Facturación y Cobro para los Servicios Hospitalarios de Northern Light Health
(28 de agosto de 2026)

DEFINICIONES

Importe generalmente facturado (AGB): El monto generalmente facturado por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Northern Light Health calcula anualmente el importe generalmente facturado (amount generally billed, AGB) para cada uno de los hospitales de sus organizaciones afiliadas. Northern Light Health podrá utilizar el método retrospectivo o el método prospectivo para calcular el AGB, según lo considere apropiado cada hospital de la organización afiliada.

- Según el método retrospectivo, Northern Light Health calcula el AGB tomando el total de pagos que el hospital de la organización afiliada correspondiente recibió de todos los planes comerciales y de Medicare durante el año fiscal anterior del hospital, y dividiendo ese total entre los cargos hospitalarios brutos por los servicios prestados a los beneficiarios cubiertos por esos planes comerciales y Medicare durante el mismo período.
- Según el método prospectivo, Northern Light Health determina el AGB estimando el monto que Medicare de pago por servicio (fee-for-service) o Medicaid permitirían para la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, utilizando los mismos procesos de codificación y facturación que el hospital aplicaría si el paciente fuera beneficiario de Medicare o Medicaid. El monto del AGB, según este método, incluye tanto el pago de la aseguradora como las obligaciones de participación en los costos a cargo del paciente, tales como deducibles, coseguros y copagos.

Una descripción escrita gratuita de cómo Northern Light Health calcula el AGB, así como el AGB aplicable a un hospital específico de una organización afiliada de Northern Light Health, está disponible previa solicitud o visitando http://northernlighthealth.org/billing-help

Plazos de presentación de solicitudes: El período durante el cual un hospital de una organización afiliada de Northern Light Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP). El período de solicitud comienza en la fecha en que el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health presta la atención médica a una persona y finaliza no antes del día 240 después de la fecha en que se proporciona el estado de cuenta tras el alta correspondiente a dicha atención, o en su caso:

- En el caso de una persona que el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health haya determinado de manera presunta que reúne los requisitos para recibir una asistencia menos favorable que la asistencia financiera más generosa disponible, tal como se describe en la Sección VIII(A)(1)(a), el periodo de solicitud finalizará al concluir el plazo razonable otorgado a la persona para proporcionar información adicional que le permita obtener una asistencia financiera más favorable; o
- En el caso de una persona a quien el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health haya notificado una acción extraordinaria de recaudación (extraordinary collection action, ECA) prevista, según se describe en la Sección VIII(A)(1)(b)(i) de esta Política, el período finalizará en la fecha límite establecida en la notificación escrita enviada a la persona.

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

Saldos acreedores: Monto negativo en las cuentas por cobrar que puede representar un pago en exceso (lo que da lugar a un reembolso o una transferencia del saldo abierto del paciente) o un saldo sobreajustado (que da lugar a la reversión de un código de ajuste).

Atención de emergencia:

- Una persona acude al Departamento de Emergencias y solicita una evaluación o tratamiento para cualquier afección médica; o
- El paciente recibe tratamiento en un departamento o consultorio que se presenta al público (mediante su nombre, letreros, publicidad u otros medios) como un lugar que brinda atención para afecciones médicas de emergencia de manera urgente, sin requerir una cita programada con antelación (por ejemplo, un centro de atención de urgencias, una sala de labor de parto y alumbramiento fuera del campus del hospital, etc.).

Medidas extraordinarias de cobro (ECA): Se tomarán las siguientes medidas contra una persona, o contra cualquier otra persona que haya aceptado o esté obligada a asumir la responsabilidad por la factura hospitalaria de la organización afiliada correspondiente por la atención recibida, en relación con el cobro de una factura por atención cubierta en virtud de la FAP: (i) la venta de la deuda de una persona a un tercero; (ii) la comunicación de información negativa sobre la persona a agencias de informes crediticios para consumidores o burós de crédito; y (iii) las acciones que requieren un proceso legal o judicial (por ejemplo, imponer un gravamen sobre la propiedad de una persona, ejecutar una hipoteca sobre los bienes de una persona o embargar el salario de una persona).

Las ECA **no incluyen** la imposición de gravámenes hospitalarios por parte de una organización afiliada sobre los bienes de un paciente para obtener los fondos derivados de acuerdos, sentencias o conciliaciones como resultado de una demanda presentada por el paciente contra un tercero responsable de sus lesiones.

Las ECA **tampoco incluyen** la venta por parte de un hospital de una organización afiliada de la deuda de una persona a un tercero si, antes de la venta, el hospital de la organización afiliada celebra un acuerdo escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda que contenga cuatro condiciones:

1. el comprador de la deuda debe comprometerse a no realizar 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 según la Sección 6621(a)(2) en el momento en que se venda la deuda (o cualquier otra tasa de interés establecida mediante notificación u otra guía publicada en el Boletín de Impuestos Internos);
3. la deuda debe poder recuperarse o reclamarse por parte del hospital de la organización afiliada, una vez que el hospital de la organización afiliada o el comprador determinen que la persona es elegible para la FAP; y
4. si se determina que la persona es elegible para la FAP y la deuda no se recupera ni reclama por parte del hospital de la organización afiliada, el comprador deberá seguir los procedimientos establecidos en el acuerdo para asegurar que la persona no pague, ni tenga obligación de pagar, al comprador y al hospital de la organización afiliada, considerados de manera conjunta, una cantidad mayor que la que le correspondería pagar como persona elegible para la FAP.

Las ECA **tampoco incluyen** la presentación de una reclamación en un proceso de quiebra.

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

FAP: Política de asistencia financiera (Política del sistema 16-002, Asistencia financiera para los servicios hospitalarios de Northern Light Health).
Persona elegible para la FAP: Una persona que reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP (independientemente de si la persona ha solicitado o no asistencia en virtud del FAP).
Servicios médicamente necesarios: Servicios o suministros médicos que:

- son recetados por un médico u otro profesional dentro de su ámbito de competencia y son adecuados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica o de salud mental;
- se prestan para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la afección médica o de salud mental;
- cumplen con las normas de buenas prácticas médicas dentro de la comunidad médica y de salud mental en el área de servicio;
- no se proporcionan principalmente para la conveniencia del paciente o del proveedor; y
- constituyen el nivel de atención o suministro de servicios más adecuado que puede prestarse de manera segura o, cuando corresponda, según lo determine el proceso de revisión de utilización.

Pago por cuenta propia: Una persona que paga de su propio bolsillo por un servicio relacionado con la salud para cubrir el procedimiento médico o quirúrgico realizado: (i) cuando no cuenta con seguro médico; (ii) como parte de la participación en los costos establecidos por un plan de seguro; o (iii) por decisión propia, al elegir este método de pago en lugar de utilizar su seguro.
Miembro del personal: Personas que prestan servicios a la organización o en su nombre (tales como empleados, voluntarios, miembros de la junta directiva, personal médico, estudiantes, becarios y contratistas).

OBJETIVO
El objetivo de esta política es preservar los activos y mantener una base financiera sólida para las operaciones, al tiempo que se equilibran las necesidades de nuestra comunidad y de los pacientes a los que servimos.

POLÍTICA
Esta política proporciona a la administración pautas generales para obtener y verificar información, así como para cobrar pagos de los pacientes, sus garantes, compañías de seguros que actúan como terceros pagadores, y otras personas o entidades financieramente responsables del pago de los servicios de atención médica. Esta política también tiene como objetivo promover el cumplimiento por parte de Northern Light Health de las leyes y regulaciones estatales y federales en el desempeño de todas estas funciones.

- Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health no excluyen ni discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, etnia, edad, capacidad o discapacidad mental o física, afiliación política, religión, cultura, estadísticas socioeconómicas, información genética, condición de veterano, sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales), embarazo o afecciones relacionadas, orientación sexual, género, identidad o expresión de género o idioma al prestar sus servicios.

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

- Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health brindarán atención gratuita a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente de acuerdo con las regulaciones aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine y Política del sistema 16-00, Asistencia financiera de Northern Light Health para los servicios hospitalarios de Northern Light Health.
- Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health ayudarán a los pacientes sin seguro médico a solicitar cobertura de atención médica de fuentes federales, estatales o financiadas con fondos públicos, siempre que sea apropiado.
- Esta Política supone que el saldo pendiente objeto de cobro es responsabilidad del paciente o de su garante.
- Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health mantendrán controles adecuados y estandarizarán las prácticas de ajuste manuales cuando se haya determinado que un saldo es incobrable de acuerdo con las normas establecidas por el departamento de Ciclo de Ingresos del Sistema.
- Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health mantendrán los controles adecuados y estandarizarán las prácticas de procesamiento manual de saldos a favor, de acuerdo con las normas establecidas por el departamento de Ciclo de Ingresos del Sistema. La información contenida y a la que se hace referencia en esta Política se aplica exclusivamente a los servicios hospitalarios de las organizaciones afiliadas, incluidos los grupos de práctica clínica empleados por las organizaciones afiliadas, pero no se extiende a los proveedores no empleados.

Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health harán todo lo posible para:

1. Obtener y verificar la información del seguro y los datos demográficos necesarios para determinar la responsabilidad de pago del paciente o de su garante en el momento dela programar la cita o del registro.
2. Cobrar cualquier responsabilidad financiera a cargo del paciente **en el punto de atención**.
3. Brindar apoyo en **la gestión de casos** durante las estancias hospitalarias en los hospitales de las organizaciones afiliadas.
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 las reclamaciones correspondientes a los terceros pagadores, según lo autorizado por los pacientes.
6. Proporcionar a los pacientes un estado de cuenta claro y preciso de los importes adeudados, cuando corresponda.
7. Comunicar el 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 afiliada la información financiera y personal necesaria para determinar si reúne los requisitos para la cobertura de terceros o la asistencia financiera correspondiente. Toda la información recopilada de conformidad con esta Política será tratada de manera confidencial, de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad aplicables. El paciente es, en última instancia, responsable de comprender los beneficios y requisitos específicos de su seguro y de garantizar que se hayan obtenido las autorizaciones previas y las derivaciones adecuadas**.**

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

PROCEDIMIENTO

I. PROGRAMACIÓN E INSCRIPCIÓN

A. Siempre que sea posible, se realizará el preregistro de los pacientes, durante el cual se recabará información sobre el seguro y datos demográficos. El hospital de la organización afiliada hará todo lo posible por verificar la información del paciente cuando se programen los servicios o en el momento en que el paciente reciba dichos servicios. Si existe más de una fuente de pago, el hospital de la organización afiliada priorizará las fuentes de pago en función de las reglas del Programa de Pagador Secundario de Medicare (Medicare Secondary Payer, MSP) y las pautas de coordinación de beneficios de los seguros comerciales.

B. Todos los servicios de emergencia se prestarán de conformidad con la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) Tras la evaluación inicial, el examen y la estabilización, el hospital de la organización afiliada procurará obtener del paciente, su garante o un familiar, la información demográfica y de seguro correspondiente.

C. Se podrá solicitar a los pacientes que presenten una identificación, como una licencia de conducir, para garantizar la exactitud de los datos demográficos, y que proporcionen prueba de cobertura de seguro mediante una tarjeta de seguro válida.

D. Para que se le considere “asegurado”, el paciente debe firmar un formulario de Consentimiento para el Tratamiento, Garantía de Pago, Cesión de Beneficios e Información de Salud Protegida, a fin de ceder los beneficios al hospital de la organización afiliada correspondiente.

II. VERIFICACIÓN DE SEGURO

A. El hospital de la organización afiliada verificará la cobertura del seguro para la mayoría de las principales entidades pagadoras.

B. El hospital de la organización afiliada verificará que el médico de atención primaria del paciente haya obtenido, siempre que sea posible, la autorización previa para el tratamiento. El hospital de la organización afiliada utiliza herramientas, como los portales web de las entidades pagadoras, para facilitar la identificación, verificación y determinación de elegibilidad de la información proporcionada por el paciente.

C. El hospital de la organización afiliada 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 federales y estatales.

D. Se investigarán los casos relacionados con accidentes automovilísticos y los detalles del accidente podrán obtenerse a través del sitio web de la Oficina de Vehículos Motorizados de Maine (Maine Bureau of Motor Vehicles). Las solicitudes de pago se presentarán a la compañía de seguros de automóviles o de salud correspondiente, según las indicaciones de la entidad pagadora y en caso de que el paciente no tenga seguro. De conformidad con lo dispuesto en esta Política, se registrarán gravámenes para garantizar el pago de los servicios prestados. No se presentarán gravámenes contra los bienes personales de una persona.

E. En los casos en que el paciente indique que el seguro de indemnización por accidentes laborales es responsable de cubrir el servicio, pero se desconozca el nombre de la compañía aseguradora, el hospital de la organización afiliada correspondiente intentará

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

comunicarse con los empleadores (una vez que se hayan firmado todas las autorizaciones pertinentes) o con la Junta de Compensación Laboral para solicitar información sobre el seguro de indemnización por accidentes laborales.

III. PAGO EN EL PUNTO DE ATENCIÓN

A. A los pacientes se les facturarán cualquier copago, coseguro, deducible o servicio no cubierto en el momento de recibir el servicio.
B. El hospital de la organización afiliada puede solicitar un plan de pago o el pago total de ciertas pruebas de diagnóstico, 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 atención si el gasto estimado de su bolsillo se paga en su totalidad al momento del alta (esto incluye los copagos, coseguros y/o deducibles del seguro).
D. Se ofrece asesoramiento financiero 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 afiliada trabajará en colaboración con el equipo externo de gestión de casos del paciente, el cual podrá realizar una revisión clínica concurrente. Se notificará a los pacientes sobre cualquier cambio en la cobertura debido a determinaciones de necesidad médica que resulten en servicios no cubiertos y en gastos del propio bolsillo asociados.
B. Siempre que sea posible, se debe verificar toda la información del seguro, completar los formularios y obtener las firmas antes del alta.

V. AVISO AL PACIENTE SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA

A. Indicaciones y avisos individuales: Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health notificará a los pacientes 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 medidas de notificación adicionales antes de que un hospital de una organización afiliada de Northern Light Health inicie una ECA, según se describe en la Sección VIII a continuación.

VI. FACTURACIÓN Y COBRANZA

A. **Disposiciones generales:**
   1. A todos los pacientes se les cobrará la misma cantidad por los mismos servicios prestados, independientemente de la fuente de pago. Se proporcionarán estimaciones de cargos antes de la prestación de los servicios, y se facilitarán facturas detalladas y desglosadas previa solicitud en cualquier momento.
   2. Las conversaciones con los pacientes y sus familiares en relación con sus cuentas quedarán documentadas en el sistema de contabilidad de pacientes.

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

3. Las solicitudes financieras y las cartas de resolución se conservarán en formato físico o electrónico en el sistema de contabilidad de pacientes.
4. Las acciones descritas en la Sección VI no constituyen una ECA y pueden llevarse a cabo en cualquier momento.

B. **Facturación a terceros**

1. El tercero pagador deberá:
   a. Recibir las reclamaciones de beneficios presentadas en los formularios estándar uniformes de facturación (UB-04 y CMS 1500) según lo requiera la entidad pagadora.
   b. Recibir las reclamaciones presentadas utilizando códigos de ingresos estándar y códigos CPT/HCPCS, y las reclamaciones se enviarán electrónicamente cuando sea posible.
   c. Recibir las reclamaciones generadas a partir de los cinco días posteriores al alta.

2. El hospital de la organización afiliada deberá:
   a. Facturar a las compañías aseguradoras por orden de prioridad, según las pautas estándar del sector para la coordinación de prestaciones.
   b. Hacer un seguimiento con las entidades pagadoras con respecto a los saldos pendientes de las cuentas, de cuerdo con los intervalos establecidos por las pautas departamentales del hospital de la organización afiliada.
   c. Debe insistir con las entidades pagadoras hasta que se hayan agotado todos los esfuerzos razonables.
   d. Entregar a los pacientes una notificación de no cobertura antes de brindar el servicio, cuando sea necesario.
3. A los pacientes:
   a. Se les facturarán los copagos, coseguros, deducibles o servicios no cubiertos.
   b. Se les facturarán los saldos correspondientes a servicios no cubiertos, de acuerdo con los requisitos de la entidad pagadora.
   c. Serán responsable de los saldos pendientes facturados a planes de seguro no contratados.

C. **Facturación de pago por cuenta propia**

Si en algún momento durante el proceso de cobro la parte responsable disputa razonablemente la factura, las actividades de cobro se suspenderá hasta que el asunto se resuelva y resultado se comunique al paciente.

1. Se generará un estado de cuenta inicial a partir de los 5 días posteriores al alta o 2 días después de la reclasificación a pago por cuenta propia.
2. Se indicará un descuento por pronto pago en el estado de cuenta inicial del paciente y estará disponible durante un período de hasta 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta, según se describe en el documento Descuentos del Sistema Northern Light Health, vinculado anteriormente a esta Política como documento relacionado.
3. Se pueden ofrecer descuentos adicionales a los pacientes que pagan por cuenta propia, como se describe en los Descuentos del Sistema Northern Light Health, vinculado anteriormente a esta Política como documento relacionado.

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

4. El pago íntegro deberá efectuarse al recibir el estado de cuenta inicial. Los pagos pueden realizarse por correo, por teléfono o en línea (Sitio web de ayuda para facturación). Se aceptan la mayoría de las principales tarjetas de crédito.
5. Los estados de cuenta posteriores se generarán al menos cada 30 días.
6. Los estados de cuenta o avisos de facturación pueden ir acompañados de llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal y cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino y razonable para comunicarse con la parte responsable del pago. Estas acciones rutinarias de cobro pueden variar dependiendo de la antigüedad de la cuenta y el monto del saldo pendiente.
7. Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health no cobrarán intereses sobre los saldos pendientes de pago.
8. Ver Política del sistema 16-002, Asistencia financiera para los servicios hospitalarios de Northern Light Health para obtener más detalles.

D. **Planes de pago**

El hospital de la organización afiliada reconoce que puede haber situaciones en los que el pago íntegro no sea económicamente factible, por lo que podría ser necesario un plan de pago o un plan de presupuesto adecuados. Los elementos que se enumeran a continuación proporcionan pautas y criterios adicionales para los planes de pago.

1. Se espera que los pacientes o sus responsables paguen la totalidad de los servicios prestados al recibir la primera factura o de acuerdo con un plan de pago a plazos acordado mutuamente.
2. Los asesores financieros hablarán con el paciente sobre las opciones de planes de pago disponibles.
3. Las cuentas con planes de pago atrasados se remitirán a una agencia de cobros de conformidad con la Sección VIII.B de esta Política.

E. **Atención gratuita y asistencia financiera para pacientes sin seguro y con seguro insuficiente**

Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health Organization brindan atención gratuita de acuerdo con las Pautas de atención gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Capítulo 150 10-144) y pueden brindar atención gratuita adicional según la política de Northern Light Health (Política del sistema 16-002, Asistencia financiera para los servicios hospitalarios de Northern Light Health).

F. **Cobertura en caso de catástrofe**

Si un paciente no reúne los requisitos para recibir atención gratuita y su responsabilidad financiera supone una carga excesiva para él, el Vicepresidente de finanzas, o la persona designada, podrá ofrecerle un descuento adicional al que normalmente se ofrece a través de la asistencia financiera o nuestro descuento estándar para pacientes que pagan por cuenta propia.

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

VII. LÍMITE 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 que se cobra a una persona elegible para la FAP al monto AGB. Puede encontrar más información en la Política del sistema 16-002, Asistencia financiera para los servicios hospitalarios de Northern Light Health.

VIII. MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE COBRO (ECA)

A. Requisitos generales antes de iniciar las ECA

Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health no podrán iniciar ningún ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha en que el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health emita el primer estado de cuenta, posterior al alta, por la atención médica prestada, y hasta que se haya notificado a la persona acerca de la FAP. Además, antes de emprender cualquier ECA contra una persona, los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben realizar esfuerzos razonables para determinar si la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP, de acuerdo con la **Sección 1** a continuación. No se podrán emprender las ECA si el paciente ha establecido un acuerdo de pago satisfactorio con el hospital de la organización afiliada. Finalmente, antes de iniciar cualquier ECA, el Vicepresidente de finanzas o la persona designada deberá determinar que el hospital de la organización afiliada ha realizado esfuerzos razonables para establecer si una persona es elegible para la FAP y que, por lo demás, ha cumplido con esta política. No podrá iniciarse ninguna ECA antes de que el Vicepresidente de finanzas o su designado haya realizado dicha determinación.

1. **Esfuerzos razonables**

   Se considerará que el hospital de una organización afiliada de Northern Light Health ha realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP, si el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health cumple con alguno de los siguientes requisitos: (i) determina que la persona cumple con los requisitos para una determinación de elegibilidad presunta; o (ii) dentro de los 15 días posteriores a la recepción de una solicitud, notifica al solicitante para explicarle claramente qué información o documentación adicional, si corresponde, es necesaria para completar la solicitud; o (iii) dentro de los 45 días posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, notifica a la persona sobre el FAP y procesa cualquier solicitud de FAP presentada por dicha persona (ya sea que la solicitud esté completa o incompleta) de conformidad con los siguientes procedimientos y con la Política del sistema 16-002, Asistencia financiera para los servicios hospitalarios de Northern Light Health.

   a. Para realizar una determinación de elegibilidad presunta, el hospital de la organización afiliada debe determinar que la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera basándose en información distinta de la proporcionada por la propia persona o en una determinación previa de

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

elegibilidad para la FAP. Si se determina de manera presunta que la persona es elegible para recibir una asistencia menor a la asistencia financiera más generosa disponible en virtud de la FAP, el hospital de la organización afiliada deberá:

i. Notificar a la persona los motivos de la determinación y cómo solicitar una asistencia financiera más generosa en virtud del FAP;
ii. Otorgar a la persona un plazo razonable para solicitar una asistencia financiera más generosa antes de iniciar una ECA; y
iii. Si la persona presenta una solicitud de la FAP completa en busca de una asistencia financiera más generosa dentro del período de solicitud, siga los pasos descritos en **la Sección 3** a continuación.

b. Para poder notificar adecuadamente a una persona sobre el FAP, los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben hacer todo lo siguiente:
   i. Notificar a la persona sobre el FAP de **todas** las siguientes maneras, al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA:
      1. Entregar a la persona una notificación por escrito que indique que hay asistencia financiera disponible para las personas que reúnan los requisitos, que identifique las ECA que el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health tiene la intención de utilizar para obtener el pago, y establezca una fecha límite después de la cual podrán iniciarse las ECA. Esta fecha no podrá ser anterior a 30 días después de la fecha en que se entregue la notificación por escrito.
      2. Adjunte un resumen en lenguaje sencillo del FAP junto con la notificación escrita.
      3. Realice un esfuerzo razonable para informar verbalmente a la persona sobre la FAP y cómo puede obtener asistencia con el proceso de la FAP.
   ii. Si la persona presenta una solicitud FAP **incompleta** durante el período de solicitud, el hospital de la organización afiliada Northern Light Health tomará las siguientes medidas adicionales que se describen en la **Sección 2** a continuación.
   iii. Si la persona presenta una solicitud FAP **completa** durante el Período de Solicitud, el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health tomará las siguientes medidas adicionales según se describe en la **Sección 3** a continuación.

2. **Procedimientos adicionales si se presenta una solicitud FAP incompleta**
   a. Además de cumplir con los requisitos de notificación descritos en la **Sección 1** anterior, los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben, dentro de los 15 días posteriores a la recepción de una solicitud de FAP incompleta presentada durante el período de solicitud, proporcionar a la persona una notificación sobre cómo completar la solicitud FAP y una brindarle una oportunidad razonable para hacerlo dentro de un plazo de 30 días. Para cumplir con estos requisitos, los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben hacer todo lo siguiente:

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

i. No iniciar, ni tomar medidas adicionales sobre las ECA previamente iniciadas.
ii. Entregar a la persona en cuestión una notificación por escrito dentro de los 30 días que contenga la siguiente información:
- Descripción de la información o la documentación que, conforme a la FAP o el formulario de solicitud de la FAP, debe presentarse para completar la solicitud de la FAP.
- Información de contacto, incluidos el número de teléfono y dirección física, de: (i) la oficina o el departamento del hospital de la organización afiliada que puede proporcionar información sobre la FAP; y (ii) ya sea: (a) la oficina o el departamento del hospital de la organización afiliada que puede brindar asistencia con el proceso de solicitud del FAP, o (b) al menos una organización sin fines de lucro o agencia gubernamental que el hospital de la organización afiliada haya identificado como una fuente disponible de ayuda con las solicitudes de la FAP.

b. Si la persona posteriormente presenta una solicitud FAP completa durante el período de solicitud, los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben seguir los procedimientos establecidos en la **Sección 3** a continuación.

3. **Procedimientos adicionales si se presenta una solicitud FAP completa**
   a. Además de cumplir con los requisitos de notificación descritos en la **Sección 1** anterior, los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben, dentro de los 45 días posteriores a la recepción de una solicitud, realizar todas las siguientes acciones con respecto a la persona que presente una solicitud FAP completa durante el período de solicitud:
      i. No iniciar, ni tomar medidas adicionales sobre las ECA previamente iniciadas.
      ii. Determinar si la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP en un plazo de 45 días. Si se determina que la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health también debe tomar las medidas que se enumeran en la **Sección 3.b.** a continuación.
      iii. Notificar por escrito a la persona interesada la determinación de su elegibilidad dentro de 45 días, incluida la asistencia para la que sea elegible (si corresponde), y los fundamentos de dicha determinación de elegibilidad.
   b. Si se determina que la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP, el hospital de la organización afiliada de Northern Light Health debe tomar las siguientes medidas adicionales:
      i. Reembolsar cualquier monto pagado por la atención médica que exceda la cantidad que se determine que la persona es responsable de pagar como persona elegible para la FAP, a menos que el monto del reembolso sea inferior a $5.00. Los reembolsos se otorgarán **únicamente** por los pagos

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

correspondientes al episodio o los episodios de atención médica a los que se refiere la solicitud FAP presentada por la persona.

ii. Tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA emprendida contra la persona con el fin de obtener el pago por la atención recibida (por ejemplo, dejar sin efecto cualquier sentencia judicial, cancelar cualquier gravamen o embargo y eliminar cualquier información adversa de un informe crediticio).

iii. Si la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera distinta a la atención gratuita, proporcionarle un estado de cuenta que indique lo siguiente: (i) el monto que la persona adeuda por la atención recibida como persona elegible para la FAP; (ii) cómo se determinó ese monto; y (iii) el AGB por la atención recibida.

B. **Remisión de la deuda a agencias de cobro**

Además de cumplir con los requisitos generales para las ECA establecidos en la Sección VIII.A. anterior, los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben cumplir con los siguientes requisitos adicionales al remitir una cuenta a una agencia de cobros.

1. Los hospitales de las organizaciones afiliadas de Northern Light Health deben exigir a las agencias de cobro de deudas que proporcionen garantías por escrito de que cumplen con la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas y con los Códigos de Ética y Responsabilidad Profesional de la Asociación Americana de Cobranzas (American Collectors Association, ACA). Según los criterios de morosidad mencionados anteriormente, las cuentas se incluirán en un informe preliminar de cuentas incobrables, serán revisadas y deberán ser aprobadas por un representante autorizado del hospital de la organización afiliada, antes de su transferencia a una agencia de cobros.

C. **Notificación a agencias de información crediticia**

Además de cumplir con los requisitos generales para las ECA establecidos en la Sección VIII.A. anterior, los hospitales de la organización afiliada de Northern Light Health deben cumplir con los siguientes requisitos adicionales al realizar un informe a cualquier agencia de informes crediticios (por ejemplo, Transunion, Experian, Equifax).

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

REFERENCIAS

Regla DHHS 10-144 CMR. Capítulo 150, Pautas para la atención gratuita
Artículo 1322 de la Ley de Protección al Paciente y la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio
Sección 501(c) del Código de Rentas Internas

ANEXOS

Descuentos del Sistema Northern Light Health, vinculado anteriormente a esta Política como documento relacionado

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

Este documento fue aprobado por el/los comité(s) que se indican a continuación en la(s) fecha(s) que se especifican:
Junta Directiva, 10/17/2012, 12/16/2015, 10/4/2017, 10/2/2019, 6/09/2021, 06/14/2023, 06/11/2025, 05/27/2026
Comité de Gobernanza de la Junta Directiva, 9/19/2012, aplazado en 2015, 9/12/2017, 9/18/2019, 05/09/2023
Comité de Finanzas de la Junta Directiva, 5/29/2012, 9/16/2015, 9/13/2017, 9/16/2019, 06/02/2021, 4/26/2023, 4/24/2025, 4/29/2026
Consejo de Liderazgo, 6/19/2012, 11/17/2015, 05/19/2021
Consejo Financiero, 9/8/2015, 8/8/2017, 4/19/2021, 1/27/2023, 3/25/2025, 4/24/2026

Las copias impresas son ÚNICAMENTE para fines de consulta. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.