



<b>Título: Facturación y Cobro de los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health</b>	
<b>Política/Procedimiento #: 16-009</b>	<b>Fecha de Publicación: 06/11/2025</b>
Fecha Efectiva Inicial: 27/9/2012	Fecha de Última Revisión: 06/11/2025
Autor: Vicepresidente(a) Adjunto(a) de Servicios Financieros para Pacientes	
Patrocinador Ejecutivo: Vicepresidente Ejecutivo y Director Financiero	Aprobador Final: Vicepresidente Ejecutivo y Director Financiero
Sustituye a: 16-009	Fecha de: 21/06/2023

**APLICABILIDAD**

Northern Light Health adopta lo siguiente (y cualquier Anexo) para todas sus Organizaciones Miembro, incluyendo específicamente, pero sin limitarse a, las que se enumeran a continuación:

Northern Light Health adopta lo siguiente (y cualquier Anexo) para las Organizaciones Miembro seleccionadas a continuación:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Acadia Healthcare            | <input type="checkbox"/> Northern Light Home Care & Hospice                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Acadia Hospital              | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Maine Coast Hospital        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light AR Gould Hospital            | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Mayo Hospital               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Blue Hill Hospital           | <input type="checkbox"/> Northern Light Medical Transport                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light CA Dean Hospital             | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Mercy Hospital              |
| <input type="checkbox"/> Northern Light Continuing Care, Lakewood               | <input type="checkbox"/> Northern Light Pharmacy                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Eastern Maine Medical Center | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Sebasticook Valley Hospital |
| <input type="checkbox"/> Northern Light Health Foundation                       | <input type="checkbox"/> Work Health   |
| <input type="checkbox"/> Northern Light Health Home Office                      | <input type="checkbox"/> Otra (enumerar): _____                                |

**ALCANCE**

Esta política se aplica a todos los miembros del personal del Ciclo de Ingresos.

**POLÍTICAS/PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS**

[Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health](#)

## DEFINICIONES

**Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés):** La cantidad generalmente facturada por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a individuos que tienen seguro que cubre dicha atención. Northern Light Health calcula el AGB anualmente para cada uno de los hospitales de sus Organizaciones Miembro. Northern Light Health utiliza el “método retrospectivo” para calcular el AGB. Bajo este método, Northern Light Health toma los pagos totales que el hospital de la Organización Miembro recibió de todos los planes comerciales y Medicare durante el año fiscal anterior del hospital de la Organización Miembro y luego divide este número entre los cargos totales del hospital de la Organización Miembro a estos planes comerciales y Medicare durante ese año anterior. Para solicitar una descripción escrita gratuita de cómo Northern Light Health calcula el AGB o para conocer el AGB actual de un hospital en particular de una Organización Miembro de Northern Light Health, por favor visite el sitio web en: <https://northernlighthealth.org/billing-help>.

**Período de Solicitud:** El período durante el cual un hospital de una Organización Miembro de Northern Light Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera según la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés). El Período de Solicitud comienza en la fecha en que el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health brinda la atención a un individuo y termina no antes del día 240 después de la fecha en que se entrega el estado de cuenta de facturación posterior al alta por la atención, o cualquiera de los siguientes casos:

- En el caso de un individuo que el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health determinó presuntivamente que es elegible para menos de la asistencia más generosa disponible, según lo descrito en la Sección VIII(A)(1)(a), el final del período de tiempo razonable para que el individuo proporcione más información para obtener asistencia más generosa; o
- En el caso de un individuo al que el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health haya notificado sobre un ECA planificado según se describe en la Sección VIII(A)(1)(b)(i) de esta Política, la fecha límite especificada en la notificación por escrito al individuo.

**Saldos a Favor (Credit Balances):** Un monto negativo en las cuentas por cobrar que tiene el potencial de ser un sobrepago (resultando en un reembolso o transferencia de saldo abierto del paciente) o un saldo sobreajustado (resultando en la reversión de un código de ajuste).

### **Atención de Emergencia:**

- Un individuo se presenta en el Departamento de Emergencias y se solicita un examen o tratamiento para cualquier condición médica; o
- El paciente recibe atención en un departamento o práctica que se ofrece al público (por nombre, señales visibles, publicidad u otros medios) como un lugar que proporciona atención para condiciones médicas de emergencia de manera urgente, sin requerir una cita previamente programada (por ejemplo, un centro de atención urgente, sala de Parto y Labor fuera del campus, etc.).

**Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs, por sus siglas en inglés):** Las siguientes acciones tomadas contra un individuo, o contra cualquier otro individuo que haya aceptado o se le requiera aceptar la responsabilidad de la factura hospitalaria de la Organización Miembro por la atención, relacionadas con la obtención del pago de una factura por atención cubierta bajo la

FAP: (i) vender la deuda de un individuo a otra parte; (ii) reportar información adversa sobre el individuo a agencias de reporte de crédito o burós de crédito; y (iii) acciones que requieran un proceso legal o judicial (por ejemplo, colocar un gravamen sobre la propiedad de un individuo, ejecutar la hipoteca de la propiedad de un individuo, embargar los salarios de un individuo). Las ECAs **no incluyen** colocar gravámenes de la Organización Miembro sobre la propiedad de un paciente para obtener los ingresos de acuerdos, sentencias o compromisos derivados de una demanda del paciente contra un tercero que causó las lesiones del paciente.

Las ECAs **tampoco incluyen** la venta de la deuda de un individuo por parte de un hospital de la Organización Miembro a otra parte si, antes de la venta, el hospital de la Organización Miembro celebra un acuerdo escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda que contenga cuatro condiciones:

1. El comprador de la deuda debe aceptar no participar en ninguna ECA para obtener el pago de la deuda;
2. El comprador de la deuda debe aceptar no cobrar intereses sobre la deuda que excedan la tasa vigente bajo la Sección 6621(a)(2) en el momento en que se venda la deuda (o cualquier otra tasa de interés establecida por aviso u otra guía publicada en el Boletín del Servicio de Impuestos Internos);
3. La deuda debe ser retornable o recuperable por el hospital de la Organización Miembro si el hospital de la Organización Miembro o el comprador determina que el individuo es elegible para la FAP; y
4. Si se determina que el individuo es elegible para la FAP y la deuda no es retornada o recuperada por el hospital de la Organización Miembro, el comprador debe adherirse a los procedimientos especificados en el acuerdo que aseguren que el individuo no pague, y no tenga obligación de pagar, al comprador y al hospital de la Organización Miembro juntos más de lo que el individuo es personalmente responsable de pagar como individuo elegible para la FAP.

Las ECAs **tampoco incluyen** la presentación de un reclamo en un procedimiento de bancarrota. **FAP:** Política de Asistencia Financiera (Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health).

**Individuo Elegible para FAP:** Un individuo elegible para asistencia financiera bajo la FAP (sin tener en cuenta si el individuo ha solicitado asistencia bajo la FAP).

**Atención Médicamente Necesaria:** Servicios o suministros médicos que:

- Son ordenados por un médico u otro proveedor dentro de su ámbito de práctica y que son apropiados y necesarios para los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la condición médica o de salud mental;
- Se proporcionan para el diagnóstico o la atención directa y tratamiento de la condición médica o de salud mental;
- Cumplen con los estándares de buena práctica médica dentro de la comunidad médica y de salud mental en el área de servicio;
- No se realizan principalmente por conveniencia del paciente o del proveedor; y

- Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que puede ser proporcionado de manera segura o, cuando sea necesario, según lo determine el proceso de revisión de utilización.

**Pago Directo:** Persona que paga de su propio bolsillo un servicio relacionado con la salud para cubrir el procedimiento médico o quirúrgico realizado (i) en ausencia de seguro, o (ii) como parte de la participación en los costos bajo un plan de seguro.

**Miembro del Personal:** Individuos que proporcionan servicios a la organización o en su nombre (como empleados, voluntarios, miembros de la Junta, miembros del personal médico, estudiantes, pasantes y contratistas).

## PROPÓSITO

La intención de esta Política es preservar los activos y mantener una base financiera sólida para las operaciones, al mismo tiempo que se equilibran las necesidades de nuestra comunidad y de los pacientes a los que servimos.

## POLÍTICA

La Política proporciona a la administración pautas generales para la adquisición y verificación de información y la recaudación de pagos de los pacientes, sus garantes, compañías de seguros de terceros y otros responsables financieros del pago de los servicios de atención médica. Esta Política también tiene como objetivo promover el cumplimiento de Northern Light Health con las leyes y regulaciones estatales y federales al desempeñar todas estas funciones.

- Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health no deberán discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, religión, credo, género, preferencia sexual, edad o discapacidad al brindar sus servicios.
- Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health proporcionarán atención gratuita a pacientes no asegurados y con seguro insuficiente de acuerdo con las regulaciones aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine y la política de atención gratuita de Northern Light Health.
- Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health ayudarán a los pacientes no asegurados a solicitar cobertura de atención médica de fuentes federales, estatales y/o financiadas públicamente siempre que sea apropiado.
- Esta Política asume que el saldo pendiente que se persigue es adeudado por el paciente o garante.
- Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health mantendrán controles adecuados y estandarizarán las prácticas de ajustes manuales cuando el saldo se considere incobrable según los estándares establecidos por el departamento del Ciclo de Ingresos del Sistema.
- Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health mantendrán controles adecuados y estandarizarán las prácticas de procesamiento de Saldos a Favor (Credit Balances) de acuerdo con los estándares establecidos por el departamento del Ciclo de Ingresos del Sistema. La información contenida y referenciada en esta Política se aplica únicamente a los servicios basados en hospitales de las Organizaciones Miembro,

incluidos los grupos de práctica empleados por el hospital de la Organización Miembro, pero no se extiende a proveedores no empleados.

Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health harán todo esfuerzo razonable para:

1. Obtener y verificar la información de seguro y demográfica necesaria para determinar la responsabilidad de pago del paciente o garante en el momento de la programación o registro.
2. Cobrar cualquier responsabilidad del paciente aplicable en el **punto de servicio**.
3. Asistir con la **gestión de casos** durante las estancias en el hospital de la Organización Miembro.
4. **Notificar** a los pacientes sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera de acuerdo con la [Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health](#).
5. Presentar los reclamos aplicables a pagadores de terceros según lo autorizado por los pacientes.
6. Proporcionar a los pacientes un estado de cuenta claro y preciso de los montos adeudados, cuando corresponda.
7. Comunicar las opciones de pago y la disponibilidad de programas de asistencia financiera, incluida la atención gratuita.

Es responsabilidad del paciente proporcionar al hospital de la Organización Miembro la información financiera y personal necesaria para determinar la elegibilidad para la cobertura de terceros aplicable o asistencia financiera. Toda la información recopilada de conformidad con esta Política se tratará de manera confidencial de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad aplicables. El paciente tiene la responsabilidad final de comprender sus beneficios y requisitos específicos del seguro y de asegurarse de que se hayan obtenido las autorizaciones y referencias previas necesarias.

## **PROCEDIMIENTO**

### **I. PROGRAMACIÓN Y REGISTRO**

- A. Siempre que sea posible, los pacientes serán pre-registrados, durante lo cual se obtendrá la información de seguro y demográfica. El hospital de la Organización Miembro hará esfuerzos razonables para verificar la información del paciente cuando se programen los servicios o en el momento en que el paciente reciba los servicios. Si existe más de una fuente de pago, el hospital de la Organización Miembro dará prioridad a las fuentes de pago según las normas de Medicare Secondary Payer (MSP) y las directrices de coordinación de beneficios de los seguros comerciales.
- B. Todos los servicios de emergencia se prestarán en cumplimiento con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés). Tras la evaluación, selección inicial y estabilización, el hospital de la Organización Miembro buscará obtener del paciente, garante o familiar la información demográfica y de seguro.

- C. Se puede solicitar a los pacientes que proporcionen una identificación, como una licencia de conducir, para garantizar la exactitud de los datos demográficos y para presentar prueba de cobertura de seguro mediante la presentación de una tarjeta de seguro válida.
- D. Para ser considerado “asegurado”, el paciente debe firmar una autorización para divulgar información y ceder los beneficios al hospital de la Organización Miembro.

## **II. VERIFICACIÓN DEL SEGURO**

- A. El hospital de la Organización Miembro verificará el seguro para la mayoría de los principales pagadores.
- B. El hospital de la Organización Miembro verificará que el proveedor de atención primaria del paciente haya obtenido, siempre que sea posible, la autorización previa para el tratamiento. El hospital de la Organización Miembro utiliza herramientas como portales web de los pagadores para facilitar la identificación, confirmación y verificación del estado de elegibilidad de la información proporcionada por el paciente.
- C. El hospital de la Organización Miembro se reserva el derecho de contratar agencias externas para ayudar a obtener y verificar la información de facturación y asistir a los pacientes en la solicitud de programas de asistencia federal y estatal.
- D. Los casos de accidentes automovilísticos serán investigados, y los detalles del accidente podrán ser obtenidos del sitio web del Maine Bureau of Motor Vehicles. Los reclamos de pago se presentarán al asegurador correspondiente de automóviles o de salud, según lo indicado por el pagador y si el paciente no tiene seguro. Según lo permitido por esta Política, se presentarán gravámenes para garantizar el pago de los servicios prestados. Dichos gravámenes no se presentarán sobre los bienes personales del individuo.
- E. En los casos en que el paciente indique que la compensación laboral es responsable de cubrir el servicio, pero se desconozca el nombre de la aseguradora, el hospital de la Organización Miembro intentará contactar a los empleadores (cuando se hayan firmado todas las autorizaciones correspondientes) o a la Workers' Compensation Board para solicitar información sobre el seguro de compensación laboral

## **III. COBRANZA EN EL PUNTO DE SERVICIO**

- A. Los pacientes serán facturados por cualquier copago, coseguro, deducible o servicios no cubiertos en el momento de la atención.
- B. El hospital de la Organización Miembro puede solicitar un acuerdo de pago o el pago completo de ciertos exámenes diagnósticos, tratamientos o procedimientos electivos antes de programarlos, cuando dichos servicios se consideren no urgentes.
- C. Se ofrecerá a los pacientes un descuento en el punto de servicio si el gasto estimado de su bolsillo se paga en su totalidad al momento del alta (esto incluye copagos de seguro, coseguros y/o deducibles).
- D. Se dispone de asesoría financiera, como se indica en la Sección VI de esta Política y en la [Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health.](#)

#### **IV. GESTIÓN DE CASOS, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA**

- A. El hospital de la Organización Miembro trabajará de manera colaborativa con el equipo de gestión de casos de terceros del paciente, que puede realizar revisiones clínicas concurrentes. Se notificará a los pacientes sobre cualquier cambio en la cobertura debido a determinaciones de necesidad médica que resulten en servicios no cubiertos y los gastos de su bolsillo relacionados.
- B. Todo seguro deberá ser verificado, los formularios completados y las firmas obtenidas antes del alta, siempre que sea posible.

#### **V. AVISO AL PACIENTE SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA**

- A. Señalización y Avisos Individuales: Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health proporcionarán a los pacientes un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera y atención gratuita de acuerdo con la [Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health](#).
- B. Se requieren pasos adicionales de notificación antes de que un hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health inicie Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs, por sus siglas en inglés), según se describe en la Sección VIII más abajo.

#### **VI. FACTURACIÓN Y COBRANZA**

##### **A. Provisiones Generales**

- 1. Todos los pacientes serán facturados por el mismo monto por los mismos servicios prestados, independientemente de la fuente de pago. Se proporcionarán estimaciones de cargos antes de recibir los servicios y se entregarán facturas completamente detalladas a solicitud en cualquier momento.
- 2. Las conversaciones con los pacientes y sus familiares sobre sus cuentas se documentarán en el sistema de contabilidad de pacientes.
- 3. Las solicitudes de asistencia financiera y las cartas de determinación se conservan ya sea en formato físico o electrónico en el sistema de contabilidad de pacientes.
- 4. Las acciones descritas en la Sección VI no constituyen Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs) y pueden realizarse en cualquier momento.

##### **B. Facturación a terceros**

- 1. El pagador de terceros:
  - a. Recibirá los reclamos de beneficios presentados en los formularios de facturación uniforme estándar (UB-04 y CMS 1500), según lo requiera el pagador.
  - b. Recibirá los reclamos reportados utilizando códigos de ingresos estándar y códigos CPT/HCPCS, y los reclamos se presentarán electrónicamente cuando sea posible.
  - c. Recibirá los reclamos generados tan pronto como cinco días después del alta
- 2. El hospital de la Organización Miembro:
  - a. Facturará a las aseguradoras en orden de prioridad basado en las directrices estándar de coordinación de beneficios de la industria.
  - b. Hará seguimiento con los pagadores respecto a los saldos pendientes en los intervalos especificados por las directrices departamentales del hospital de la Organización Miembro.

- c. Perseguirá a los pagadores hasta que se hayan agotado los esfuerzos razonables.
  - d. Proporcionará a los pacientes un aviso de no cobertura antes del servicio, cuando sea requerido.
3. Los pacientes serán:
- a. Facturados por cualquier copago, coseguro, deducible o servicios no cubiertos.
  - b. Facturados por saldos de servicios no cubiertos de acuerdo con los requisitos del pagador.
  - c. Responsables de los saldos no pagados facturados a planes de seguro no contratados.

#### **C. Facturación para pacientes que pagan por su cuenta**

Si en cualquier momento durante el proceso de cobro la parte responsable disputa razonablemente la factura, la actividad de cobro se suspenderá hasta que se resuelva el asunto y el resultado sea comunicado al paciente.

1. Se generará un estado de cuenta inicial tan pronto como cinco días después del alta o dos días después de reclasificar al paciente como Self-Pay (pago por cuenta propia).
2. Se indicará un descuento por pago puntual en el estado de cuenta inicial y estará disponible hasta 30 días desde la fecha del estado de cuenta, según se describe en los Descuentos del Sistema Northern Light Health, vinculados arriba en esta Política como Documento Relacionado.
3. Se podrán ofrecer descuentos adicionales a los pacientes Self-Pay, según se describe en los [Descuentos del Sistema Northern Light Health](#), vinculados arriba en esta Política como Documento Relacionado.
4. El pago completo se debe realizar al recibir el estado de cuenta inicial. Los pagos pueden enviarse por correo, realizarse por teléfono o efectuarse en línea ([sitio web de Billing Help](#)). Se aceptan la mayoría de las tarjetas de crédito principales.
5. Los estados de cuenta subsecuentes se generarán al menos cada 30 días.
6. El estado de cuenta o avisos de facturación pueden acompañarse de llamadas telefónicas, cartas de cobro, notificaciones de contacto personal y cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino y razonable para contactar a la parte responsable del pago. Estas acciones rutinarias de cobro pueden variar según la antigüedad de la cuenta y el monto del saldo pendiente.
7. Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health no cobrarán intereses sobre saldos impagos.
8. Consulte la [Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health](#) para obtener detalles adicionales.

#### **D. Planes de Pago**

El hospital de la Organización Miembro reconoce que puede haber situaciones en las que el pago completo no sea financieramente viable y pueda requerir un plan de pago o presupuesto adecuado. Los elementos que se enumeran a continuación proporcionan directrices y criterios adicionales para los planes de pago.

1. Se espera que los pacientes o sus partes responsables paguen su responsabilidad total por los servicios prestados al recibir su primera factura o de acuerdo con un plan de pagos por cuotas mutuamente acordado.
2. Los asesores financieros discutirán con el paciente las opciones de planes de pago disponibles.
3. Las cuentas de planes de pago morosas se remitirán a una agencia de cobranza, de conformidad con la Sección VIII.B de esta Política.

#### **E. Pacientes No Asegurados y Con Seguro Insuficiente – Atención Gratuita y Asistencia Financiera**

Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health proporcionan atención gratuita de acuerdo con las Directrices de Atención Gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Chapter 150 10-144) y pueden ofrecer atención gratuita adicional basada en la política de Northern Light Health ([Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health](#)).

#### **F. Cobertura Catastrófica**

Si un paciente no califica para atención gratuita y su responsabilidad como paciente representa una carga financiera excesiva, el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos del Sistema, o su delegado, podrá ofrecer un descuento superior al que normalmente está disponible a través de la asistencia financiera o nuestro descuento estándar para Self-Pay (pago por cuenta propia).

### **VII. LIMITACIÓN EN LOS MONTOS FACTURADOS**

Con respecto a la atención de emergencia u otra atención Médicamente Necesaria, la política de Northern Light Health es limitar el monto facturado a un individuo elegible para asistencia financiera (FAP-Eligible Individual) al Monto Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés). Se puede encontrar más información en la [Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health](#).

### **VIII. ACCIONES EXTRAORDINARIAS DE COBRO (ECAs)**

#### **A. Requisitos Generales Antes de Iniciar Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs)**

Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health no podrán iniciar ninguna Acción Extraordinaria de Cobro (ECA) por al menos 120 días a partir de la fecha en que el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health entregue el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención recibida y hasta que se haya notificado al individuo sobre la asistencia financiera (FAP). Además, antes de llevar a cabo ECAs contra un individuo, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health deben realizar esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para asistencia financiera bajo la FAP, de acuerdo con la **Sección 1** a continuación. No se podrán realizar ECAs si el paciente ha establecido un plan de pago satisfactorio con el hospital de la Organización Miembro. Finalmente, antes de comenzar

cualquier ECA, el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos del Sistema o su delegado debe determinar que el hospital de la Organización Miembro ha realizado esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para la FAP y ha cumplido con el resto de esta Política. Ninguna ECA podrá iniciarse antes de dicha determinación por parte del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos del Sistema o su delegado.

## 1. Esfuerzos Razonables

Un hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health se considerará que ha realizado esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para asistencia financiera bajo la FAP si el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health cumple con cualquiera de las siguientes condiciones: (i) determina que el individuo cumple con los requisitos para una determinación de elegibilidad presuntiva; o (ii) proporciona un aviso adecuado al individuo sobre la FAP y procesa cualquier solicitud de FAP presentada por el individuo (ya sea que la solicitud esté completa o incompleta) de acuerdo con los siguientes procedimientos y la [Política del Sistema 16-002, Asistencia Financiera para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health](#).

- a. Para realizar una determinación de elegibilidad presuntiva, el hospital de la Organización Miembro debe determinar que el individuo es elegible para asistencia financiera basándose en información distinta a la proporcionada por el individuo o basada en una determinación previa de elegibilidad para la FAP. Si se determina presuntivamente que el individuo es elegible para menos de la asistencia más generosa disponible bajo la FAP, el hospital de la Organización Miembro deberá:
  - i. Notificar al individuo sobre la base de la determinación y cómo solicitar una asistencia más generosa bajo la FAP;
  - ii. Otorgar al individuo un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar una ECA; y
  - iii. Si el individuo presenta una solicitud completa de FAP buscando una asistencia más generosa dentro del Período de Solicitud, se deberán seguir los pasos descritos en la **Sección 3** a continuación.
- b. Para proporcionar un aviso adecuado a un individuo sobre la FAP, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health deben cumplir con todas las siguientes acciones:
  - i. Notificar al individuo sobre la FAP de **todas** las siguientes maneras, al menos 30 días antes de iniciar una o más ECAs:
    1. Proporcionar al individuo un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para los individuos elegibles, que identifique las ECAs que el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health tiene la intención de utilizar para obtener el pago, y que establezca un plazo después del cual se podrán iniciar las ECAs, el cual no será anterior a los 30 días desde la fecha en que se proporciona el aviso por escrito.

2. Adjuntar un resumen en lenguaje sencillo de la FAP junto con el aviso por escrito.
  3. Realizar un esfuerzo razonable para notificar oralmente al individuo sobre la FAP y cómo puede obtener asistencia con el proceso de la FAP.
- ii. Si el individuo presenta una solicitud **incompleta** de FAP durante el Período de Solicitud, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health tomará los pasos adicionales que se describen en la **Sección 2** a continuación.
  - iii. Si el individuo presenta una solicitud **completa** de FAP durante el Período de Solicitud, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health tomará los pasos adicionales que se describen en la **Sección 3** a continuación.

## **2. Procedimientos Adicionales si se Presenta una Solicitud Incompleta de FAP**

- a. Además de cumplir con los requisitos de notificación descritos en la Sección 1 anterior, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health deben proporcionar a los individuos que presenten una solicitud incompleta de FAP durante el Período de Solicitud un aviso sobre cómo completar la solicitud de FAP y una oportunidad razonable para hacerlo. Para cumplir con estos requisitos, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health deben realizar todas las siguientes acciones:
  - i. No iniciar, ni continuar con acciones adicionales sobre ECAs previamente iniciadas.
  - ii. Proporcionar al individuo un aviso por escrito que contenga la siguiente información:
    - Descripción de la información y/o documentación requerida bajo la FAP o el formulario de solicitud de FAP que debe ser presentada para completar la solicitud de FAP.
    - Información de contacto, incluyendo número de teléfono y ubicación física, de: (i) la oficina o departamento del hospital de la Organización Miembro que pueda proporcionar información sobre la FAP; y (ii) ya sea (a) la oficina o departamento del hospital de la Organización Miembro que pueda brindar asistencia con el proceso de solicitud de FAP, o (b) al menos una organización sin fines de lucro o agencia gubernamental que el hospital de la Organización Miembro haya identificado como fuente disponible de asistencia con las solicitudes de FAP.
- b. Si el individuo posteriormente presenta una solicitud completa de FAP durante el Período de Solicitud, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health deben seguir los procedimientos establecidos en la **Sección 3** a continuación.

## **3. Procedimientos Adicionales si se Presenta una Solicitud Completa de FAP**

- a. Además de cumplir con los requisitos de notificación descritos en la **Sección 1** anterior, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health deben realizar todas las siguientes acciones con respecto a un individuo que presente una solicitud completa de FAP durante el Período de Solicitud:

- i. No iniciar, ni continuar con acciones adicionales sobre ECAs previamente iniciadas.
    - ii. Determinar si el individuo es elegible para asistencia financiera bajo la FAP. Si se determina que el individuo es elegible para asistencia financiera, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health también debe seguir los pasos enumerados en la **Sección 3.b.** a continuación.
    - iii. Notificar al individuo por escrito sobre la determinación de elegibilidad, incluyendo la asistencia para la cual el individuo es elegible (si aplica) y la base de la determinación de elegibilidad.
  - b. Si se determina que el individuo es elegible para asistencia financiera bajo la FAP, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health debe tomar los siguientes pasos adicionales:
    - i. Reembolsar cualquier monto pagado por la atención que exceda la cantidad que se determina que el individuo debe pagar como Individuo Elegible para FAP, a menos que el monto del reembolso sea menor a \$5.00. Los reembolsos aplican **únicamente** a los episodios de atención a los que se refiere la solicitud de FAP del individuo.
    - ii. Tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra el individuo para obtener el pago de la atención (por ejemplo, anular cualquier fallo judicial, levantar cualquier gravamen o embargo, y eliminar cualquier información adversa de un informe de crédito).
    - iii. Si el individuo es elegible para asistencia financiera distinta a la atención gratuita, proporcionar al individuo un estado de cuenta que indique: (i) la cantidad que el individuo debe pagar por la atención como Individuo Elegible para FAP; (ii) cómo se determinó esa cantidad; y (iii) el AGB correspondiente a la atención.

#### **B. Derivación de Deudas a Agencias de Cobro**

Además de cumplir con los requisitos generales para ECAs establecidos en la Sección VIII.A. anterior, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health deben cumplir con los siguientes requisitos adicionales al derivar una cuenta a una agencia de cobro de deudas.

1. Los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health requieren que las agencias de cobro de deudas proporcionen garantías por escrito de que la agencia cumple con la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act) y con los Códigos de Ética y Responsabilidad Profesional de la American Collections Association (ACA). Basándose en los criterios de morosidad mencionados anteriormente, las cuentas serán incluidas en un informe preliminar de deudas incobrables, revisadas y aprobadas por un representante autorizado del hospital de la Organización Miembro, antes de su transferencia a una agencia de cobro.

#### **C. Reporte a las Agencias de Información Crediticia**

Además de cumplir con los requisitos generales para las ECAs establecidos en la Sección VIII.A. anterior, los hospitales de las Organizaciones Miembro de Northern Light Health

deben cumplir con los siguientes requisitos adicionales al realizar un reporte a cualquier agencia de información crediticia (por ejemplo, TransUnion, Experian, Equifax).

1. Las cuentas remitidas a una agencia de cobro pueden ser reportadas a una agencia nacional de información crediticia si la parte responsable no realiza el pago completo o no establece un acuerdo de pago satisfactorio con la agencia de cobro.

## REFERENCIAS

Regla DHHS 10-144 CMR, Capítulo 150, Directrices de Atención Gratuita  
Sección 1322 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible  
Sección 501(c) del Código de Rentas Internas

## ANEXOS

[Descuentos del Sistema Northern Light Health](#), vinculados más arriba en esta Política como Documento Relacionado

**Este documento fue aprobado por el/los comité(s) que se indican a continuación en la(s) fecha(s) señalada(s):**

Junta Directiva: 17/10/2012, 16/12/2015, 04/10/2017, 02/10/2019, 09/06/2021, 14/06/2023, 11/06/2025

Comité de Gobernanza de la Junta: 19/09/2012, 2015 aplazado, 12/09/2017, 18/09/2019, 09/05/2023

Comité de Finanzas de la Junta: 29/05/2012, 16/09/2015, 13/09/2017, 16/09/2019, 02/06/2021, 26/04/2023, 24/04/2025

Consejo de Liderazgo: 19/06/2012, 17/11/2015, 19/05/2021

Consejo de Finanzas: 08/09/2015, 08/08/2017, 19/04/2021, 27/01/2023, 25/03/2025