



## Política de servicios financieros para pacientes

---

### **POLÍTICA:** POLÍTICA DE ATENCIÓN GRATUITA

#### **PROPÓSITO:**

Es la política de la membresía de MaineHealth (MH) brindar asistencia financiera a los pacientes que califican a través de las pautas establecidas en este documento. Según la ley de Maine, ningún hospital negará los servicios a ningún residente de Maine debido a la incapacidad de la persona para pagar esos servicios. Se requiere que cada hospital adopte y adhiera a una política de atención gratuita que establezca una determinación de la incapacidad de pago, defina el servicio que debe prestarse como atención gratuita y tenga en cuenta otras fuentes de pago para la atención, conforme a las normas establecidas en Capítulo 150 de las normas vigentes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine, Oficina de Servicios de Atención a la Salud.

MaineHealth ha adoptado la siguiente política con respecto a Free Care para todos sus proveedores.

### **POLÍTICA:**

#### **I. DIRECTRICES DE INGRESOS**

**A. Definiciones.** Para los fines de este Capítulo, se aplicarán las siguientes definiciones:

- (1) **Familia.** Una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que residan juntas y entre las que se encuentran legalmente responsabilidades de apoyo; todas estas personas relacionadas son consideradas como una familia. (Si un hogar incluye más de una familia y/o más de un individuo no relacionado, las pautas de ingresos se aplican por separado a cada familia y/o individuo no relacionado, y no a la familia en su conjunto).
  - a) Bajo esta política, las parejas domésticas registradas son consideradas como unidad familiar.
- (2) **Unidad familiar de uno.** Junto con las pautas de ingresos, una unidad familiar de uno es un individuo no relacionado, es decir, una persona de 15 años o más que no vive con ningún familiar. Un individuo no relacionado puede ser el único ocupante de una unidad de vivienda, o puede ser residente en una unidad de

vivienda (o en cuartos de grupo como una pensión) en la cual también residen una o más personas que no están relacionadas con el individuo por vínculos de nacimiento, matrimonio o adopción.

(a) Según esta política, estudiantes que son adultos (18 años o más) se consideran un familia de uno, incluso si todavía viven con sus padres.

(3) **Ingresos.** Ingresos significa el total de todos los ingresos anuales en efectivo de toda fuente, antes de impuestos, excepto lo que está indicado en el subpárrafo (b) a continuación.

(a) Los ingresos incluyen:

(i) sueldos y salarios monetarios antes de cualquier deducción,

(ii) recibos netos del trabajo por cuenta propia agrícola o no agrícola (recibos del negocio propio de una persona o de un propietario o finca alquilada después de deducciones por negocio o gastos de finca);

(iii) pagos regulares de la seguridad social, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, compensación al trabajador, beneficios de la huelga de los fondos sindicales, beneficios de los veteranos;

(iv) asistencia pública, incluida la asistencia temporal para familias necesitados [TANF, por sus siglas en inglés], ingreso suplementario de seguridad [SSI, por sus siglas en inglés], y asistencia general monetaria [General Assistance, en inglés];

(v) estipendios de entrenamiento;

(vi) pensión alimenticia, manutención de menores y asignaciones familiares militares u otro apoyo regular de un familiar ausente o alguien que no vive en la casa;

(vii) pensiones privadas, pensiones de empleados del gobierno, y seguros regulares o pagos de anualidades;

(viii) dividendos, intereses, alquileres, regalías o recibos periódicos de fincas o fideicomisos; y

(ix) apuestas netas o ganancias de lotería.

(b) Los ingresos no incluyen lo siguiente:

(i) ganancias de capital;

- (ii) cualquier activo líquido, incluidos los retiros de un banco o el producto de la venta de bienes;
- (iii) devolución de impuestos;
- (iv) donaciones, préstamos y herencias de suma global;
- (v) pago único de seguro u otro pago único de indemnización por lesiones;
- (vi) beneficios no monetarios, como la parte del seguro de salud u otro beneficio adicional para empleados que paga un empleador o sindicato;
- (vii) el valor de los alimentos y combustibles producidos y consumidos en granjas y el valor imputado del alquiler de una granja o vivienda no agrícola ocupada por el propietario; y
- (viii) Programas federales de beneficios no monetarios, incluido Medicare, Medicaid, cupones de alimentos, almuerzos escolares y asistencia para vivienda.

**Nota:** Aunque los pagos únicos de aseguradoras se excluyen de los ingresos, una vez hechos estos pagos por la cobertura de servicios hospitalarios, estará limitada la disponibilidad de atención gratuita [Free Care] para facturas no cubiertas por dichos pagos. Ver subpárrafo IV (B) (1) (b).

(4) **Residente de Maine.** El término “residente de Maine” se refiere a un individuo que vive en el estado voluntariamente con la intención de establecer su hogar en Maine. Una persona que visita o está temporalmente en Maine no es residente. La prueba de residencia se solicitará como parte del proceso de solicitud.

**B. Incapacidad de pagar.** Una persona no puede pagar los servicios del hospital cuando el ingreso de su familia, según calculado por cualquiera de los siguientes métodos, no exceda el ingreso establecido en las pautas de subsección C, (si un método no es pertinente, otro debe aplicarse antes de que se haga una determinación de inelegibilidad):

(1) Multiplicando por cuatro el ingreso familiar de la persona por los tres meses anteriores la determinación de elegibilidad; o

(2) Usando el ingreso familiar real de la persona durante los 12 meses anteriores a la determinación de elegibilidad.

**C. Pautas de ingresos.** Bajo las regulaciones del estado de Maine, los hospitales están obligados a brindar atención gratuita para individuos que caen al 150% de las normas federales del nivel de pobreza (FPL). MaineHealth reconoce que existe una necesidad legítima de proporcionar información adicional de descuentos para personas cuyos ingresos anuales pueden exceder las normas federales de pobreza, pero que todavía

carecen de la capacidad de pagar por los servicios. Con ese fin, MaineHealth proporcionará descuentos adicionales de atención gratuita como se indica a continuación. Las siguientes pautas de ingreso serán utilizadas para determinar si una persona no puede pagar. Estas pautas de ingreso serán actualizadas cada año.

MaineHealth utilizará las normas federales de pobreza vigentes y publicadas en el Registro federal y proporcionará atención gratuita a las personas cuyos ingresos sean iguales o menores del 175 % de las normas federales de pobreza. Las pautas de membresía actual de MH Free Care se enumeran en el Anexo 1 de esta política. Lineamientos de ingreso de membresía de MH exceda el requisito del Departamento de Servicios Humanos de Maine.

## **II. SERVICIOS CUBIERTOS**

Los miembros de MaineHealth brindarán atención gratuita, de servicios que sean médicamente necesarios, para pacientes ingresados y ambulatorios. Únicamente la atención médica que sea necesaria está cubierta por Free Care [atención gratuita]. MaineHealth seguirá las siguientes pautas para determinar lo que se considera una necesidad médica: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Políticas locales de revisión médica o Determinaciones de cobertura nacional. La necesidad médica puede también ser determinada por el médico que realiza el cuidado o por el representante de la aseguradora no gubernamental. El programa Free Care puede cubrir los servicios preventivos necesarios en el ambiente ambulatorio.

### **Servicios Excluidos/Limitados:**

1. Cirugía estética, un procedimiento realizado con el único propósito de mejorar la apariencia del paciente (excepto la cirugía reconstructiva) no está cubierta por Free Care.
2. La cirugía bariátrica está cubierta por la atención gratuita solo si el médico proporciona una declaración de necesidad médica.
3. Cirugía dental, un procedimiento realizado con el único propósito de extirpar dientes infectados o impactados, está cubierto por Free Care solo si el médico proporciona una declaración por escrito de necesidad médica.
4. Los procedimientos relacionados con la infertilidad no están cubiertos por Free Care.
5. Los procedimientos relacionados con la esterilización están cubiertos por Free Care solo si el médico proporciona una declaración escrita de necesidad médica.

## **III. AVISO DE DISPONIBILIDAD DE ATENCIÓN GRATUITA [FREE CARE, en inglés]**

**A. Aviso publicado.** Los hospitales y las prácticas médicas de MaineHealth publicarán avisos de la disponibilidad de Free Care en lugares dentro de las instalaciones en las que los miembros del público, por lo general, tienen citas en el hospital o se presentan para recibir o solicitar servicios hospitalarios. Esto incluye áreas de admisión, salas de espera, oficinas comerciales y áreas de recepción ambulatoria.

**B. Aviso individual.** Con respecto a los servicios de hospitalización, los hospitales de MaineHealth y los consultorios médicos deben proporcionar un aviso por escrito de la disponibilidad de Free Care antes de que se le dé el alta del hospital. Con respecto a los servicios ambulatorios, cada hospital deberá: acompañar la factura del paciente con una copia del aviso de la disponibilidad de Free Care o proporcionar una copia del aviso al momento en que se dispone el servicio médico.

**C. Contenido del aviso.** Los avisos—el que se publica y el individual—se encuentran en el Anexo 2 de esta política.

**D. Comunicación del contenido.** Si se cree razonablemente que el paciente no puede leer, los hospitales y las prácticas médicas deben hacer esfuerzos razonables para comunicar el contenido de la notificación de otra forma.

#### **IV. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

##### **A. Solicitud**

(1) MaineHealth proporcionará una oportunidad para cada persona que solicita Free Care para hacer la solicitud en los formularios proporcionados por los hospitales de MaineHealth.

(2) MMC en nombre de MaineHealth requerirá que el solicitante proporcione cualquier información que sea razonablemente necesaria para comprobar sus ingresos o si es que la persona no está cubierta por un seguro o elegible para cobertura por programas estatales o federales de asistencia médica cuando procesamos las aprobaciones.

a. Vea el Anexo 3 para una lista de la documentación requerida

(3) Las solicitudes de Free Care serán procesadas por asesores financieros o el personal de Contabilidad del paciente identificado en el hospital miembro o por la Oficina de administración consolidada [CBO, por sus siglas en inglés] si el hospital miembro se ha integrado en el sistema EHR.

##### **B. Determinación**

(1) Al recibir una solicitud, CBO determinará que la persona que solicita atención gratuita califica para dicha atención si:

(a) la persona cumple con los requisitos de ingresos especificados en la Sección I;

(b) la persona no está cubierta por ningún seguro ni es elegible para la cobertura por programas estatales o federales de asistencia médica; y,

(c) los servicios recibidos fueron médicamente necesarios.

- (2) Si CBO determina que la persona que solicita Free Care cumple con las pautas de ingresos pero está cubierta por un seguro o por programas estatales o federales de asistencia médica, determinará que cualquier monto restante después del pago por parte de la aseguradora o el programa de asistencia médica será considerado atención gratuita.
- (3) MaineHealth permitirá que la determinación de la calificación para los servicios de atención gratuita para pacientes ambulatorios permanezca válida por hasta seis meses para la atención de emergencia o servicios médicamente necesarios con posterioridad a la fecha de la determinación. Esto incluirá todas las cuentas pendientes, incluidas aquellas en agencias de deudas incobrables, a menos que se haya aplicado un pago en la cuenta. Un cambio en la situación financiera o la adición de la elegibilidad del tercero pagador puede alterar el período de aprobación y requerir una revisión adicional.

Se realizará una determinación de calificación con cada admisión al hospital para los servicios de Free Care para los pacientes hospitalizados.

### **C. Aplazamiento de la determinación**

- (1) Bajo las condiciones especificadas en los párrafos (2) y (3) a continuación, la determinación de los requisitos para Free Care puede diferirse hasta 60 días, con el fin de requerir que el solicitante obtenga la evidencia actual de inelegibilidad para programas de asistencia médica o para verificar que los servicios en cuestión no estén cubiertos por el seguro.
- (2) Si un solicitante de Free Care que cumple con las pautas de ingresos en la sección I y que no está cubierto por ningún programa estatal o federal de asistencia médica cumple con alguno de los siguientes criterios, la calificación para Free Care será diferida:
  - (a) 65 años de edad o más;
  - (b) ciego;
  - (c) discapacitado;
  - (d) un individuo es un miembro de una familia en la que un niño está privado de la manutención o el cuidado de los padres debido a una de las siguientes causas, y el ingreso del individuo es menor que las pautas en la sección I:
    - (i) la muerte de un padre;
    - (ii) ausencia continua de los padres en el hogar debido a encarcelamiento en una institución penal, internación en una institución médica general,

crónica o especializada, deportación a un país extranjero, divorcio, deserción o separación mutua de los padres, o paternidad soltera;

(iii) discapacidad de un padre; o

(iv) desempleo de un padre que es el asalariado principal.

- (3) Si una persona no cumple con alguno de los criterios especificados anteriormente en (2), pero el hospital no puede determinar la cobertura de la persona y tiene una base razonable para creer que la persona puede estar cubierta por un seguro o ser elegible para los programas de asistencia médica federales o estatales, se puede aplazar la determinación con respecto a Free Care.

#### **D. Contenido de la determinación favorable.**

Una determinación de que un solicitante califica para Free Care debe indicar:

- (1) Que los hospitales de MaineHealth brindarán atención sin costo o con cargo reducido;
- (2) La fecha en que se solicitaron los servicios;
- (3) La fecha en que se hizo la determinación; y
- (4) La fecha en que los servicios fueron o serán proporcionados por primera vez al solicitante.
- (5) Todos los saldos anteriores pendientes en los hospitales de MaineHealth serán exonerados después de la aprobación de la asistencia financiera.
- (6) Los servicios ambulatorios se cubrirán durante un período de seis meses a partir de la fecha de aprobación.
- (7) Los pacientes que reciban servicios mientras estén internados deberán volver a solicitar Free Care si su aprobación previa fue más de 30 días antes de su admisión actual al hospital. Si un paciente ingresa como paciente dentro de los 30 días posteriores a la aprobación de Free Care para pacientes ambulatorios, se le pedirá que firme un formulario de certificación que confirme que su ingreso no ha cambiado desde su solicitud anterior.
- (8) Los pacientes que reciban servicios ambulatorios y que hayan sido considerados parcialmente elegibles según la política de Free Care o a los que se les haya denegado el Free Care, pueden solicitar volver a ser evaluados si han tenido un cambio de ingreso durante su período de cobertura de seis meses. A dichos pacientes se les solicitará que vuelvan a solicitar el programa con información de ingresos actualizada.

## **E. Razones para la denegación**

MaineHealth CBO proporcionará a cada solicitante que solicite Free Care y se le niegue, en su totalidad o en parte, una declaración escrita y fechada de los motivos de la denegación cuando se realice la denegación. Cuando el motivo de la denegación sea el hecho de no haber proporcionado la información requerida durante el período de aplazamiento según la subsección IV (C), se informará al solicitante de que puede volver a solicitar Free Care si puede proporcionar la información requerida. Además, la notificación debe indicar que el paciente tiene derecho a una audiencia; cómo obtener una audiencia; y el nombre y número de teléfono de la persona con quien se debe contactar, en caso de que el proveedor / paciente tenga preguntas con respecto al aviso.

## **F. Razones para el aplazamiento**

- (1) Cuando se aplaza una solicitud de Free Care conforme al párrafo IV (C) (2), se notificará al solicitante de la siguiente manera:

Aún no se ha hecho una determinación de Free Care. Hay razones para creer que usted [el solicitante] puede ser elegible para la cobertura de los programas de asistencia médica estatales o federales. Si puede demostrar que no es elegible para la cobertura de estos programas dentro de los 60 días a partir de la fecha de este aviso, obtenga una carta u otra declaración de \_\_\_\_\_ [ingrese el nombre de la agencia estatal o federal a la que se refirió el solicitante], entonces se considerará calificado para Free Care. Incluso si usted es elegible para la cobertura, Free Care estará disponible para cualquier parte de las facturas que los programas de asistencia médica (o cualquier seguro que tenga) no pagarán.

- (2) Cuando una solicitud se difiera según el párrafo IV (C) (3), se notificará al solicitante el motivo del aplazamiento, incluida la base para la creencia del hospital de que puede existir cobertura o elegibilidad y la evidencia que debe ser proporcionada para completar la determinación. La notificación deberá ser sustancialmente en la forma especificada anteriormente en el párrafo (1) e incluirá la última oración de esa forma.

## **V. FACTURACIÓN**

A. Si se ha determinado que una persona es elegible para recibir atención médica gratuita al 100 % según IV (B) (1), no se le facturará a la persona por los servicios prestados.

B. Si se ha determinado que una persona es elegible para recibir atención médica gratuita al 100 % según IV (B) (2), no se le facturará a la persona por ninguna cantidad que no haya sido pagada por una aseguradora o un programa de asistencia médica.



C. Si se le aprueba la asistencia financiera según nuestra política y su aprobación no cubre el 100% de nuestros cargos por el servicio, no se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que la cantidad generalmente facturada (AGB) para pacientes que tienen seguro. MaineHealth ha optado por utilizar el método Look Back para calcular el AGB para pacientes que solicitan asistencia financiera. Puede encontrar más información relacionada con AGB visitando la sección de facturación de nuestro sitio web. La información de AGB se puede encontrar en la sección Políticas, Política de facturación y cobro. También puede solicitar una copia gratuita de esta política llamando a Servicios financieros para pacientes al 207-887-5100, o al número gratuito (866) 804-2499.

D. Si la solicitud de atención gratuita de un individuo se ha diferido según la subsección IV (C), se le puede facturar a la persona por los servicios durante el período de diferimiento.

E. Si se ha determinado que una persona es elegible para recibir atención gratuita en virtud de la subsección IV (B) o si la determinación que cubre la atención gratuita se ha diferido en virtud de la subsección IV (C), no se facturará a ninguna municipalidad en virtud del programa de asistencia general para la atención hospitalaria proporcionada a ese individuo.

## **VI. REPORTE Y CONSERVACIÓN DE REGISTROS**

A. MMC, en nombre de MaineHealth, deberá mantener registros de la cantidad de Free Care provista de acuerdo con las pautas mínimas establecidas en esta Política y la cantidad de personas a las que se les proporcionó. Si un hospital brinda atención gratuita que no es requerida por esta Política, el hospital mantendrá registros separados de la cantidad de dicha atención brindada y la cantidad de personas a quienes se les brindó.

B. Cada hospital informará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine (DHHS, por sus siglas en inglés) como parte de su presentación de información para los fines de la reconciliación final, un resumen de la cantidad de Free Care que se proporcionó en el pago correspondiente; la cantidad de Free Care que no se requirió pero que se proporcionó en ese año; y la cantidad de personas a las que se proporcionó cada tipo de Free Care (requerida y no requerida).

## **VII. PRESENTACIÓN; APLICABILIDAD**

A. Se requiere que MaineHealth Hospitals presente y mantenga con el DSSH una copia actual de su política de Free Care y una copia actual de su aviso publicado de Free Care.

## **VIII. AVISO DE OPORTUNIDAD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

A. De acuerdo con 22 M.R.S.A. §1716, DSSH debe otorgar la oportunidad de una audiencia imparcial con respecto a la elegibilidad para el Free Care a:

(1) Cualquier solicitante que lo solicite porque su reclamo de Free Care ha sido denegado o no se ha resuelto con una prontitud razonable, o

(2) Cualquier destinatario de atención que lo solicite porque cree que el hospital ha tomado una acción por error.

## **B. Procedimiento para solicitar una audiencia administrativa**

Un solicitante de atención gratuita puede solicitar una audiencia administrativa si se ve agravado por la acción que niega la solicitud de atención gratuita. El Departamento puede responder a una serie de solicitudes individuales de audiencia mediante la realización de una audiencia de grupo único. El solicitante debe seguir los procedimientos descritos en esta Sección cuando solicite una audiencia administrativa del DSSH.

(1) Una audiencia administrativa puede ser solicitada por un solicitante o su representante.

(2) A menos que se especifique lo contrario en estas reglas, las audiencias administrativas deben solicitarse dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de la notificación por escrito al solicitante de la acción que el solicitante desea apelar.

(3) La solicitud debe ser hecha por el solicitante o su representante, por escrito o verbalmente, para una Audiencia a la Unidad de Audiencias Administrativas, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011. Para los fines de determinar cuándo se solicitó una audiencia, la fecha de la solicitud de audiencia justa será la fecha en que se realiza la solicitud de audiencia se considera la fecha de solicitud de la audiencia. La Unidad de audiencias administrativas también puede solicitar que se realice un seguimiento por escrito de una solicitud verbal para una audiencia administrativa, pero no puede demorar ni denegar una solicitud sobre la base de que no se haya recibido un seguimiento por escrito.

(4) La audiencia se llevará a cabo de conformidad con la Ley de Procedimiento Administrativo de Maine, 5 M.R.S.A. §8001 et seq. y el Manual de Audiencias Administrativas del Departamento.

(5) La audiencia se llevará a cabo en una fecha, hora y lugar convenientes para el hospital y el reclamante, y se le dará un aviso previo de al menos veinte (20) días. Al programar una audiencia, puede haber casos en que el oficial de audiencias programe la ubicación de la audiencia cerca del reclamante o por teléfono o por el Sistema de Televisión Interactivo.

(6) El Departamento, el hospital y el solicitante pueden estar representados por un asesor legal y pueden hacer que aparezcan testigos.

(7) Cuando el oficial de audiencias, el hospital o el solicitante solicite una evaluación médica por parte de una autoridad médica distinta de la involucrada en la decisión en cuestión y el funcionario de audiencias lo considere necesario, se obtendrá a cargo del

Departamento y remitido al solicitante o al representante del solicitante, al hospital o su representante, y al oficial de audiencia que permite a todas las partes hacer comentarios.

(8) Cuando el solicitante o el hospital o un miembro del personal del Departamento solicitan una demora, el funcionario de audiencias puede reprogramar la audiencia, después de notificar a todas las partes.

(9) Las decisiones, emitidas por la autoridad de la audiencia, en nombre de DSSH, serán vinculantes para el Departamento, a menos que el Comisionado ordene al oficial de audiencias que tome una decisión propuesta reservando la autorización de toma de decisiones final para él o ella.

(10) Cualquier persona que no esté satisfecha con la decisión de la autoridad de la audiencia tiene derecho a una revisión judicial conforme a las Reglas de Procedimiento Civil de Maine, Regla 80C.

### **C. Desestimación de solicitudes de audiencia administrativa**

Si existe alguna de las siguientes circunstancias, la Oficina de Audiencias Administrativas puede desestimar la solicitud de una audiencia administrativa.

(1) El reclamante retira la solicitud de audiencia.

(a) El demandante, sin una buena causa, abandona la audiencia por no presentarse.

(b) El único problema que se apela es una ley federal o estatal que requiere un cambio automático que afecta negativamente a algunos o todos los solicitantes de atención gratuita.

(2) Cuando la solicitud de una audiencia administrativa del solicitante sea denegada, la Oficina de Audiencias Administrativas notificará a la persona de su derecho a apelar esa decisión ante el Tribunal Superior.

### **D. Acción correctiva**

El hospital debe tomar medidas correctivas de inmediato cuando sea apropiado, retroactivo a la fecha en que el hospital tomó una acción incorrecta si:

(1) La decisión de la audiencia es favorable al solicitante; o

(2) DSSH decide a favor del solicitante antes de la audiencia.

## IX. INDIGENCIA MÉDICA Y ELEGIBILIDAD PRESUNTA

MaineHealth reconoce que pueden haber casos en los que un paciente no reúna los requisitos para Free Care de acuerdo con esta política y, sin embargo, aún no pueda pagar los servicios prestados. Con ese fin, MaineHealth ha creado dos categorías adicionales de ajuste, elegibilidad presuntiva e indigencia médica.

### A. Indigencia médica

Hay tres categorías básicas de pacientes médicamente indigentes considerados en esta Política. La primera categoría incluye a aquellos pacientes que califican para Free Care según sus ingresos, pero que de otro modo no cumplen con los requisitos del Capítulo 150. Algunos ejemplos de esta categoría incluyen:

- El paciente no es residente de Maine o New Hampshire
- El paciente está sin hogar
- El paciente estaba en un grupo con cobertura pero no proporcionó un aviso de denegación del DSSH
- Los servicios no eran médicamente necesarios, pero el proveedor los consideró médicamente apropiados.

La segunda categoría incluye a aquellos pacientes que no cumplen con las pautas de Free Care según sus ingresos brutos, pero su ingreso neto no les permite cumplir con sus obligaciones de pago por sus facturas médicas.

Las dos categorías de pacientes anteriores serán aprobadas para su ajuste por parte del personal de supervisión o de administración en el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente o el personal designado de la CBO que corresponda, previa recomendación del personal de cobro o de servicio al cliente. Se requiere completar un cuestionario financiero acompañado de información de ingresos y gastos para validar la necesidad de un ajuste en esta sección. Se puede aplicar una prueba de activos si MaineHealth lo considera apropiado.

Una tercera categoría de pacientes médicamente indigentes, aquellos clasificados como Pacientes con Cáncer que Viven Fuera del Estado [Out of State Cancer patients], puede ser aprobada para Free Care caso por caso según la política mencionada anteriormente. MaineHealth considerará Free Care para los pacientes que viven fuera del estado y participan en el programa de Atención del Cáncer [Cancer Care program] y que requieren los medicamentos necesarios para el tratamiento del cáncer. Esta aprobación de Free Care se ingresará en el sistema EHR con fecha de vigencia y de vencimiento para garantizar que los pacientes que califican para Free Care también reciban los medicamentos requeridos sin costo alguno.

## **B. Elegibilidad presunta**

La presunta elegibilidad está dirigida a aquellos pacientes que nunca completaron una solicitud de Free Care, pero para quienes el departamento de Cuentas de pacientes tiene información suficiente para determinar que el paciente calificaría para Free Care si se presentara una solicitud. Los ejemplos incluyen los siguientes:

- Al utilizar el software Healthcare Income Predictor 2.0, determine la elegibilidad para recibir asistencia financiera según el puntaje de ingreso devuelto.
- El paciente no tiene hogar y no ha completado una solicitud.
- El paciente está cubierto por un plan de Medicaid fuera del estado con el que el proveedor no está acreditado, y el saldo del paciente no justifica la finalización de los trámites onerosos asociados con la acreditación
- El paciente está encarcelado y no tiene bienes.

De acuerdo con la sección sobre indigencia médica, los pacientes presuntos elegibles serán aprobados para su ajuste por el personal de supervisión o de administración en el Departamento de Cuentas de Pacientes.

## **X: Asistencia para programas estatales y federales**

MaineHealth ha desarrollado un programa para ayudar a sus pacientes de auto-pago a solicitar programas estatales o federales que pueden ayudar a cubrir el costo de los servicios hospitalarios o médicos. Este programa incluye una visita a todos los pacientes internados que pagan por cuenta propia y a los pacientes ambulatorios seleccionados según las recomendaciones de MaineHealth para determinar su elegibilidad para los programas estatales y/o federales. MaineHealth puede ayudar a bebés recién nacidos en el proceso de solicitud y calificación al programa de MaineCare (Medicaid) del Estado de Maine.

Los pacientes que han sido hospitalizados en MaineHealth y solicitan Free Care serán referidos al DSSH para una determinación de elegibilidad para MaineCare (Medicaid). Si se determina que un paciente no calificará para recibir asistencia estatal o federal, esa determinación se aceptará como una denegación del DSSH y MaineHealth procesará la solicitud de Free Care.

## **XI: PLANES DE MARKETPLACE**

Con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio [Affordable Care Act en inglés] viene un requisito que nuestros pacientes tengan cobertura de atención médica ya sea a través de un plan patrocinado por el empleador, un plan de compra privado o mediante la aplicación a través de Marketplace. MaineHealth tiene recursos disponibles para ayudar a nuestros pacientes a través del proceso de solicitud de planes del Marketplace. Los pacientes pueden

visitar a nuestros asesores financieros en el campus de Bramhall para obtener ayuda o comunicarse con nuestro equipo de CarePartners al 877-626-1684 para obtener ayuda.

Los pacientes que solicitan Free Care y han sido pacientes hospitalizados en Maine Medical Center serán referidos al DSSH para una determinación de elegibilidad para MaineCare (Medicaid). Si el paciente puede proporcionar una copia de la Notificación de Elegibilidad del Mercado de Seguros de Salud que demuestre que no será elegible para MaineCare, aceptaremos esto como una denegación del DSSH y el personal de Maine Medical Center procesará la solicitud de Free Care.

## **XII: INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Una persona puede solicitar Free Care en la oficina de Asesoría Financiera de MaineHealth al 662-1949 o al número gratuito (800) 619-9715, o al comunicarse con la oficina de Servicios financieros para pacientes al 887-5100 o al número gratuito (866) 804-2499. La aplicación para Free Care y esta política también se pueden encontrar en nuestro sitio web en la sección de facturación.

Para obtener recursos financieros alternativos, los pacientes pueden comunicarse con CarePartners. CarePartners coordina la provisión de servicios de salud donados para residentes de bajos ingresos y sin seguro en cuatro condados de Maine (Cumberland, Lincoln, Waldo y Kennebec). El programa, una asociación entre MaineHealth, médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, ayuda a los miembros de la comunidad que de otra manera no califican para los programas de cobertura de atención médica públicos o privados a obtener atención médica integral y médicamente necesaria. Para obtener más información sobre CarePartners, llame gratis al 877-626-1684.

## **XIII: SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS POR ASISTENCIA FINANCIERA**

Todos los servicios médicos proporcionados por los médicos de MaineHealth o los grupos de médicos de Maine Medical Partners estarán cubiertos por el programa de asistencia financiera.

Algunos proveedores de servicios no están afiliados a MaineHealth y es posible que no acepten nuestra determinación de asistencia financiera. Esos proveedores podrían incluir los siguientes: Spectrum Medical Group (anestesia, patología y radiología), médicos de InterMed y otras prácticas o grupos de médicos privados.

REVISIÓN: Comité de Política Institucional: \_\_\_\_\_

**Director patrocinador:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Director principal, CBO*

**Aprobación de VP/AVP:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Vicepresidente de ciclo de ingresos*

Anexo 1

<b>Pautas de atención gratuita de MaineHealth 2018</b>		
	<b>Requisito del Capítulo 150 del DSSH de Maine</b>	
<b>Número de miembros de la familia</b>	<b>150 % de FPL</b>	<b>175 % de FPL</b>
<b>1</b>	\$18,210	\$21,245
<b>2</b>	\$24,690	\$28,805
<b>3</b>	\$31,170	\$36,365
<b>4</b>	\$37,650	\$43,925
<b>5</b>	\$44,130	\$51,485
<b>6</b>	\$50,610	\$59,045

<b>Pautas de atención gratuita de MaineHealth 2018</b>		
<b>7</b>	\$57,090	\$66,605
<b>8</b>	\$63,570	\$74,165
<b>Por cada persona adicional, agregue</b>	\$6,480	\$7,560
<b>Descuento aplicado:</b>	100%	100%

Anexo 2

**AVISO  
ATENCIÓN MÉDICA PARA AQUELLOS QUE NO PUEDEN PAGAR**

La ley de Maine exige que se brinde atención médica gratuita a las personas de Maine con ingresos inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza [FPL, por sus siglas en inglés]. Sin embargo, MaineHealth brinda atención gratuita a las personas de Maine al 175 % del nivel de pobreza.

<b>Pautas de atención gratuita de MaineHealth 2018</b>		
	<b>Requisito del Capítulo 150 del DSSH de Maine</b>	



<b>Pautas de atención gratuita de MaineHealth 2018</b>		
<b>Número de miembros de la familia</b>	<b>150 % de FPL</b>	<b>175 % de FPL</b>
1	\$18,210	\$21,245
2	\$24,690	\$28,805
3	\$31,170	\$36,365
4	\$37,650	\$43,925
5	\$44,130	\$51,485
6	\$50,610	\$59,045
7	\$57,090	\$66,605
8	\$63,570	\$74,165
Por cada persona adicional, agregue	\$6,480	\$7,560
<b>Descuento aplicado:</b>	100%	100%

Se le preguntará si tiene algún tipo de seguro para ayudar a pagar su atención. También se le puede pedir que demuestre que un seguro o un programa gubernamental no pagará por su atención.

**Los cargos no superarán los montos generalmente facturados a Medicare**

Si se le aprueba la asistencia financiera según nuestra política y su aprobación no cubre el 100% de nuestros cargos por el servicio, no se le facturará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, que la cantidad que generalmente se factura a los pacientes que tienen seguro.

Sólo la atención médicamente necesaria se brinda como atención gratuita.

Si no califica para recibir atención médica gratuita, puede solicitar una audiencia imparcial. Le diremos cómo solicitar una audiencia imparcial.