



La Política de Ayuda Financiera Berkshire Medical Center

Introducción a la Política de Ayuda Financiera de Berkshire Medical Center

Esta política se aplica a Berkshire Medical Center, que en lo sucesivo se referirá como BMC y a lugares y proveedores específicos identificados en esta política.

BMC 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. BMC 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, BMC se compromete a proporcionar servicios y atención de alta calidad a todos nuestros pacientes. Como parte de este compromiso, BMC trabaja con personas con ingresos y recursos limitados para buscar opciones disponibles que cubran el costo de su atención.

BMC ayudará a personas sin seguro o con seguro con cobertura limitada a solicitar cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública o programa de asistencia financiera de BMC (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 trabajará con las personas para inscribirlos donde les corresponda. 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 BMC ayude 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 BMC; BMC 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, BMC recomienda a los pacientes a ponerse en contacto con nuestro personal para determinar si ellos y/o un familiar 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 BMC, BMC no discrimina basándose por 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, pre-admisión o depósitos por pre-tratamientos, planes de pagos, admisiones aplazadas o rechazadas. La 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 recursos. 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.

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

www.berkshirehealthsystems.org/financial-counseling

Las acciones que BMC pueda tomar en caso de falta de pago se describen en la política de cobros y facturación de BMC. El público puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobros en el sitio web de B

www.berkshirehealthsystems.org/financial-counseling

I. Cobertura para Servicios de Atención de Salud Medicamento Necesaria

BMC presta servicios de atención de salud de la conducta y atención medicamento necesaria a todos los pacientes quienes utilizan servicios en BMC independientemente de su capacidad de pago. Los servicios medicamento necesarios incluyen aquellos que son razonablemente predecibles de prevenir, diagnóstico, prevención de deterioro, aliviar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro la vida, causa de sufrimiento o dolor, causa de deformidad física o mal funcionamiento, amenaza de causar o agravar una discapacidad, o resultado de una enfermedad o dolencia. Los servicios medicamento necesarios incluyen servicios a pacientes ambulatorios y hospitalizados 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. BMC 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 BMC 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 BMC con el fin de determinar la cobertura de la deuda por servicios de emergencia y urgencia, bajo el programa de asistencia financiera de BMC, incluyendo Health Safety Net.

A. Servicios de Emergencia y Consultorio de Urgencia

Cualquier paciente que viene a BMC 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. BMC no participa en acciones que desaliente a las personas en buscar atención médica de emergencia, tales como exigir a los pacientes que paguen antes de recibir tratamiento para la condición médica de emergencia, o interferir con el examen de detección y la atención médica de



emergencia por discutir primero con 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 propiedades del hospital solicitando examen o tratamiento de emergencia (definido anteriormente) o quien viene a la sala de emergencia solicitando un examen o tratamiento por enfermedad. Por lo general las personas que no tienen cita programada 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 ser 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 BMC como se documenta en el expediente médico de BMC.

- 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 determine 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, BMC 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 BMC 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 retrasadas o remitidas en base a la consulta con el personal clínico de BMC, así como por el médico primario del paciente o médico que le esté tratando si está disponible y es apropiado. BMC además puede rehusar a prestar servicios al paciente con servicios que no son de urgencia o emergencia, si el paciente está medicamente estable y si BMC 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 de conducta, se determinan y están descritos en los manuales de cobertura y necesidades médicas de las aseguradoras de salud pública y privada. Mientras BMC trata de determinar la cobertura basada en la cobertura de 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 basado 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 Fairview Hospital llamando al 413-854-9605 para determinar que opciones de cobertura están disponibles.

C. Lugares de BMC 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 BMC donde los pacientes también pueden obtener información sobre programas de asistencia pública disponibles:

<i>Instalaciones de Berkshire Medical Center</i>	
<i>725 North Street, Pittsfield</i>	<i>197 Adams Road, Williamstown</i>
<i>165 Tor Court, Pittsfield</i>	<i>777 Medical Arts Building, Pittsfield</i>
<i>610 North Street, Pittsfield</i>	<i>24 Park Street, Pittsfield</i>
<i>2 Park Street, Adams</i>	<i>41 Wahconah Street, Pittsfield</i>
<i>510 North Street, Suites 2 and 8, Pittsfield</i>	<i>66 Wahconah Street, Pittsfield</i>
<i>631B North Street, Pittsfield</i>	<i>55 Pittsfield Road, Lenox</i>
<i>71 Hospital Avenue, North Adams</i>	<i>10 Maple Street, Great Barrington</i>
<i>8 Conte Drive, Pittsfield</i>	



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

SERVICIOS PROFESIONALES SIN COBERTURA	SERVICIOS PROFESIONALES CON COBERTURA
Servicios dentales-Generales & cirugía oral	Servicios de anestesia
Servicios de dermatología	Servicios de salud de la conducta
Servicios de otorrinolaringología (ENT por sus siglas en inglés)	Servicios para sala de emergencias
Servicios de gastroenterología	Servicios de médicos internistas
Servicios no afiliados de salud de la conducta	Servicios Berkshire Faculty
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 sin cobertura, los pacientes de Centros Comunitarios de Salud, que bajo acuerdo formal pueden ser remitidos a Berkshire Medical Center para atención médica, serán excluidos de la política de ayuda financiera. La ayuda financiera para esta población se refiere en la Política de Facturación y Cobro.

Nota: Cualquier tipo de proveedor que aparece como sin cobertura están excluidos del reembolso bajo HSN

II. Programas de Asistencia Pública y Asistencia Financiera de BMC

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

Los pacientes de BMC 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 BMC (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, BMC ayudará con la solicitud de cualquier cobertura a través de programas de asistencia pública o los programas de asistencia financiera de BMC, que puedan cubrir todas o algunas de sus facturas del hospital sin pagar.

B. Programas de Asistencia Pública del Estado

BMC 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 Health Connector, y



el plan de Children's Medical Security. Para estos programas los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de internet (lo puede buscar en el sitio web del Health Connector), una solicitud por escrito, o por teléfono con un representante del servicio al cliente de MassHealth o Health Connector. Las personas también pueden pedir ayuda a los Asesores Certificados para Solicitudes de BMC para enviar una solicitud por escrito.

C. Asistencia Financiera de BMC

BMC también proporciona asistencia financiera a pacientes que demuestran de acuerdo a sus ingresos económicos limitaciones para pagar parte o todos los servicios prestados. A los pacientes que son residentes o no de Massachusetts y/o en el área de servicio de BMC 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 BMC. Los pacientes que reúnen los requisitos califican para la Política de Asistencia Financiera de BMC basados en los siguientes criterios:

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

A través de su participación en Massachusetts Health Safety Net, BMC proporciona asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos, sin seguro y con seguro con cobertura insuficiente que sean residentes de Massachusetts y reúnan los requisitos de ingreso económico. El Health Safety Net fue creado para distribuir más equitativamente el costo de proporcionar atención médica sin cargo a pacientes de bajos ingresos, sin seguro y con seguro con cobertura insuficiente a través de atención médica gratuita o con descuentos en todos los hospitales de cuidado agudo en Massachusetts. El fondo común por servicios no remunerados del Health Safety Net se logra a través de una evaluación en cada hospital para cubrir los costos de atención a pacientes sin seguro y con seguro con cobertura insuficiente con ingresos por debajo del 300% del nivel federal de pobreza. 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 la participación del Health Safety Net los pacientes de bajos ingresos que reciben servicios en BMC pueden reunir los requisitos para asistencia financiera, incluyendo atención gratuita o parcialmente gratuita del Health Safety Net de acuerdo a los servicios calificados definidos en 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Primario

Pacientes sin seguro que son residentes de Massachusetts, con ingresos familiares verificados por MassHealth MAGI o Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.054(1)(b), entre 0-300% del nivel de pobreza federal (FPL por sus siglas en inglés) se pueden determinar si reúnen los requisitos según los servicios Health Safety Net.

El periodo de selección y tipo de servicios para *Health Safety Net - Primario* es limitado para los pacientes que califican para inscribirse en el programa de Asistencia de Pago de Primas Operado por el Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04 (6) (a) and (b). Los pacientes que cumplen con los requisitos del programa de Student Health de M.G.L. c. 15A, § 18 no pueden acogerse al *Health Safety Net – Primario*.

(b) Health Safety Net – Secundario

Los pacientes que son residentes de Massachusetts con seguro de salud primario y con un ingreso



familiar verificado por MassHealth MAGI o Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.04 (1), entre 0 y 300% del FPL puede determinarse que reúnen los requisitos para los servicios de Health Safety Net. El periodo de selección y tipo de servicios para el Health Safety Net- Secundario es limitado para los pacientes que cumplen con los requisitos para inscribirse en el Programa de Asistencia de Pago de Primas operado por el Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04 (5) (a) y (b). Los pacientes que cumplen con los requerimientos del programa de Student Health de M.G.L. c. 15A, § 18 no pueden acogerse al Health Safety – Primario.

(c) Health Safety Net – Deducible parcial

Los pacientes que cumplen con los requisitos del *Health Safety Net Primario* o *Health Safety Net - Secundario* con un ingreso familiar verificado por MassHealth MAGI o ingreso familiar contable verificado por el Medical Hardship entre 150.1% y 300% del FPL puede estar sujeto a un deducible anual si todos los miembros de la Facturación del Premium del Grupo Familiar (PBF^g por sus siglas en inglés) tienen un ingreso que está por encima de 150.1% del FPL. Este grupo está definido en 130 CMR 501.0001.

Si algún miembro del PBF^g tiene un FPL por debajo del 150.1% no hay deducible para ningún miembro del PBF^g. El deducible anual es igual al mayor del:

1. costo más bajo del Programa de Pago de Asistencia de Primas operado por el Health Connector premium, ajustado por el tamaño de PBF^g proporcionalmente a los ingresos estándares del MassHealth FPL, a partir del inicio del año calendario.
2. 40% de la diferencia entre el ingreso familiar más bajo MassHealth MAGI o el ingreso contable familiar Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.04 (1), en la Facturación del Premium del Grupo Familiar (PBF^g) del solicitante y 200% del FPL.

(d) Health Safety Net - Medical Hardship

Un residente de Massachusetts de cualquier ingreso económico puede reunir los requisitos para Medical Hardship a través del Health Safety Net si los gastos médicos permisible han agotado su ingreso contable y no puede pagar por los servicios médicos. Para calificar al Medical Harship, los gastos médicos del solicitante deben superar un porcentaje determinado del ingreso contable determinado al solicitante definido en 101 CMR 613.05(1)(b) como sigue:

Nivel de Ingreso	Porcentaje del Ingreso Contable
0 - 205% FPL	10%
205.1 - 305% FPL	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605% FPL	30%
>605.1% FPL	40%

La contribución requerida al solicitante se calcula como el porcentaje del ingreso contable especificado en 101 CMR 613.05(1)(b) basado en el Medical Hardship familiar del FPL multiplicado por el ingreso contable actual menos las facturas que no están cubiertas por el Health Safety Net, por los cuales el solicitante seguirá siendo responsable. Los otros requisitos del Medical Hardship están especificados en el 101 CMR 613.05.

C.2. Asistencia financiera adicional de BMC



Además del Health Safety Net, BMC 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. BMC 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.

La asistencia financiera adicional está disponible para los pacientes que carecen de seguro y para aquellos cuyo ingreso es menor o igual al 400% del Nivel Federal de Pobreza. Los pacientes pueden aplicar para asistencia pública gubernamental para los que califiquen. Los pacientes que califiquen para esta asistencia financiera adicional serán ofrecidos el siguiente descuento:

Descuentos por Servicios de Hospitalización	Descuento por Servicios Ambulatorios
41.31%	58.93%

D. Limitaciones de cargos

BMC bajo su política de asistencia financiera para emergencia y cuidado medicamente 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 Medical Center 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 BMC, es lo siguiente:

- ***Servicios para pacientes hospitalizados 58.69% y Servicios para pacientes ambulatorios 41.07%***

BMC 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 BMC y Programas de Asistencia Pública

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

Para aquellas personas que no tienen seguros o con seguro insuficiente, BMC trabajará con ellos ayudándoles con la solicitud de asistencia pública y/o programas de asistencia financiera de BMC que puedan cubrir toda o algunas de sus facturas sin pagar. Para ayudarlos a encontrar opciones apropiadas y disponibles, BMC 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 BMC, 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, BMC 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 BMC (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 BMC y/o los números de teléfono para programar una cita con un Consejero Certificado para Aplicaciones. 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 BMC y Asistencia Pública

BMC está disponible para ayudar a los pacientes a inscribirse dentro de programas de asistencia pública del estado. 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, BMC 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 enviar una solicitud en línea por el sitio web (localizado en el sitio web del Health Connector del estado), una solicitud por escrito, o por teléfono con un representante del servicio al cliente del MassHealth o Connector. Las personas también pueden solicitar asistencia con un Consejero Certificado para Aplicaciones de BMC presentando la solicitud en el sitio web o una solicitud de papel.

Para Medical Hardship, BMC trabajará con el paciente 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 BMC en un plazo adecuado para asegurar que se envíe la solicitud completa y BMC procurará enviar la solicitud dentro de (5) días hábiles después de recibir toda la información necesaria y requerida. Si la solicitud total y completa 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 BMC está disponible para pacientes y sus familiares con ingreso familiar menor del 400% del Nivel Federal de Pobreza. Para obtener un formulario de ayuda financiera, llame a nuestro departamento de Admisiones de BMC 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 BMC se hará basada en la información financiera proporcionada por el paciente o información que BMC 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.

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

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

BMC ayudará 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. BMC también ayudará a pacientes que deseen solicitar asistencia financiera de BMC, que incluye cobertura a través del Health Safety Net y Medical Hardship.

BMC:

- 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 aconsejará al paciente de su obligación de proporcionar a BMC y a la agencia estatal correspondiente, información precisa y fidedigna 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 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 ayudarle como cubrir el deducible único. Esto ocurrirá cuando la persona programe sus servicios, durante la pre-registración, mientras sea hospitalizada en BMC, durante alta, o por un tiempo razonable después del alta de BMC. La información que se obtenga del Consejero Financiero o el Consejero Certificado para Aplicaciones se mantendrá conforme a las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad.

BMC también notificará al paciente durante el proceso de la solicitud sobre su responsabilidad de informar a BMC 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 Consejero Financiero o el Consejero Certificado para Aplicaciones le notificarán 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.

Cuando una persona se pone en contacto con BMC, BMC tratará de identificar si la persona cumple con los requisitos para el programa de asistencia pública o asistencia financiera de BMC. Una persona que está inscrita en un programa de asistencia pública puede reunir los requisitos para ciertos beneficios. Individuos también pueden reunir los requisitos para asistencia adicional de acuerdo al programa de asistencia financiera de BMC basados en los ingresos individuales documentados y gastos médicos deducibles.

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