

DANA-FARBER CANCER INSTITUTE
MANUAL DE POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y ATENCIÓN DEL PACIENTE

POLÍTICA DE CRÉDITO Y COBROS
POLÍTICA GENERAL DE DANA-FARBER CANCER INSTITUTE

Revisado en octubre de 2020

ÍNDICE

1.	Introducción	3
2.	Propósito	3
3.	Alcance	3
4.	Política	4
	A. Recopilación de información sobre los recursos financieros del paciente y cobertura	4
	B. Prácticas de facturación y cobro del Instituto	8
	C. Poblaciones exentas de actividades de cobros	9
	D. Acciones de cobro estándar	10
	E. Agencias externas de cobro	12
	F. Planes de cuotas y depósitos	13
5.	Glosario	15
6.	Anexos y documentos	16

1. Introducción

Dana-Farber Cancer Institute (“el Instituto”) acepta Pacientes para darles tratamiento sin discriminación basada en el color, país de origen y ciudadanía, religión, credo, sexo y preferencia sexual, identidad de género, edad o discapacidad. Esto es cierto en las políticas del Instituto y en su aplicación de políticas, con respecto a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos por tratamiento previo o preadmisión, planes de pago, admisiones postergadas o rechazadas, y estado del paciente de bajos ingresos, según lo determine el sistema de elegibilidad/MassHealth de Massachusetts, o la declaración de información para determinar el estado de bajos ingresos.

2. Propósito

Es la obligación fiduciaria interna del Instituto buscar el reembolso por los servicios proporcionados a los Pacientes que tienen capacidad de pago, de aseguradoras de terceros responsables que cubren el costo de la atención médica del Paciente, y de otros programas de asistencia para los que el Paciente es elegible. Para determinar si un Paciente puede pagar los servicios proporcionados y ayudar al Paciente a encontrar opciones de cobertura alternativas, si no tiene seguro o está subasegurado, el Instituto sigue estos criterios relacionados con facturación y cobros a Pacientes. Cuando se obtiene información financiera personal del Paciente y de la familia, el Instituto mantiene toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad, seguridad y robo de identidad que correspondan.

Esta política de Crédito y cobros se desarrolló para garantizar el cumplimiento de los criterios correspondientes necesarios según (1) la Norma de Servicios elegibles de (101 CMR 613.00), (2) los requisitos de deudas incobrables de Medicare de los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (42 CFR 413.89), (3) el Manual de reembolsos de proveedores de Medicare (Parte 1, Capítulo 3), y (4) la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas según lo exige el Artículo 9007(a) de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente federal (Pub. L. n.º 111-148) y las Normas de Hacienda en virtud de la misma (Treas. Reg. Art. 1.501(r)-1 al -7).

3. Alcance

Esta política se aplica a todos los pacientes elegibles que reciben los servicios médicamente necesarios en DFCI. DFCI considera que todos los servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios son médicamente necesarios y, por lo tanto, cubre dichos servicios bajo esta política. Los servicios médicamente necesarios incluyen aquellos que se espera razonablemente que eviten, diagnostiquen, prevengan el empeoramiento, alivien, corrijan o curen condiciones potencialmente mortales, causen sufrimiento o dolor, deformidad física o mal funcionamiento, amenacen causar o agravar una discapacidad, o resulten en una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, según lo autorizado bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social (Social Security Act). Los servicios de abajo se excluyen de la Política de crédito y cobros: Farmacia, Friends’ Place, Leonard P. Zakim Center for Integrative Therapies y Telegenetics.

La política de Crédito y cobros de DFCI cubre los servicios médicamente necesarios prestados en los Centros del Hospital para pacientes ambulatorios de DFCI y el Hospital para pacientes hospitalizados de DFCI, incluyendo los siguientes centros de DFCI:

- Dana-Farber Cancer Institute (campus principal)
- Dana-Farber Cancer Institute en Londonderry
- Dana-Farber Cancer Institute en Milford
- Dana-Farber Cancer Institute en Merrimack Valley
- Dana-Farber Cancer Institute en Brighton

- Dana-Farber Cancer Institute en Weymouth
- Dana-Farber Cancer Institute en Whittier Street Health Center
- Furgoneta para el servicio móvil de mamografías del Dana-Farber Cancer Institute
- Dana-Farber Cancer Institute - Chestnut Hill (Inauguración en enero de 2021)

4. Política

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

- 1) El Instituto trabajará con el Paciente para orientarlo sobre su tarea de proporcionar información clave. Antes de prestar cualquier servicio de atención médica (con excepción de los servicios que se proporcionan para estabilizar a un Paciente que se ha determinado que tiene una condición médica de emergencia o que necesita servicios de atención de urgencia), el Paciente tiene la responsabilidad de dar información oportuna y precisa con relación al estado actual de su seguro, información demográfica, cambios en los ingresos familiares o cobertura de póliza colectiva (si los hubiere), y, si la tiene, información sobre deducibles o copagos que son exigidos por su seguro o programa financiero correspondiente. La información detallada para cada elemento debe incluir, entre otros:
 - a) Nombre completo, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro médico actual, información sobre ciudadanía y residencia, y recursos financieros aplicables del paciente que puedan usarse para pagar su factura;
 - b) Si corresponde, el nombre completo del garante del Paciente, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro médico actual y sus recursos financieros aplicables que puedan usarse para pagar la factura del Paciente; y,
 - c) Otros recursos que puedan usarse para pagar su factura, incluyendo otros programas de seguro, pólizas de seguros de automóvil o de propietarios de casa, si el tratamiento fue por un accidente, programas de compensación de los trabajadores, pólizas de seguro del estudiante y otros ingresos como una herencia, regalos o distribuciones de un fideicomiso disponible, entre otros.
- 2) El Paciente también tiene el deber de dar seguimiento a su factura sin pagar del Instituto, incluyendo cualquier copago existente, coaseguro y deducibles, y comunicarse con el Instituto si necesita asistencia para pagar una parte o toda la factura. También se le pide al Paciente que informe sobre cualquier cambio en los ingresos familiares o estado del seguro ya sea a su compañía de seguro médico (si tiene una) o a la agencia estatal que determinó el estado de elegibilidad del Paciente en un programa público. El Instituto también puede ayudar al Paciente con la actualización de su elegibilidad en un programa público cuando haya algún cambio en los ingresos familiares o estado del seguro, siempre que el Paciente informe al Instituto de dichos cambios en el estado de elegibilidad del Paciente.

El Instituto trabajará con el Paciente para asegurarse de que este sepa de su deber de notificar al Instituto y al programa aplicable del que está recibiendo asistencia (por ejemplo, MassHealth, Connector, Health Safety Net o Medical Hardship), de toda información relacionada con cualquier cambio en los ingresos familiares, o si son parte de un reclamo de seguro que pueda cubrir el costo de los servicios que proporcionó el Instituto. Si hay un tercero (como, entre otros, seguro de casa o automóvil) que sea responsable de cubrir el costo de atención médica debido a un accidente u otro incidente, el Paciente trabajará con el Instituto o el programa aplicable (incluyendo, entre otros, MassHealth, Connector o Health Safety Net) para asignar el derecho a recuperar la cantidad pagada o sin pagar por tales servicios.

- 3) Un Paciente de bajos ingresos debe asignar a la agencia de MassHealth sus derechos a pagos de terceros para beneficios médicos según Health Safety Net y debe cooperar totalmente con la agencia de MassHealth y dar la información para ayudar a conseguir toda fuente de pago de terceros. Un Paciente de bajos ingresos debe informar a la Oficina de Health Safety Net o a MassHealth cuando esté involucrado en un accidente o tenga una enfermedad o lesión, u otra pérdida que dé

- como resultado o pueda dar como resultado una demanda legal o reclamo de seguro, que no sea un reclamo de seguro de Medical. El Paciente de bajos ingresos debe:
- a) Presentar un reclamo de seguro por remuneración, si está disponible;
 - b) Asignar a la agencia de MassHealth o a su agente, el derecho a recuperar una cantidad igual a los beneficios de Health Safety Net obtenidos de los ingresos de cualquier reclamo u otro proceso judicial contra un tercero;
 - c) Proporcionar información del reclamo o cualquier otra acción y cooperar totalmente con la agencia de MassHealth, a menos que la agencia de MassHealth determine que la cooperación no será en beneficio o resultaría en una discapacidad emocional para el Paciente de bajos ingresos;
 - d) Notificar por escrito a Health Safety Net Office o a MassHealth dentro de los 10 días después de presentar algún reclamo, acción civil u otra acción; y
 - e) Reembolsar a la Oficina de Health Safety Net del dinero recibido de un tercero por todos los servicios de Health Safety Net proporcionados en o después de la fecha del accidente u otro incidente. Si el Paciente de bajos ingresos está involucrado en un accidente u otro incidente después de ser elegible para Health Safety Net, el reembolso se limitará a los servicios que proporcionó Health Safety Net como resultado del accidente o incidente.
- 4) El Instituto está obligado a hacer todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar la información demográfica y de seguro del Paciente para verificar la cobertura para los servicios de atención médica que proporcionará el Instituto. Estos esfuerzos pueden ocurrir durante el registro inicial en persona del Paciente en el Dana-Farber Cancer Institute, o en otro momento por medio de Contabilidad para pacientes (Patient Accounting) o Administración de acceso (Access Management). A partir del 15 de febrero de 1997, la atención médica del Dana-Farber Cancer Institute está situada en nuestro Hospital para pacientes hospitalizados dentro de Brigham and Women's Hospital. La información demográfica y de seguro del Paciente también se puede recolectar por medio de los departamentos de Emergencias, Admisiones, Servicios clínicos y Contabilidad para pacientes de Brigham and Women's Hospital.
- 5) Asimismo, el Instituto notificará al Paciente sobre la disponibilidad de opciones de cobertura por medio del Programa de Asistencia económica para pacientes (Patient Financial Assistance, PFA) del Instituto y de la asistencia pública disponible, incluyendo la cobertura por medio de MassHealth, el programa de pagos de asistencia de primas operado por Health Connector, el Programa Children's Medical Security, Health Safety Net o Medical Hardship. Los pacientes que reciben asistencia económica directa bajo el PFA están recibiendo atención médica no remunerada como se define bajo las instrucciones para reportar costos para la Hoja de trabajo S-10 (Manual de reembolsos de proveedores de Medicare, Parte 2, Capítulo 40, Formulario CMS 2552-10 § 4012). La notificación de asistencia económica directa se incluirá en las facturas que se envíen al Paciente o al garante del Paciente después de prestar los servicios y se publican en el siguiente lugar:
- a) Registro central en Yawkey 2
 - b) Registro pediátrico en Dana 3
 - c) Oficinas de registro en los lugares satélite basados en Massachusetts

Los rótulos son claramente visibles y legibles para los Pacientes que visitan dichas áreas. Los rótulos publicados tienen una medida de 8.5" por 11", y se leen así: tamaño de fuente de 30 puntos, en inglés y en español para comodidad de nuestros Pacientes. "Orientación financiera disponible para asistir a los Pacientes para solicitar Asistencia económica de DFCI, Massachusetts Medicaid y Health Safety Net. Si cree que puede ser elegible para dichos programas o quiere más información de los mismos, comuníquese con la Oficina del consejero financiero del Instituto al (617) 632-3455".

- 6) Los Consejeros financieros certificados de Dana-Farber, disponibles por teléfono en el (617) 632-3455 o en persona en el 2.º piso del Yawkey Building en el Campus principal, ayudarán a los Pacientes sin seguro o subasegurados para solicitar la asistencia económica disponible, incluyendo el programa de Asistencia económica para pacientes de Dana-Farber. Los Pacientes pueden acceder a esta política y a

otra información de asistencia económica en www.dana-farber.org/PFA. Los Consejeros financieros también están disponibles para ayudar a los Pacientes a completar y enviar las solicitudes del programa patrocinadas por el estado usando el sistema de Intercambio de Seguros Médicos (Health Insurance Exchange) o enviándolas a la Oficina ejecutiva de salud y servicios humanos de Massachusetts (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) para el respectivo procesamiento.

- a) El Instituto también ayuda a los Pacientes a obtener la documentación necesaria que pide el programa de asistencia económica correspondiente. La documentación necesaria incluye prueba de: (1) ingresos anuales del grupo familiar (comprobantes de pagos de nómina, registro de pagos de seguro social y una carta del empleador, declaraciones de renta o estados de cuenta bancarios), (2) ciudadanía e identidad, (3) estatus inmigratorio para no ciudadanos (si corresponde), y (4) activos de aquellos individuos que sean mayores de 65 años de edad.
 - b) En circunstancias especiales, el Instituto puede solicitar, en nombre de un Paciente, elegibilidad en el programa Health Safety Net usando un formulario específico designado por la División de Finanzas de Atención Médica de Massachusetts (Massachusetts Division of Health Care Finance) y la política. Circunstancias especiales incluyen individuos que buscan cobertura de asistencia económica por estar encarcelados, ser víctimas de abuso conyugal o aquellos que solicitan por dificultades médicas.
 - c) El Instituto también notificará a los Pacientes sobre los planes de pago que puedan estar disponibles para ellos, y cómo comunicarse con el personal apropiado dentro del Instituto para verificar la exactitud de la factura del Instituto o para disputar ciertos cargos.
- 7) Además, el Instituto también hará su diligencia debida por medio de sistemas de verificación financiera pública o privada para determinar si se puede identificar el estado de elegibilidad del Paciente para cobertura de seguro pública o privada. El Instituto intentará recolectar dicha información antes de la prestación de cualquier servicio de atención médica no emergente y no urgente.
- a) Dana-Farber Cancer Institute no tiene un Departamento de Emergencias ni la capacidad de tratar la mayoría de condiciones médicas de emergencia. Los Pacientes que se presentan al Instituto con una necesidad de atención médica de emergencia generalmente son orientados hacia el Departamento de Emergencias del Hospital de cuidados agudos más cercano, aunque congruente con la ley federal, el Instituto proporcionará la atención médica para las condiciones médicas de emergencia que sean necesarias según el Subcapítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (o cualquier norma sucesora). El Instituto retrasará cualquier intento de obtener esta información mientras un Paciente esté siendo tratado por una condición médica de emergencia o servicios de atención urgente necesarios. La determinación del tratamiento basado en las condiciones médicas la toma el médico evaluador u otro personal médico cualificado del Instituto, como se documenta en el expediente médico, de acuerdo con las siguientes definiciones:
 - i) La Atención de emergencia incluye los servicios médicamente necesarios dados después del inicio repentino de una condición médica, ya sea física o mental, manifestándose la misma a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo, dolor grave, que una persona no experta con criterio prudente consideraría razonablemente como una amenaza para la vida o que hay un alto riesgo de daño grave a la salud del individuo. Las condiciones médicas incluyen, entre otras, aquellas que puedan dar como resultado poner en riesgo la salud del Paciente, deficiencia grave en una función del organismo, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o el inicio del trabajo de parto en las mujeres. Una prueba médica de detección y tratamiento de las condiciones médicas de emergencia o cualquier otra atención médica que se preste hasta donde se exija según EMTALA (42 USC 1395 (dd)) califica como Atención de emergencia. De acuerdo con los requisitos federales, EMTALA se activa para cualquier persona que venga al Instituto pidiendo exámenes o tratamiento de un servicio de nivel de emergencia (condición médica de emergencia). Con más frecuencia, las personas sin

- cita se presentan en el departamento de emergencias. Sin embargo, las personas sin cita que solicitan servicios para una condición médica de emergencia, mientras se presentan en otra unidad, clínica u otra área auxiliar para pacientes hospitalizados también pueden estar sujetos a un prueba médica de detección de emergencia de acuerdo con EMTALA. Los exámenes y el tratamiento para condiciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio que se preste hasta donde se exige de acuerdo con EMTALA, se proporcionarán al Paciente y se calificarán como atención médica de emergencia.
- ii) Los Servicios de atención de urgencia incluyen los servicios médicamente necesarios proporcionados en un Hospital de cuidados intensivos o en un Centro médico comunitario después del inicio repentino de una condición médica, ya sea física o mental, manifestándose la misma por síntomas agudos de suficiente gravedad, (incluyendo dolor grave), que una persona no experta con criterio prudente consideraría que, en ausencia de atención médica en un plazo de 24 horas, se esperaría razonablemente que puede poner en peligro la salud del Paciente, provocar una deficiencia en la función del organismo o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los Servicios de atención urgente se proporcionan para condiciones médicas que no amenazan la vida y que no suponen un alto riesgo de daño grave para la salud de un individuo. Los Servicios de atención urgente no incluyen Atención primaria o electiva.
 - iii) La Atención de no emergencia, no urgente incluye todos los servicios que no califican como servicios de atención de emergencia o urgente según la evaluación del médico evaluador u otro personal médico cualificado del Instituto.
- b) El Instituto dará atención de Emergencia y de Urgencia independientemente de la identificación, cobertura de seguro o capacidad de pago de los servicios del Paciente, de acuerdo con los requisitos de la política de Dana-Farber Cancer Institute. En todas las actividades de atención del Paciente, el Instituto cumplirá las normas federales como el Título 42 Capítulo 7 USC 1395(dd) y la Ley de nivelación del presupuesto (Balanced Budget Act) de 1998 (Ley pública N.º 105-33).
 - c) El Instituto puede negarse a darle a un Paciente, Atención de no emergencia, no urgente en aquellos casos en los que el Instituto no tenga éxito para determinar que se pagarán sus servicios. Los servicios que se determinen como no médicamente necesarios pueden posponerse indefinidamente hasta que se hagan arreglos de pago aptos. Estos incluyen, entre otros: cirugía plástica y servicios no médicos, como servicios sociales, educativos y vocacionales.
- 8) Para la Atención de no emergencia y de no urgencia, la diligencia debida del Instituto para recolectar la información demográfica y del Paciente incluirá, entre otros, solicitar información del estado del seguro del Paciente, verificar cualquier base de datos de seguros pública o privada disponible, seguir los reglamentos de facturación y autorización y, según sea apropiado, apelar cualquier reclamo denegado cuando el servicio sea pagadero total o parcialmente por una compañía de seguros tercera conocida que pueda ser responsable de los costos de los recientes servicios de atención médica del Paciente. Los Pacientes de alto riesgo, como los Pacientes que pagan por su cuenta y las Pacientes con seguros fuera del estado, deben hablar con el Consejero financiero para discutir la cobertura u opciones de pago antes de que se presten los servicios de Atención de no emergencia, de no urgencia. Los Consejeros financieros también trabajarán con el Paciente para garantizar que la información relevante, como cambios en los ingresos familiares o estado del seguro (incluyendo cualquier demanda legal o reclamo de seguro que pueda cubrir el costo de los servicios proporcionados por el Instituto) se comunique a los programas públicos apropiados. Si el Paciente o garante/tutor no puede dar la información necesaria, y el Paciente da su consentimiento, el Instituto hará los esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, garante/tutor u otros terceros apropiados para obtener más información.
- 9) Los esfuerzos de diligencia debida del Instituto para investigar si un seguro tercero u otro recurso puede ser responsable del costo de los servicios prestados por el Instituto incluirán, entre otros, determinar de

acuerdo al Paciente, si hay una política aplicable para cubrir el costo de los reclamos, incluyendo: (1) póliza de responsabilidad de automóvil o propietario de la casa, (2) póliza de accidentes en general o protección por lesiones personales, (3) programas de compensación de los trabajadores, y (4) pólizas de seguro estudiantiles, entre otros. Si el Instituto puede identificar a un tercero responsable o ha recibido pago de un tercero u otro recurso (incluyendo de una aseguradora privada o de otro programa público), el Instituto reportará el pago al programa que corresponda y lo compensará, si corresponde según los requisitos de procesamiento de reclamos del programa, contra cualquier reclamo que pueda haber sido pagado por el tercero u otro recurso. Para los programas de asistencia pública del estado que realmente hayan pagado el costo de los servicios, el Instituto no tiene obligación de asegurar la asignación del derecho de un Paciente a la cobertura de servicios de un tercero. En esos casos, el Paciente debe estar enterado de que el programa del estado correspondiente puede intentar buscar la asignación de los costos de los servicios proporcionados al Paciente.

B. Prácticas de facturación y cobro del Instituto

El Instituto tiene un proceso uniforme y congruente para enviar y cobrar reclamos enviados a Pacientes, independientemente del estado de su seguro. Específicamente, si el Paciente tiene un saldo actual no pagado que está relacionado con los servicios proporcionados al Paciente y no están cubiertos por una opción de cobertura pública o privada, el Instituto seguirá los procedimientos de cobro/facturación razonables de abajo, que incluyen:

- 1) Una factura detallada inicial enviada al Paciente o a la parte responsable de las obligaciones financieras personales del Paciente; la factura inicial incluirá información de la disponibilidad de asistencia económica para cubrir el costo de la factura del Instituto;
- 2) Subsiguientes facturas, llamadas por teléfono, cartas de cobro, avisos de contacto personal, notificaciones en la computadora o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino para comunicarse con la parte responsable de la factura no pagada, que también incluirá información sobre cómo el Paciente puede comunicarse con el Instituto si necesita asistencia económica;
- 3) Si es posible, documentación de esfuerzos alternativos para localizar a la parte responsable de la obligación o la dirección correcta en las facturas que ha devuelto el servicio de correos, como “dirección incorrecta” o “no se pudo entregar”;
- 4) Entrega de un aviso final por medio de correo certificado para Pacientes no asegurados (aquellos que no están inscritos en un programa como Health Safety Net o MassHealth) que incurran en un saldo de cuenta incobrable mayor a \$1,000 solo en Servicios de nivel de emergencia, en los que los avisos no han sido devueltos como “dirección incorrecta” o “no se pudo entregar”, y notificaciones para los Pacientes sobre la disponibilidad de asistencia económica en la comunicación;
- 5) Documentación de acción de facturación o cobro continuo emprendida por 120 días desde la fecha del servicio que se conserva y está disponible para que el programa federal o estatal correspondiente verifique dichos esfuerzos;
- 6) Revisar el Sistema de verificación de elegibilidad de Massachusetts (Massachusetts Eligibility Verification System, EVS) para asegurarse de que el Paciente no sea un Paciente de bajos ingresos y que no haya enviado una solicitud de cobertura ya sea para MassHealth, el programa de pagos de asistencia de primas operado por Health Connector, el Programa Children’s Medical Security, Health Safety Net, o Dificultad médica (Medical Hardship), antes de enviar reclamos a la Oficina de Health Safety Net Office para obtener cobertura de cuentas incobrables; y
- 7) La política de descuentos de pagos por cuenta propia del Instituto se desarrolla para aquellos Pacientes que no están asegurados. Se aplicará un descuento de 25 % a todos los cargos de pagos por cuenta propia de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, con la excepción de Farmacia, Friends’ Place, Leonard P. Zakim Center for Integrative Therapies y Telegenetics

En el caso de todos aquellos Pacientes que estén inscritos en un programa de asistencia pública, el Instituto solo puede facturar a esos Pacientes por el copago específico, coaseguro o el deducible que se describe en las normas

estatales aplicables y que también se pueden indicar en el Sistema de información de administración de Medicaid (Medicaid Management Information System) del estado.

Los Pacientes que no califiquen para la inscripción en un programa de asistencia pública del estado de Massachusetts, como los residentes de otros estados, pero que de otra manera podrían cumplir las categorías generales de elegibilidad económica de un programa de asistencia pública del estado. El Instituto notificará al Paciente si esos otros recursos están disponibles según los ingresos del Paciente y otros criterios, como se describe en la política de Asistencia económica para pacientes del Instituto.

A los Pacientes elegibles para el programa PFA del DFCI (tanto Asistencia económica directa como asistencia bajo Health Safety Net) no se les cobrará más de las cantidades generalmente facturadas (AGB). DFCI determina las AGB anualmente usando el “método mirar el pasado”, descrito bajo el Artículo 1.501(r)- 5(b)(3) de la Norma de Hacienda (Treasury Regulation). Específicamente, el porcentaje de AGB anual del DFCI es igual a la suma de las cantidades pagadas por la cuota por servicio de Medicare, Medicaid y todas las aseguradoras médicas privadas sobre los reclamos dividida por la suma de todos los cargos brutos de dichos reclamos del año fiscal anterior. Según este cálculo, las AGB de DFCI siempre serán menores que la cantidad máxima de cobro permitida según la ley estatal y federal. El Departamento financiero del DFCI determinará el porcentaje de las AGB actual, y el DFCI empezará a aplicar el porcentaje de AGB actual en los siguientes 120 días del final de cada año fiscal. El porcentaje de AGB actual y una descripción escrita de cómo se calculó este porcentaje de AGB se puede obtener por escrito de forma gratuita llamando a Servicio al cliente al 866-408-4669, Opción 1: facturación o visitando www.dana-farber.org/PFA.

El Instituto, cuando lo solicite el Paciente y según una revisión interna del estado financiero de cada Paciente, también puede ofrecer al Paciente un descuento bajo su propia política interna de Asistencia económica para pacientes. Los descuentos se aplican de manera uniforme entre los Pacientes y se toma en consideración la situación financiera documentada del Paciente y la incapacidad del Paciente para hacer un pago. Todo descuento que el Instituto proporcione es congruente con los requisitos federales y estatales y no influye en que un Paciente reciba servicios del Instituto.

C. Población exenta de actividades de cobros

Las siguientes poblaciones de Pacientes están exentas de cualquier procedimiento de cobro o facturación según las normas y políticas del estado: Los Pacientes inscritos en un programa de seguro médico público, incluyendo, entre otros, MassHealth, Health Safety Net (incluyendo, parcial), Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC); Children’s Medical Security Plan (CMSP), si los ingresos de Ingresos brutos ajustados modificados (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) son iguales a o menores que 300 % de la FPL; Pacientes de bajos ingresos, según lo determine MassHealth y Health Safety Net, incluyendo aquellos con ingresos de Grupo familiar MAGI (MAGI Household) o Ingresos contables familiares de dificultades médicas (Medical Hardship Family Countable Income) entre 150.1 y 300 % de la FPL; y Dificultad médica (Medical Hardship), sujetos a estas excepciones:

- 1) El Instituto puede iniciar acción de cobro contra cualquier Paciente inscrito en los programas arriba mencionados por sus copagos y deducibles obligatorios establecidos para cada programa específico;
- 2) El Instituto también puede iniciar acciones de facturación o cobro para un paciente que dice participar en un programa de asistencia económica que cubre los costos de los servicios del Instituto, pero que no puede dar una prueba de su participación. Después de recibir una prueba satisfactoria de que un paciente participa en un programa de asistencia económica (incluyendo la recepción o la verificación de una solicitud firmada) el Instituto debe suspender las actividades de facturación y cobro;
- 3) El Instituto puede seguir con las actividades de cobro contra pacientes de bajos ingresos por los servicios prestados antes de la clasificación como *Paciente de bajos ingresos*, siempre y cuando el estado actual del paciente de bajos ingresos se haya terminado, vencido y no se haya identificado de otra forma en el sistema de verificación de elegibilidad o sistema de información de administración de Medicaid. Sin embargo, una vez que se determine que un paciente es elegible y está inscrito en

MassHealth, el programa de pago de asistencia de primas operado por Health Connector, el plan de seguridad médica para niños (Children's Medical Security Plan) o Medical Hardship, el Instituto cesará la actividad de cobro por servicios (con la excepción de cualquier copago y deducibles) proporcionados antes del comienzo de su elegibilidad.

- 4) El Instituto puede iniciar una acción de cobro contra cualquiera de los pacientes que participan en los programas mencionados por servicios no cubiertos de los que el paciente ha aceptado ser responsable, siempre que el Instituto haya obtenido el consentimiento previo por escrito del paciente para que se le facture por esos servicios. Sin embargo, incluso en estas circunstancias, el Instituto no puede facturar al paciente por reclamos relacionados con errores médicos o reclamos denegados por la aseguradora principal del paciente debido a un error administrativo o de facturación.
- 5) Si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta de asistencia económica según el programa de asistencia económica para pacientes del Instituto durante el período de solicitud, el Instituto suspenderá cualquier acción extraordinaria de cobro para obtener el pago de la atención. En tal caso, el Instituto no iniciará ni tomará ninguna medida adicional sobre cualquier acción extraordinaria de cobro iniciada previamente hasta que (i) el Instituto haya determinado si el paciente es elegible para recibir asistencia económica según la política de asistencia económica para pacientes o (ii) en el caso de una solicitud de asistencia económica incompleta, que el paciente no haya respondido a las solicitudes de más información o documentación dentro de un período razonable.
- 6) A petición del paciente, el Instituto puede facturar a un paciente de bajos ingresos para permitir que el paciente cumpla con el deducible único requerido de CommonHealth como se describe en 130-CMR 506.009.
- 7) El Instituto ayudará al paciente a recopilar toda la información de la solicitud y enviará las solicitudes de Dificultades Médicas a HSN para su revisión y aprobación. Los pacientes tienen la responsabilidad de recopilar y enviar documentación de todos los gastos médicos que califican. El Instituto debe enviar solicitudes a HSN dentro de los 5 días posteriores a la recepción de toda la documentación y verificación del paciente.

D. Acciones estándar de cobro

- 1) El Instituto no emprenderá "acciones extraordinarias de cobro", según se define en Treas. Reg. Art. 1.501(r)-6(b)(1) o cualquier disposición sucesora, hasta que el Instituto haya hecho esfuerzos razonables y haya hecho seguimiento con una revisión razonable de la situación económica del paciente y otra información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir la asistencia económica, que determina que un paciente tiene derecho a asistencia económica o exención de cualquier actividad de cobro o facturación según esta política de crédito y cobro. El Instituto conservará toda la documentación que se utilizó en esta determinación según la política de retención de registros aplicable del Instituto. El Director financiero del Instituto tomará la determinación final sobre si se han hecho esfuerzos razonables.
- 2) El Instituto aceptará y procesará una solicitud de asistencia económica según su política de asistencia económica para pacientes presentada por un paciente durante todo el "período de solicitud". El "período de solicitud" comienza en la fecha en la que se da la atención y finaliza el día 240 después de la fecha en la que se emite el primer estado de cuenta por la atención después del alta. Esto está sujeto al requisito adicional especial de que el período de solicitud no finaliza antes de 30 días después de que el Instituto haya proporcionado al paciente el aviso de 30 días que se describe abajo.
- 3) El Instituto se reserva el derecho de utilizar cualquiera de estas acciones extraordinarias de cobro:
 - a) Vender la deuda de un paciente a otra parte (excepto si se cumplen los requisitos especiales establecidos abajo);
 - b) Informar a agencias de informes crediticios u oficinas de crédito;
 - c) Aplazar, denegar o exigir un pago antes de prestar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por atención cubierta anteriormente según la política de asistencia económica para pacientes del Instituto (que se considera una acción de cobro extraordinaria por la atención prestada anteriormente)

- d) Acciones para las que se necesita un proceso legal o judicial, incluyendo:
 - i. colocación de un gravamen sobre la propiedad de un paciente;
 - ii. ejecución hipotecaria de bienes inmuebles;
 - iii. adjudicación o embargo de una cuenta bancaria o cualquier otra propiedad personal;
 - iv. principio de una acción civil contra un paciente;
 - v. causar el arresto de un paciente;
 - vi. causar que un paciente esté sujeto a una orden judicial de embargo; y
 - vii. embargar el salario de un paciente.
- 4) El hospital tratará la venta de la deuda de un paciente a otra parte como una acción extraordinaria de cobro, a menos que el hospital celebre un acuerdo vinculante por escrito con el comprador de la deuda en el que (i) el comprador tiene prohibido participar en cualquier acción de cobro para obtener el pago por la atención; (ii) el comprador tiene prohibido cobrar intereses sobre la deuda a una tasa más alta que la tasa de pago insuficiente del IRS aplicable; (iii) la deuda es reembolsable o recuperable por el hospital cuando se determina que el paciente es elegible para recibir asistencia económica; y (iv) si se determina que el paciente es elegible para recibir asistencia económica y el hospital no devuelve ni retira la deuda, el comprador debe cumplir los procedimientos que garantizan que el paciente no le pague al comprador más de lo que el paciente es responsable personalmente de pagar según la política de asistencia económica.
- 5) El Instituto se abstendrá de iniciar acciones extraordinarias de cobro contra un paciente por un período de al menos 120 días a partir de la fecha en la que el Instituto proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención; excepto que se aplican requisitos especiales para aplazar o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago, como se describe abajo.
- 6) Además de abstenerse de iniciar acciones extraordinarias de cobro durante el período de 120 días descrito arriba, el Instituto se abstendrá de iniciar acciones de cobranza extraordinarias durante un período de al menos 30 días después de haber notificado al paciente sobre su política de asistencia económica para pacientes, de la siguiente manera: el Instituto (i) da al paciente un aviso por escrito que indica que hay asistencia económica para pacientes elegibles, que identifica las acciones extraordinarias de cobro que el Instituto (u otra parte autorizada) tiene la intención de iniciar para obtener el pago por la atención, y que establece una fecha límite después de la que se pueden iniciar acciones extraordinarias de cobro, no antes de los 30 días después de la fecha en la que se proporciona el aviso por escrito; (ii) da al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia económica para pacientes; y (iii) hace un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente sobre la política de asistencia económica para pacientes y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud bajo la política de asistencia económica para pacientes; excepto los requisitos especiales que se aplican para aplazar o denegar la atención médicamente necesaria como se describe abajo.
- 7) El Instituto cumplirá estos requisitos especiales en caso de que difiera o niegue la atención debido a la falta de pago de la atención previa que era elegible para la asistencia económica. El Instituto puede dar un aviso con menos de 30 días de anticipación descrito arriba si le proporciona al paciente un formulario de solicitud de asistencia económica y un aviso por escrito que indique que hay asistencia económica disponible para pacientes elegibles. El aviso por escrito indicará una fecha límite después de la que el Instituto ya no aceptará ni procesará una solicitud de asistencia económica, que no será antes del final del período de solicitud o 30 días después de la fecha en la que se proporcionó por primera vez el aviso por escrito. Si el paciente presenta una solicitud antes de la fecha límite, el Instituto procesará la solicitud de manera acelerada.
- 8) Como se mencionó arriba, si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta bajo la política de asistencia económica para pacientes del Instituto durante el período de solicitud, el Instituto suspenderá toda acción extraordinaria de cobro para obtener el pago de la atención. El Instituto también tomará más medidas dependiendo de si la solicitud está completa o incompleta, como se describe abajo.
 - a) En el caso de que un paciente presente una solicitud completa de asistencia económica durante el período de solicitud, el Instituto tomará una determinación de elegibilidad. Si el Instituto determina que el paciente es elegible para recibir asistencia distinta a la atención gratis, el Instituto:

- i) dará al paciente un estado de cuenta que indique la cantidad a pagar por el paciente que se determina que es elegible para recibir asistencia económica y describe cómo obtener información de las cantidades generalmente facturadas por la atención;
 - ii) reembolsará cualquier cantidad que el paciente pagó por la atención que supere la cantidad determinada que el paciente es responsable de pagar; y
 - iii) tomará todas las medidas razonables para revertir cualquier acción extraordinaria de cobro tomada contra el paciente para obtener el pago de la atención.
 - b) En el caso de que un paciente presente una solicitud de asistencia económica incompleta durante el período de solicitud, el Instituto le dará al paciente un aviso por escrito que describa la información adicional o la documentación necesaria según la política de asistencia económica para pacientes, incluyendo la información de contacto.
- 9) El Instituto no embargará el salario de un paciente de bajos ingresos ni el de su garante y no ejecutará un gravamen sobre la residencia personal o el automóvil del paciente de bajos ingresos ni de su garante, a menos que: (1) el Instituto pueda demostrar que el paciente o su garante tiene la capacidad de pagar, (2) el paciente/garante no respondió a las solicitudes de información del Instituto o el paciente/garante se negó a colaborar con el Instituto para buscar un programa de asistencia económica disponible, y (3) para propósitos del gravamen, haya sido aprobado por la Junta de Fideicomisarios del Instituto según el caso de cada paciente.
- 10) El Instituto y sus agentes no continuarán los esfuerzos de cobro o facturación relacionados con un paciente que sea miembro de un procedimiento de quiebra, excepto para asegurar sus derechos como acreedor en el orden apropiado (el programa de asistencia pública aplicable que haya pagado por los servicios también puede tomar acciones similares). El Instituto y sus agentes tampoco cobrarán intereses sobre un saldo vencido de un paciente de bajos ingresos o de pacientes que cumplan los criterios de cobertura a través del propio programa interno de asistencia económica del Instituto.
- 11) El Instituto cumple los requisitos de facturación aplicables y sigue los requisitos estatales y federales correspondientes relacionados con la falta de pago de servicios específicos que fueron el resultado de un Evento Grave Reportable (Serious Reportable Event, SRE) o están directamente relacionados con él, la corrección del SRE, un complicación posterior derivada del SRE, o reingreso al mismo hospital por servicios asociados al SRE. Los SRE que no ocurren en el Instituto están excluidos de esta determinación de falta de pago siempre que el establecimiento de tratamiento y el establecimiento responsable del SRE no tengan una propiedad o una matriz corporativa en común. El Instituto tampoco busca el pago de un paciente de bajos ingresos a través del programa Health Safety Net cuyos reclamos fueron inicialmente denegados por un programa de seguros debido a un error administrativo de facturación por parte del Instituto.

E. Agencias externas de cobro

El Instituto puede contratar a una agencia de cobro externa para ayudar en el cobro de ciertas cuentas, incluyendo las cantidades que son responsabilidad del paciente no resueltas después de 120 días de acciones de cobro continuas. El Instituto también puede celebrar contratos vinculantes con agencias externas de cobro. Cualquier contrato que permita la venta de una deuda que no se trate como una acción extraordinaria de cobro cumplirá los requisitos descritos arriba. En todos los demás casos, si el Instituto vende o remite la deuda de un paciente a otra parte, el acuerdo con la otra parte asegurará que no se tomen medidas extraordinarias de cobro hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia económica, incluyendo:

- 1) Si un paciente presenta una solicitud antes de que finalice el período de solicitud, la parte suspenderá las acciones extraordinarias de cobro;
- 2) Si el paciente presenta una solicitud de asistencia económica antes del final del período de solicitud y se determina que es elegible para recibir la asistencia económica, la parte seguirá los procedimientos para garantizar que el paciente no le pague a dicha parte y al Instituto juntos más de lo que el paciente debe pagar según la política de asistencia económica para pacientes y revertir cualquier acción extraordinaria de cobro; y

- 3) Si la parte remite o vende la deuda a otra parte, la parte obtendrá un acuerdo por escrito que cumpla todos los requisitos anteriores. Todas las agencias externas de cobro contratadas por el Instituto darán al paciente la oportunidad de presentar una queja formal y remitirán al Instituto los resultados de dichas quejas del paciente. El Instituto necesita que cualquier agencia de cobro externa que utilice, opere según los requisitos federales y estatales de cobro justo de deudas.

F. Depósitos y planes de cuotas

El Instituto buscará un depósito de aquellos pacientes que no califiquen para la inscripción en un programa de asistencia pública del estado de Massachusetts, como los residentes de otros estados, pero que de otra manera podrían cumplir las categorías generales de elegibilidad económica de un programa de asistencia pública del estado.

El Instituto puede pedir un depósito basado en estos criterios internos:

- 1) Para los pacientes que no han recibido un trasplante de médula ósea, los pacientes internacionales que pagan por su cuenta deben hacer un depósito mínimo del 100 % de los cargos estimados para el plan de tratamiento inicial. Los pacientes domésticos que pagan por cuenta propia deben hacer un depósito mínimo del 25 % de los cargos estimados antes de la fecha del servicio.
- 2) Pacientes de trasplante de médula ósea que pagan por su cuenta deben hacer un depósito mínimo del 50 % de los cargos estimados del trasplante de médula ósea una vez que se inicie el proceso de trasplante. El paciente deberá pagar el saldo de los cargos estimados siete días antes de la fecha real del trasplante.
- 3) No se cobrarán depósitos a los pacientes que hayan solicitado asistencia económica pública de Massachusetts o asistencia económica mientras la solicitud esté pendiente de una decisión.
- 4) El Instituto buscará los depósitos especificados para aquellos pacientes que no califiquen para la inscripción en un programa de asistencia pública del estado de Massachusetts, como los residentes de otros estados.
- 5) El Instituto no pedirá depósitos de preadmisión o pretratamiento de personas que necesiten atención médica de emergencia.
- 6) El Instituto puede pedir un depósito a las personas determinadas como pacientes de bajos ingresos. Esos depósitos deben limitarse al 20 % de la cantidad deducible, hasta de \$500. Esto también es aplicable a los satélites del Instituto al cobrar la obligación del paciente por la cobertura parcial de Health Safety Net; incluyendo los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 101 CMR 613.08(1)(f)2.
- 7) El Instituto puede pedir un depósito a los pacientes elegibles por dificultades médicas. Los depósitos se limitarán al 20 % de la aportación por dificultades médicas hasta de \$1000. Todos los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago establecidas en 101 CMR 613.08(1)(f)3.
- 8) A una persona con un saldo de \$1000 o menos, después del depósito inicial, se le debe ofrecer al menos un plan de pago de un año sin intereses con un pago mensual mínimo de \$25. A un paciente que tiene un saldo de más de \$1000, después del depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago sin intereses de al menos dos años.

Nombre de la política:	Política de crédito y cobros, Política general de Dana-Farber Cancer Institute
Número de la política:	9.13
Depto./Título del contacto:	Finanzas, vicepresidente
Patrocinador:	Melissa Shore, V.P.
Expertos de contenido:	Directora sénior, Servicios Financieros para Pacientes
Aprobado por:	<p>Aprobado: Finanzas, 7/2014, 9/2016, 11/2016, 9/2020 Equipo de revisión de políticas 9/2016, 9/2020 Michael Reney 11/2016, 5/2017, 9/2020 Comité Ejecutivo de la Junta de Fideicomisarios 9/2016</p> <p>Revisado: Finanzas, 9/2016, 11/2016, 5/2017, 9/2020</p> <p>Revisado: Equipo de revisión de políticas, 7/2014, 9/2016,</p>

5. Glosario

Health Connector:

Commonwealth Health Insurance Connector Authority o Health Connector o Connector establecido según M.G.L. c. 176Q. § 2

Servicios de atención médica:

Servicios de nivel de instituto (prestados en un entorno de pacientes hospitalizados o ambulatorios) que se espera razonablemente que eviten, diagnostiquen, prevengan el empeoramiento, alivien, corrijan o curen condiciones potencialmente mortales, causen sufrimiento o dolor, deformidad física o mal funcionamiento, amenacen causar o agravar una discapacidad, o resulten en una enfermedad o dolencia.

Paciente de bajos ingresos:

Una persona que cumple los criterios según 101 CMR 613.04(1).

Residente de Massachusetts:

Una persona que vive en Massachusetts con la intención de permanecer permanentemente o por un período indefinido. Un residente no tiene obligación de mantener una dirección fija. La inscripción en una institución de educación superior de Massachusetts o el confinamiento en una institución médica de Massachusetts, que no sea un centro de enfermería, no es suficiente para establecer la residencia.

Grupo familiar MAGI de MassHealth:

Un grupo familiar como se define en 130 CMR 506.002: Composición del grupo familiar MAGI de MassHealth. Dificultad médica:

Un residente de Massachusetts de cualquier nivel de ingresos puede calificar por dificultad médica si los gastos médicos permitidos han agotado tanto los ingresos de su familia que no pueda pagar los servicios elegibles. Una determinación de dificultad médica es una determinación única y no una categoría de elegibilidad continua. Un solicitante puede presentar solo dos solicitudes de dificultad médica dentro de un período de doce meses. Un individuo que cumple los criterios según 101 CMR 613.05.

Los programas estatales de asistencia pública incluyen:

- A. Plan de seguridad médica para menores: seguro médico para residentes de Massachusetts menores de 19 años sin seguro y que no califican para MassHealth.
- B. Commonwealth Care: seguro médico para residentes de bajos ingresos de Massachusetts que no tienen seguro médico.
- C. Commonwealth Choice: programa de seguro médico para residentes adultos de Massachusetts sin seguro que no califican para MassHealth.
- D. Health Safety Net: programa para residentes de Massachusetts que no son elegibles para un seguro médico o no pueden pagar los servicios de atención médica.
- E. Asociación de seguros: proporciona seguro médico para empleados sin seguro y trabajadores autónomos.
- F. MassHealth: programa de seguro médico público para residentes de bajos ingresos de Massachusetts que cubre todos o una parte de los servicios de atención médica.
- G. Prescription Advantage: plan de seguros de medicamentos con receta para adultos mayores y residentes discapacitados para la cobertura primaria de medicamentos con receta.

Virtual Gateway:

portal de Internet diseñado por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts para proporcionar al público en general, los proveedores médicos y las organizaciones comunitarias una solicitud en línea para los programas del estado.

6. Archivos adjuntos y anexos [*Para obtener copias de los anexos mencionados en la lista de abajo, llame al Servicio al cliente al 866-408-4669; aviso de facturación n.º 1*].

- A. Muestra del aviso de asistencia en la factura
- B. Muestra del aviso de servicios y programas de asistencia elegibles en el reverso de la factura
- C. Muestra del aviso de asistencia en las acciones de cobro (facturas)
- D. Muestra del aviso de plan de pago para pacientes de bajos ingresos o con dificultades médicas
- E. Muestra de rótulos publicados actualmente
- F. Localización de los vehículos para mamografías ambulantes de Dana-Farber
- G. Lista de proveedores afiliados
- H. Política de asistencia económica al paciente