



La Política de Ayuda Financiera Berkshire Faculty Services

Introducción a la Política de Ayuda Financiera de Berkshire Faculty Services

Esta política aplica a Berkshire Faculty Services, (que en lo sucesivo será referida como BFS) y a lugares y proveedores específicos identificados en esta política.

BFS es el profesional de cuidados de salud de vanguardia que proporciona atención médica necesaria independientemente de la capacidad de pago de todas las personas que vienen a sus instalaciones. BFS ofrece este cuidado las 24 horas del día, siete días a la semana, y 365 días al año para **todos** los pacientes que vienen a nuestro centro. Por consiguiente, BFS se compromete a proporcionar servicios y atención de alta calidad a todos nuestros pacientes. Como parte de este compromiso, BFS trabaja con personas con ingresos y recursos limitados para buscar opciones disponibles que cubran el costo de su atención.

BFS ayudará a personas sin seguro o con seguro limitado a solicitar cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública o programa de asistencia financiera de BFS (incluyendo pero no limitado a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, el programa de Seguridad Médica para Niños, Health Safety Net, y Medical Hardship), y asistirá a dichas personas a hacer citas con los Asesores de Aplicación Certificados de Berkshire Medical Center (de aquí en adelante referido como BMC) o del Hospital de Fairview (de aquí en adelante referido como FVH) para inscribirlos donde sea correspondiente. La ayuda para estos programas se determina revisando, entre otras cosas, el ingreso familiar del individuo, bienes, tamaño de la familia, gastos, y necesidades médicas.

Aunque BFS ayuda a los pacientes a obtener cobertura de salud a través de programas públicos y asistencia financiera a través de otras fuentes cuando corresponda, incluyendo a BFS; BFS también puede estar obligado a facturar y cobrar pagos específicos, que pueden incluir, pero no limitarse a, co-pagos aplicables, deducibles, depósitos y otras cantidades por las cuales el paciente se comprometió a hacerse responsable. Al inscribirse para servicios o si recibe una factura, BFS recomienda a los pacientes ponerse en contacto con los Asesores Financieros ya sea de BMC o FVH para determinar si ellos y/o un miembro de la familia necesitan y cumplen con los requisitos para asistencia financiera.

Al trabajar con pacientes para obtener asistencia pública disponible o cobertura a través de asistencia financiera de BFS, BFS no discrimina basándose en raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad en sus políticas o en la aplicación de las políticas, pertinentes a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos de pre-admisión o pre-tratamiento, planes de pagos, admisiones aplazadas o rechazadas, determinación si una persona reúne los requisitos para estatus de Paciente de Bajos Ingresos determinado por el sistema de elegibilidad de Massachusetts MassHealth/Connector, o validación de la información para determinar el estatus de los Pacientes de Bajos Ingresos. Esta política ha sido revisada y aprobada por el director financiero de Berkshire Health Systems.



Entendemos que la situación financiera de cada persona es única, puede obtener información y ayuda sobre si reúne los requisitos para programas y o cobertura de asistencia pública a través del programa de asistencia financiera de BMC al contactarse con el asesor financiero principal del departamento de Advocacy for Access de BMC al 413 447-3139 o con el consejero financiero del departamento de Access Services de Fairview Hospital al 413-854-9605, de Lunes –Viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Mas información sobre esta política y programa de ayuda financiera de BFS, incluyendo el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera, están disponibles en el sitio web de BFS

www.berkshirehealthsystems.org/financial-counseling

I. Cobertura para Servicios de Salud Medicamente Necesarios

BFS presta servicios de salud medicamente necesarios a todos los pacientes quienes utilizan servicios en BFS independientemente de su capacidad de pago. Los servicios medicamente necesarios incluyen aquellos que son razonablemente prevenibles, diagnóstico, prevención de deterioro, aliviar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro la vida, causantes de sufrimiento o dolor, causantes de deformidad física o mal funcionamiento, aquellos que puedan causar o agravar una discapacidad, o que puedan resultar en una enfermedad o dolencia. Los servicios medicamente necesarios incluyen servicios a pacientes ambulatorios y hospitalizados (incluyendo visitas de oficina de BFS) según lo autorizado bajo el Título XIX del Social Security Act.

El profesional médico tratante determinará el tipo y nivel de atención y tratamiento necesario para cada paciente en función de los síntomas clínicos presentes y siguiendo los estándares de práctica aplicables. BFS sigue los requerimientos federales del Tratamiento Médico de Emergencia y Ley Laboral Activa (EMTALA por sus siglas en inglés) para determinar si existe una condición médica de emergencia mediante un examen de evaluación médica a los pacientes de BFS que buscan servicios de emergencia.

La clasificación de los servicios de emergencia y no emergencia se basan en las siguientes definiciones generales, y de acuerdo a la determinación médica del médico tratante. Las definiciones de servicios de emergencia o de atención de urgencias descritas a continuación son utilizadas por BFS con el fin de determinar la cobertura de la deuda por servicios de emergencia y urgencia, bajo el programa de asistencia financiera de BFS, incluyendo Health Safety Net.

A. Servicios de Emergencia y de Urgencia

Cualquier paciente que viene a BFS solicitando asistencia de emergencia será evaluado basado en los síntomas clínicos que presenta sin importar la identificación del paciente, cobertura de seguro o capacidad de pago. BFS no participa en acciones que desanime a las personas a buscar atención médica de emergencia, tales como exigir a los pacientes que paguen antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia, o interferir con el examen de detección y/o atención médica de emergencia al discutir primero el programa de asistencia financiera o si cumple con los requisitos para programas de asistencia pública.

- a. Los servicios de nivel de emergencia incluyen tratamientos para:



- i. Estado de salud, físico o mental, que se manifiesta por síntomas agudos lo suficientemente graves, incluyendo dolor intenso, de tal grado que *una persona prudente con conocimientos promedio sobre salud y medicina, podría razonablemente prever que derivará en poner la salud del paciente u otra persona en grave peligro, en riesgo de grave deterioro a las funciones corporales o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo, o*, con respecto a la mujer embarazada, según se define en el 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. De acuerdo con los requisitos federales, EMTALA es para cualquier persona que viene a las instalaciones del hospital solicitando ser examinado o tratado de emergencia (definido anteriormente) o quien viene a la sala de emergencia solicitando ser examinado o tratado por enfermedad. Por lo general las personas que no tienen cita previa se presentan al departamento de emergencia. Sin embargo, personas sin cita programada que están solicitando servicios por una afección médica de emergencia en otras unidades hospitalarias/ambulatorias, clínica, u otras áreas auxiliares también serán evaluados y posiblemente transferidos a un lugar más apropiado para un examen de evaluación médica de emergencia de acuerdo con EMTALA. Se le proporcionará al paciente exámenes y tratamientos por condiciones médicas de emergencia, o cualquier otro servicio prestado requerido por EMTALA y se calificará como nivel de atención de emergencia. La determinación de si existe una condición médica de emergencia lo determina el médico que le está tratando u otro personal médico calificado de BFS como se documenta en el expediente médico de BFS.
- b. Servicios de cuidado de urgencias incluyen los siguientes tratamientos:
- i. Los servicios medicamente necesarios proporcionados por un Hospital de cuidado agudo después de la aparición repentina de una afección médica, física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos lo suficientemente graves (incluso dolor intenso) de tal grado que *una persona prudente pudiera creer que la falta de atención médica dentro de 24 horas podría razonablemente resultar en poner en riesgo la salud del paciente, deterioro de su función corporal o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo*. Los servicios de cuidado de urgencia se proporcionan para condiciones que no son potencialmente mortales y no representan un alto riesgo de efectos graves para la salud de la persona. Los servicios de cuidado de urgencia no incluyen servicios de atención primaria o electiva.

B. Servicios que No son de Emergencia o Urgencias:

Para pacientes quienes (1) el médico tratante determinen que el tipo de atención no es de emergencia o urgencia o (2) buscan una atención o tratamiento después de la estabilización de una afección médica de emergencia, BFS puede considerar que ese tipo de atención es para servicios primarios o electivos

- a. Los servicios primarios o electivos incluyen atención médica que no es considerada de urgencia o emergencia y son requeridos por personas o familias para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades. Por lo general, estos servicios son procedimientos de salud médica o de comportamiento/visitas programadas por el paciente o proveedor de salud con anticipación o el mismo día en los centros de BFS incluyendo, pero no limitado al campus principal, ubicaciones apartadas, así como oficinas de médicos afiliados, clínicas, o centro de salud comunitario. La atención primaria consiste en los servicios de salud atendidos regularmente por médicos generales, médicos de familia, internistas, pediatras generales y



enfermeras especializadas o médicos asociados de atención primaria. La atención primaria no requiere de los recursos especializados de un servicio de urgencias de un hospital de cuidados agudos y excluye los servicios auxiliares y de maternidad.

- b. Los servicios médicos que no son urgentes o de emergencia (es decir de atención primaria o electiva) pueden ser retrasados o remitidos en base a la consulta con el personal clínico de BFS, así como por el médico primario del paciente o médico que le esté tratando si está disponible y es apropiado. BFS además se puede rehusar a prestar servicios al paciente con servicios que no son de urgencia o emergencia, si el paciente está medicamente estable y si BFS no puede obtener del paciente o de otras fuentes una forma de pago o información sobre si reúne los requisitos para un seguro de salud pública o privado que cubran los costos de la atención que no es urgente ni de emergencia. Coberturas para servicios de salud, incluyendo salud sobre el estado físico y del comportamiento, se determinan y están descritos en los manuales de cobertura y necesidades médicas de las aseguradoras de salud pública y privada. Mientras BFS trata de determinar la cobertura basada en el seguro conocido y disponible del paciente, se puede cobrar al paciente si los servicios no son reembolsables y el paciente ha aceptado el cobro.
- c. La cobertura de un programa público, privado o del hospital basada en asistencia financiera puede excluir ciertos procedimientos primarios o electivos que no son reembolsables por tales opciones de coberturas. Si el paciente no está seguro de si un servicio no está cubierto, debe comunicarse con el asesor financiero de BFS llamando al 413-854-9605 para determinar que opciones de cobertura están disponibles.

C. Lugares de BFS que prestan servicios medicamente necesarios y están cubiertos por la política de asistencia financiera:

Lugares que están cubiertos por la política de asistencia financiera de BFS donde los pacientes también pueden obtener información sobre programas de asistencia pública disponibles:

<i>Berkshire Faculty Services ciudades/estados</i>	
<i>North Adams, MA</i>	<i>Great Barrington, MA</i>
<i>Lenox, MA</i>	<i>Pittsfield, MA</i>
<i>Adams, MA</i>	<i>Williamstown, MA</i>
<i>Vermont</i>	

Además, la política de asistencia financiera de BFS cubre los servicios de emergencia, urgencia y cuidado primario proporcionados por las siguientes consultas médicas dentro de las instalaciones de BFS mencionadas arriba:

SERVICIOS PROFESIONALES SIN COBERTURA	SERVICIOS PROFESIONALES CON COBERTURA
Servicios dentales-Generales & cirugía oral	Berkshire Faculty Services
Servicios de dermatología	
Servicios de otorrinolaringología (ENT)	
Servicios de gastroenterología	
Servicios no afiliados de salud de la conducta	



Servicios de oftalmología	
Servicios ortopédicos	
Servicios de patología	
Servicios de pediatría	
Servicios de podología	
Servicios de medicina general	
Servicios de radiación oncológica	
Servicios de radiología	
Servicios de cirugía	

Además de los servicios no cubiertos mencionados arriba, los pacientes de Centros Comunitarios de Salud, que bajo acuerdo formal pueden ser remitidos a Berkshire Faculty Services para atención médica, serán excluidos de la política de ayuda financiera. Se hace referencia a la ayuda financiera para esta población en la Política de Facturación y Cobro de BMC o en la política de Crédito y Colección de FVH.

NOTA: Cualquier tipo de proveedor que aparece como no- cubierto están excluidos del reembolso bajo HSN

II. Programas de Asistencia Pública y Asistencia Financiera de BFS

A. Panorama general de cobertura de salud y programas de asistencia financiera

Los pacientes de BFS pueden cumplir con los requisitos para servicios de salud gratis o a bajo costo a través de diversos programas estatales de asistencia pública así como también programas de asistencia financiera de BFS (incluido pero no limitado a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas Operado por el Health Connector, el programa de Seguridad Médica para Niños, el Health Safety Net, y Medical Hardship). Dichos programas están destinados a ayudar a pacientes de bajos ingresos, teniendo en cuenta la capacidad de pago de cada persona para contribuir con el costo de su cuidado. Para aquellas personas que no tienen seguro o con seguro insuficiente, si lo solicitan, BFS ayudará con la solicitud de cualquier cobertura a través de programas de asistencia pública o los programas de asistencia financiera de BFS, que puedan cubrir todas o algunas de sus facturas del hospital sin pagar.

B. Programas de Asistencia Pública del Estado

BFS presta ayuda a los pacientes a inscribirse en programas para cobertura de salud del estado. Esto incluye a MassHealth, el programa de asistencia de pago de prima Operado por el State's Health Connector, y el plan de Children's Medical Security. Para estos programas los solicitantes pueden enviar una solicitud a través de internet (lo puede buscar en el sitio web del State's Health Connector), una solicitud por escrito, o por teléfono con un representante del servicio al cliente de MassHealth o el Health Connector. Las personas también pueden pedir ayuda a los asesores certificados para solicitudes de BMC o FVH para enviar la solicitud ya sea por el sitio web o por escrito,

C. Asistencia Financiera de BFS

BFS también proporciona asistencia financiera a pacientes que comprueban, a través de sus ingresos económicos, que tienen limitaciones para pagar parte o todos los servicios prestados. Los pacientes



que sean residentes o no de Massachusetts y/o del área de servicio de BFS se les puede pedir que completen la solicitud del estado para cobertura de Medicaid o seguro de salud subvencionado antes de buscar cobertura a través de las opciones de ayuda financiera de BFS. Los pacientes que reúnen los requisitos califican para la Política de Asistencia Financiera de BFS basados en los siguientes criterios:

C.1. Asistencia Financiera del BFS a través de Health Safety Net

BFS provee asistencia financiera a personas de bajos ingresos aseguradas y con seguro limitado, quienes sean o no sean residentes de Massachusetts y quienes cumplen con los requisitos de bajos ingresos. El Health Safety Net (HSN) fue creado para distribuir más equitativamente el costo de proporcionar atención médica no remunerada a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente a través de atención gratuita o con descuento en los hospitales de cuidado agudo en Massachusetts. Dada la relación que BFS tiene con BMC y FVH, BFS acepta la elegibilidad de HSN para sus pacientes aunque estos servicios no sean reembolsados a BFS, BMC o FVH, el reconocimiento de estos requerimientos es considerado como un método de asistencia a aquellos con un ingreso menor del 300% del nivel de pobreza federal. Es la política de BMC que todos los pacientes que reciben ayuda financiera bajo la política de asistencia financiera de BMC incluyan los servicios de Health Safety Net como parte de la atención sin cargos a pacientes de bajos ingresos.

A través de las relaciones entre BMC y FVH un paciente de BFS participante del Health Safety Net, pacientes de bajos ingresos que están recibiendo servicios en BFS puede reunir los requisitos para asistencia financiera incluyendo Health Safety Net.

Los Pacientes de Berkshire Faculty Services necesitan presentar una verificación de elegibilidad de su hospital para HSN a BFS. Estos requisitos de solicitud estatal siguen todas las reglas de los niveles de pobreza (FPL) aplicable según los requisitos. BFS otorga estos derechos como beneficios comunitarios a aquellos con un estatus de bajos-ingresos

C.2. Asistencia financiera adicional de BFS

Además del Health Safety Net, BFS proporciona asistencia financiera para pacientes que cumplan los criterios detallados a continuación. Esta ayuda financiera está destinada a complementar y no a sustituir a otras coberturas de servicios para garantizar que la asistencia financiera se proporcione cuando sea necesario. BFS no negará asistencia financiera bajo su política de ayuda financiera basada en el hecho de que el solicitante no proporcione información o documentación a menos que estas sean necesarias para la determinación de asistencia financiera a través del formulario de solicitud.

Esta asistencia financiera adicional está disponible a pacientes quienes no tienen seguro y los cuales tienen un ingreso familiar menor o igual al 400% del Nivel de Pobreza Federal. Los pacientes deben aplicar para cualquier programa de asistencia pública gubernamental del estado para la cual puedan calificar. Los pacientes que califiquen se les ofrecerán el siguiente descuento:

Descuentos por Servicios de Oficina	Descuento por Servicios Ambulatorios
54.13%	54.13%

D. Limitaciones de cargos

BFS bajo su política de asistencia financiera para emergencia y cuidado medicamento necesario no cobrará a las personas que reúnen los requisitos para asistencia, más que la “cantidad facturada general”



a personas que tienen un seguro para el mismo tipo de atención médica. Para ello la “cantidad facturada general” se determina usando el método de revisión por Berkshire Faculty Services que es una combinación de la tarifa de Medicare por el servicio y las tarifas de todas las aseguradoras privadas.

La “cantidad facturada general”, indicado como un porcentaje de los cargos brutos de BFS, es lo siguiente:

- ***Para servicios de oficinas y servicios ambulatorios 45.87%***

BFS bajo su política de asistencia financiera cobrará a las personas que reúnan los requisitos para asistencia por los demás cuidados médicos una cantidad menor que el cargo bruto para ese tipo de cuidado.

E. Aviso y Solicitud para Asistencia Financiera de BFS y Programas de Asistencia Pública

E.1 Avisos de Asistencia Financiera de BFS disponible y Opciones de Asistencia Pública

Para aquellas personas que no tienen seguros o con seguro insuficiente, BFS trabajará con ellos ayudándoles con la solicitud de asistencia pública y/o programas de asistencia financiera de BFS que puedan cubrir toda o algunas de sus facturas sin pagar. Para ayudarlos a encontrar opciones apropiadas y disponibles, BFS proporcionará a todas las personas un aviso general de programas disponibles de asistencia pública y financiera durante la registración inicial del paciente en cualquier lugar de BFS, en todas las facturas que son enviadas al paciente o garante, y cuando el proveedor sea notificado o por debida diligencia toma conciencia de algún cambio en el estatus de cumplimiento de los requisitos del paciente para cobertura de seguro público o privado.

Además, BFS también publica avisos generales en registro de pacientes o recepción de las áreas de prestación de servicios (incluyendo, pero no limitado a, pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, departamento de emergencia, y lugares satélites, oficinas de asesores certificados en solicitudes, y en general oficinas que se utilizan para los pacientes (ejemplo, áreas de registro y admisiones, u oficinas de servicios de finanzas que están abierta al público). El aviso general informará al paciente sobre la disponibilidad de asistencia pública y asistencia financiera de BFS (incluyendo MassHealth, Programa de asistencia de pago de primas operado por el Health Connector, el programa de Children’s Medical Security, el Health Safety Net y Medical Hardship) así como también los lugares dentro de BFS y/o los números de teléfono para programar una cita con un Asesor Certificado en Solicitudes. El objetivo de estos avisos es ayudar a las personas a solicitar cobertura de uno o más de estos programas.

E.2. Solicitud para programas de Asistencia Financiera de BFS y Asistencia Pública

BFS cuenta con recursos disponibles para ayudar a los pacientes a inscribirse dentro de programas de asistencia pública del estado a través de asesores financieros certificados de BMC/FVH. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por el Health Connector, y el plan de Children’s Medical Security. Basados en la información proporcionada por el paciente, BFS también identificará las opciones de cobertura disponibles dentro de su programa de asistencia financiera, incluyendo los programas de Health Safety Net y Medical Hardship.

Para programas distintos a Medical Hardship, los solicitantes pueden presentar una solicitud en línea por el sitio web (localizado en el sitio web del Health Connector del estado), una solicitud en papel, o



por teléfono con un representante del servicio al cliente del MassHealth o Health Connector. Las personas también pueden solicitar asistencia con un asesor financiero certificado de BMC/FVH presentando la solicitud en el sitio web o una solicitud por escrito.

Para Medical Hardship, BFS derivará al paciente a un asesor financiero certificado de BMC/FVH para determinar si un programa como Medical Hardship sería apropiado y presentará una solicitud al Health Safety Net. Es obligación del paciente proporcionar toda la información necesaria y requerida por BFS en un plazo adecuado para asegurar que se presente la solicitud completa y BFS procurará presentar la solicitud dentro de (5) días hábiles después de recibir toda la información necesaria y requerida. Si la solicitud completa en su totalidad no se presenta dentro de los cinco días hábiles después de recibir toda la información no se tomará acciones por pagos morosos al paciente con respecto a cuentas que califican para Medical Hardship.

La ayuda financiera proporcionada por BFS está disponible para pacientes y sus familiares con ingreso familiar menor del 400% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza. Para obtener un formulario de ayuda financiera, llame al departamento de Admisiones (Access Services en inglés) de BMC o FVH o a través de nuestro sitio web. Para determinar si cumple los requisitos debe:

- Presentar una solicitud a cualquier programa de asistencia médica gubernamental o estatal donde cumpla con los requisitos y proporcione pruebas que presentó la solicitud.
- Completar, firmar, y fechar la solicitud del formulario de ayuda financiera.
- Proporcionar verificación de los ingresos familiares.
- Regrese el formulario completo a la oficina de Advocacy for Access de Berkshire Medical Center, o al departamento de Admisiones del hospital de Fairview

La presunta determinación para la ayuda financiera de FVH se hará basada en la información financiera proporcionada por el paciente o información que FVH obtiene a través de la prestación de servicios para el paciente, y tal información considera que un paciente cumple con la definición de paciente de bajos ingresos para cubrir servicios medicamente necesarios y de atención primaria. Ejemplos de pacientes y condiciones son personas indigentes o encarceladas. Estos son solo ejemplos, y no representa la lista completa de condiciones. Los pacientes que cumplen con los requisitos para tal determinación completarán una solicitud identificando tales circunstancias. Esas determinaciones serán revisadas anualmente o hasta que el paciente complete otra solicitud dentro del año, o lo que ocurra primero.

BFS no negará ayuda financiera bajo su política de asistencia financiera por información o documentación a menos que la información o documentación esté descrito en la política de asistencia financiera o el formulario de solicitud.

E.3 El Rol del Asesor Financiero y del Asesor Certificado para completar Solicitudes:

BMC Y FVH tienen acceso a un asesor financiero y asesor certificado para ayudar a personas sin seguro y con seguro insuficiente a completar la cobertura de salud a través de programas de asistencia pública (incluyendo, pero no limitado a MassHealth, el programa de asistencia de pago de primas operado por Health Connector, y el programa de Children's Medical Security), y los inscribirá donde les corresponda. Los asesores financieros de BMC/FVH también ayudarán a pacientes que deseen solicitar asistencia



financiera de BFS, que incluye cobertura a través del Health Safety Net y Medical Hardship.

BMC/FVH también ayudarán con lo siguiente:

- a) proporcionará información sobre la gama completa de programas, incluyendo MassHealth, la asistencia de pago de primas operada por el Health Connector, el programa de Children's Medical Security, Health Safety Net, y Medical Hardship;
- b) ayudará a las personas a completar una nueva solicitud de cobertura o a presentar una renovación para la cobertura existente;
- c) trabajará con cada persona para obtener la documentación;
- d) presentará solicitudes o renovaciones (junto con toda la documentación requerida);
- e) interactuará, cuando sea pertinente y lo permitan las limitaciones del Sistema actual, con los programas sobre el estatus de tales solicitudes y renovaciones;
- f) ayudará a facilitar la inscripción de los solicitantes o beneficiarios en los programas de seguro; y
- g) ofrecerá y prestará asistencia de registro de votantes.

BMC/FVH en representación de BFS aconsejará al paciente de su obligación de proporcionar 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 seguro actuales (incluyendo seguro de casa, de automóvil, y otro seguro de responsabilidad civil) que puedan cubrir el costo de atención médica recibida, y otros recursos financieros aplicables, e información de residencia y ciudadanía. Esta información se presentará al estado como parte de la solicitud para programas de asistencia pública para determinar la cobertura de los servicios prestados a la persona.

Si el paciente o garante no puede proporcionar la información necesaria, BMC/FVH en representación de BFS puede (a petición de la persona) hacer todo lo posible para obtener información adicional de otras fuentes. Eso también incluye trabajar con la persona si esta lo pide, para determinar si el cobro por servicios se le debe enviar a la persona para así ayudarlo como cubrir el deducible único. Esto ocurrirá cuando la persona programe sus servicios, durante la pre-registración, mientras la persona sea registrada en BFS, durante alta, o por un tiempo razonable después del alta de BFS. La información que se obtenga del CAC se mantendrá conforme a las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad.

BMC/FVH en representación de BFS también notificará al paciente durante el proceso de la solicitud sobre su responsabilidad de informar a BFS y a la agencia del estado sobre la información de cobertura de salud de terceros que puede que sea responsable de pagar demandas, incluyendo casa, auto u otra póliza de seguro obligatoria. Si el paciente ha presentado un reclamo o una demanda contra terceros, el CAC le notificará al paciente sobre su obligación de informar al proveedor y al programa del estado dentro de 10 días de dichas acciones. También se le informará al paciente que debe reembolsar a la agencia estatal correspondiente de la atención médica cubierta por el programa estatal, si hay una recuperación económica por la demanda, o designar derechos al estado para que pueda recuperar la cantidad que corresponda.

Otros documentos pertinentes incluyen:

- Resumen en lenguaje sencillo
- Solicitud de ayuda financiera



- Resumen en lenguaje sencillo de procedimientos

Revisado y aprobado por: Darlene Rodowicz, Berkshire Health Systems Executive Vice President.

Fecha de Aprobación: 12/31/2020

Fecha efectiva: 01/01/2021

Reemplaza la Política con fecha: 11/26/2019