	PA
Duignan	Meagan		LICSW
Eccher	Matthew	A.	MD
Edirisinghe	Nayomi	K.	MD
Fallon	Paul	A.	MD
Faragi	Jennifer		LMHC
Fenton	Sarah	E.	LMHC, MA
Filbert	Kayla		LICSW
Foster	Lisa	A.	NP
Geigle	Danielle	L.	LMHC
Gianellis	Tina		PharmD
Glaser	Sarah	Rose	NP
Gomez	Ernest	D.	MD
Griffin	Olivia		LICSW
Gruskin	Karen	Dale	MD
Hadaway	Jolene		LMHC
Haftel	Elizabeth	Jude	PharmD, MPH
Haines	Frederick	W.	LMHC
Hannan	Joseph	C.	MD
Haque	Asim		MD, PhD
Harris	Stephen	L.	MD
Howard	Sarah	Leonido	PharmD
Hsu	Howard	C.	MD

Hung	Virginia	S.	MD
Hunter	Klaudia	U.	MD
Jalisi	Scharukh	M.	MD
Jarmusik	Ellen	M.	LMHC, MEd
Jiang	Naomi	Y.	MD
Katz	Matthew	S.	MD
Kempinski	Sharon	E.	LICSW
Keyser	Benjamin	R.	DMD, MD
Kim	Jaegak		DMD
Knab	Brian	R.	MD
Kowalik	Ania	I.	MD
Kumar	Kartik	R	MD
LeConte	Katheline		LICSW
Leduc	Christine	Vaudo	PharmD
Lefebvre	Katherine		LICSW, MSW
Lemons	Jeffrey	M.	MD
Lewis	Arantxa		MD
Lincoln	Kyle	J.	LMHC
Link	Taylor		LICSW
Littlefield	Lauren	M.	LICSW
Lloyd	Daniel		LMHC
Long	Jennifer	C.	LICSW
Ludvigson	Adam	E.	MD, MA
Maggio	Vijay		MD
Magliocchetti	Kimberly	Lane	NP
Mahadevan	Arul		MD
Maia	Kimberly		LMHC
Manning	Anne	E.	LMHC
Marcinkowski-Desmond	Dana		MD
Marenghi	Noelle	J	LICSW
Martinez	Tatiana		LICSW
Masia	Shawn	L.	MD
Massey	Hypatia		RD
McDermott	Anne	G.	LMHC
McGrail	Bernadette		LMHC
McKee	Andrea	B.	MD
McPhee	James	T.	MD
Merker	Laurie	Ann	MD
Messiner	Ryan	V.	DO
Metcalfe	Su	K.	MD
Michaels	Michael	J.	MD
Mir	Samy	S.	MD
Mitchell	Leslie	M.	PharmD
Moore	Omar	Jishi	MD
Moore Peng	Kate		PharmD

Morrison	Kristy	Anne	NP
Nahm	Frederick	K.	MD
Nayak	Vijay	K.	MD
Nellore	Malleeswari		MD
Nesto	Richard	W.	MD
Nixon	Asa	J.	MD
O'Brien	Sara	E.	RD
Okurowski	Lee		MD, MPH
O'Meara	William	P.	MD
Osa	Etin-Osa	O	MD
Ottaviani	Cynthia	M.	PharmD
Paradis	Audrey	F.	RD
Parnell	Andrew		RD
Patel	Vivek	L.	MD
Perry	Kelly	E.	LICSW
Pike	Christopher	T.	LICSW
Piper	Kylie		LICSW
Post-Anderle	Janine	L.	NP
Reiley	Luz	Elena	MD
Rinehart	Julia		RD
Roberts	Kristofer	W.	MD
Robles	Liliana		MD
Rockoff	Allison		RD
Rogers	John		LMHC, MEd
Rowe	Bryan	P.	MD
Schmitt	Courtney	A.	LICSW
Sen-Gupta	Indranil		MD
Servais	Andrew	B.	MD
Shad	Asfa	Y.	DO
Shah	Anushree	A.	LMHC
Shah	Nikhil	H.	MD
Sheldon	Thomas	A.	MD
Shin	Reuben	D.	MD
Shneker	Bassel	F.	MD
Silver	Chirlie	Perla	PharmD
Singh	Himanshu		MD
Smith	Benjamin	R.	MD
Smith	Clayton	P.	MD
Soccorso	Elizabeth	Ann	PCNS
Spinale	Alyssa	Lauren	NP
Steinberg	Lon	R.	MD
Sullivan	Patrick	B.	LMHC
Sullivan	Kenna	M.	LICSW
Tamez Aguilar	Hector		MD
Tanner	Adriana	Serje	MD
Tarasuk	Andrew	R.	LICSW

Thabet Nasif	Ramses	M.	MD
Thomas	George	P.	MD, PhD
Thompson	Zachary	W.	LMHC, MEd
Tillinger	Benjamin	A.	MD
Valdez Arroyo	Sherley	R.	MD
Venter	Jacob	J.	MD, MBA
Ward	Emine	Nalan	MD
Winters	Thomas	H	MD
Wixted	John	J.	MD
Wright	Christopher	M.	MD
Yeh	Robert	W.	MD
Zhou	Ping		MD

Actualización: 04/2025

Apéndice 6 La información contenida en la Política de Asistencia Financiera del LHMC, **Acceso público** el Resumen en Lenguaje Sencillo, la Aplicación para Asistencia Financiera, **a documentos** Aplicación para Dificultades de Orden Médico y la Política de Crédito y

Cobros del LHMC estarán a disposición de los pacientes y comunidad beneficiada por el LHMC a través varias fuentes, de forma gratuita.

1. Los pacientes y garantes pueden solicitar copias de todos los documentos relacionados a la asistencia financiera y al crédito y cobros, y pueden solicitar ayuda para completar la Aplicación para Asistencia Financiera y la Aplicación para Dificultades de Orden Médico a través de correo o en persona en:

   LHMC
   Asesoría Financiera
   41 Mall Road
   Burlington, MA 01803

2. Los pacientes y garantes pueden descargar copias de todos los documentos relacionados a la Política de Asistencia Financiera y

Crédito y Cobros a través del sitio web público del LHMC: https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billingrecords/financial-counseling-assistance/

La Política de Asistencia Financiera, el Resumen en Lenguaje Sencillo, y las Aplicaciones para Asistencia Financiera, Dificultades de Orden Médico y la Política de Crédito y Cobros serán traducidos a cualquier idioma que sea el idioma principal hablado por al menos 1,000 personas o el 5% de los residentes en la comunidad atendida por el LHMC.

El LHMC ha publicado avisos (señales) de la disponibilidad de la asistencia financiera como se describe en esta política en los siguientes lugares:

1. Áreas de hospitalización, clínicas y áreas de admisión y/o espera/registro del departamento de emergencia;
2. Áreas de asesoría financiera para el paciente; y
3. Áreas de las oficinas comerciales abiertas a los pacientes

Los avisos son claramente visibles (8,5” x 11”) y legibles para los pacientes que visitan estas áreas. Los avisos dicen:

AVISO DE ASISTENCIA FINANCIERA

El Hospital ofrece una variedad de programas de asistencia financiera a los pacientes que califiquen. Para determinar si usted califica para recibir asistencia con sus facturas del hospital, por favor visite nuestra Unidad de Asesoría Financiera en el primer nivel del Hospital o llame al (781) 744-8815 para obtener información sobre los diferentes programas y su disponibilidad.

Historial de la política

Fecha	Acción
Septiembre de 2016	Política aprobada por la Junta de Directivos.
Julio de 2020	Actualización de la lista de proveedores.
Agosto de 2020	Política revisada y aprobada por BILH EVP/CFO y la BIDH Plymouth Board Treasurer como organismo autorizado de la Junta.
Abril 2024	Política revisada y aprobada por BILH EVP/CFO y la BIDH Plymouth Board Treasurer como organismo autorizado de la Junta.