Política de Asistencia Financiera para servicios hospitalarios de Northern Light Health (6/26/2026)

DEFINICIONES

Monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB): Monto que generalmente se factura por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que cuentan con cobertura de seguro para dicha atención. Northern Light Health calcula el AGB anualmente para cada uno de los hospitales de su Organización Miembro. Northern Light Health puede utilizar el método retrospectivo o el método prospectivo para calcular el AGB, según lo determine apropiado cada Hospital de la Organización Miembro.

- Según el método retrospectivo, Northern Light Health calcula el AGB tomando los pagos totales que el hospital de la Organización Miembro correspondiente recibió de todos los planes comerciales y Medicare durante el año fiscal anterior del hospital de la Organización Miembro y dividiendo el total por los cargos hospitalarios brutos por los servicios prestados a los beneficiarios bajo esos planes comerciales y Medicare durante el mismo período.
- Según el método prospectivo, Northern Light Health determina el AGB estimando el monto que Medicaid o el sistema de pago por servicio de Medicare cubrirían para emergencias 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 compañía de seguros de salud como las obligaciones de costo compartido del paciente, como deducibles, coseguro y copagos.
- Una descripción por escrito gratuita de cómo Northern Light Health calcula el AGB, así como el AGB aplicable para un hospital particular de la Organización Miembro de Northern Light Health, está disponible a pedido o visitando http://northernlighthealth.org/billing-help.

Período de solicitud: Período durante el cual Northern Light Health debe aceptar y procesar una Solicitud de Asistencia Financiera. El Período de solicitud comienza la fecha en que un hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health brinda atención a una persona y finaliza no antes del día número 240 después de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta para la atención.

Cirugía estética opcional: Manual de hospitales de Medicare de los CMS, sección 250.11. La cirugía estética incluye cualquier procedimiento quirúrgico dirigido a mejorar la apariencia, excepto cuando sea necesario para la reparación rápida (es decir, tan pronto como sea médicamente posible) de una lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro con malformaciones.

Atención de urgencias:

- Una persona se presenta en el Emergency Department (Departamento de Emergencias, “ED”) y se hace una solicitud de examen o tratamiento para cualquier afección médica, o bien

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

- El paciente es tratado en un departamento o consultorio que se ofrece al público (por su nombre, letreros colocados, publicidad u otros medios) como un lugar que brinda atención para afecciones médicas de emergencia de manera urgente sin requerir una cita programada previamente (por ejemplo, un centro de atención de urgencia, una sala de trabajo de parto y parto fuera del campus, etc.).

Acciones extraordinarias de cobranza (Extraordinary Collection Actions, ECA): Las siguientes acciones tomadas contra una persona, o contra cualquier otra persona que haya aceptado o se exija que acepte la responsabilidad de la factura hospitalaria de la Organización Miembro de la persona por la atención, relacionadas con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta en virtud de esta Política (FAP): (i) vender la deuda de una persona a un tercero; (ii) reportar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes de crédito del consumidor o a las agencias de informes de crédito; y (iii) acciones que requieren un proceso legal o judicial (por ejemplo, imponer un gravamen sobre la propiedad de una persona, ejecutar la hipoteca de la propiedad de una persona, embargar el salario de una persona).

Las ECA **no incluyen** la imposición de gravámenes hospitalarios de la Organización Miembro sobre la propiedad de un paciente para obtener el producto de acuerdos, sentencias o compromisos que surjan de la demanda de un paciente contra un tercero que causó las lesiones del paciente.

Las ECA **tampoco incluyen** la venta por parte de los hospitales de una Organización Miembro de la deuda de una persona a un tercero 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 comprometerse a 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 vende la deuda (o cualquier otra tasa de interés establecida por aviso u otra guía publicada en el Boletín de Impuestos Internos);
3. la deuda debe ser retornable o recuperable por el hospital de la Organización Miembro una vez que el hospital de la Organización Miembro 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 (consulte la definición a continuación) y la deuda no es devuelta ni reclamada por el hospital de la Organización Miembro, el comprador debe regirse por los procedimientos especificados en el acuerdo que garantizan que la persona no pague, y no tenga obligación de pagar, al comprador y al hospital de la Organización Miembro juntos más de lo que la persona deba pagar como persona elegible para la FAP.

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

Familia: Una Familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que residen juntas y entre las cuales existen responsabilidades legales de manutención; todas estas personas relacionadas se consideran como una sola familia.

Ingreso familiar: Sueldos brutos, salarios, dividendos, intereses, beneficios del Seguro Social, compensación para trabajadores, beneficios para veteranos, estipendios de capacitación, asignaciones militares, apoyo regular de miembros de la familia que no viven en el hogar, pensiones del gobierno, pensiones privadas, cualquier ingreso de seguro y pagos de anualidades, ingresos de alquileres, regalías, patrimonios y fideicomisos. Se incluyen todas las formas de ingresos del trabajo por cuenta propia.

Persona elegible para la FAP: Persona elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP (independientemente de que la persona haya solicitado asistencia en virtud de la FAP).

Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL): Pautas federales de Ingresos de pobreza, según las determina el United States Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos), publicadas en el Registro Federal. **Solicitud de Asistencia Financiera:** Solicitud completada de acuerdo con el proceso establecido en la Sección III de esta Política.

Cargos brutos: Precio total establecido por la atención médica de un hospital de la Organización Miembro que el hospital de la Organización Miembro cobra de manera consistente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier asignación, descuento o deducción contractual.

Residente de Maine: Persona que vive en el estado de Maine con la intención de permanecer en el estado indefinidamente; o que ingresa al estado con un compromiso laboral permanente, temporal, estacional o de otro tipo, o que está buscando empleo. Residente de Maine no incluye a una persona que se encuentra en el estado temporalmente como turista o visitante.

Ingreso: Ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI): Metodología utilizada para calcular el ingreso bruto de acuerdo con el Título 42 del CFR 435.603(e) a los fines de la determinación de elegibilidad para atención gratuita o con descuento.

La elegibilidad se puede calcular de la siguiente manera:

(1) Multiplicando por 4 los ingresos familiares del paciente durante los 3 meses anteriores a la determinación de elegibilidad, o bien

(2) Usando los ingresos familiares reales del paciente durante los 12 meses anteriores a la determinación de elegibilidad

Atención médicamente necesaria: Servicios o suministros médicos que:

1. Están indicados por un médico y son apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica o de salud mental;
2. Se proporcionan para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de una afección médica o de salud mental;
3. Cumplen con los estándares de buenas prácticas médicas dentro de la comunidad médica y de salud mental en el área de servicio;
4. No son principalmente para la conveniencia del paciente o de un proveedor; y
5. Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura o, cuando sea necesario, según lo determinado por la revisión del proceso de utilización.

Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI): Metodología utilizada para calcular el ingreso bruto con el fin de determinar la elegibilidad para atención gratuita o con descuento.

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

Grupo familiar múltiple : Si un hogar incluye más de una familia o más de un individuo no relacionado, las pautas de ingresos se aplican por separado a cada familia o individuo no relacionado, y no al hogar en su conjunto.

OBJETIVO

Esta Política aborda la atención gratuita y los precios con descuento y respalda el compromiso de Northern Light Health de brindar acceso a una atención médica asequible y de alta calidad de una manera fiscalmente responsable. La provisión de asistencia financiera es consistente, apropiada y esencial para cumplir con nuestra misión, visión y valores.

POLÍTICA

Con el fin de promover la salud y el bienestar de las comunidades a las que se presta servicio, las personas sin seguro o con seguro insuficiente, con recursos financieros limitados que no cumplen los requisitos para diversos programas de derechos, serán elegibles para solicitar atención médica gratuita o con descuento según los criterios establecidos como se describe en esta Política. La intención es asegurar que la asistencia financiera esté disponible para aquellos que la necesitan y tienen menos capacidad de pago.

Northern Light Health mantiene una política de facturación y cobro separada (Política del Sistema 16-009, Facturación y cobro de los servicios hospitalarios de Northern Light Health) que describe las medidas que Northern Light Health puede tomar en caso de falta de pago.

I. **LIMITACIONES**

A. Esta política se aplica a lo siguiente:

1. Residentes de Maine que reciben atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria según lo determine el criterio clínico del proveedor, independientemente de la situación financiera del paciente, y que cumplen con los requisitos establecidos en la Sección II.
2. Personas, independientemente de su residencia, que busquen Atención de emergencia y que reúnan los requisitos establecidos en la Sección II.

B. La Asistencia Financiera no:

1. Proporciona seguro médico;
2. Funciona como sustituto o complemento del seguro de salud;
3. Garantiza beneficios;
4. Cubre a los proveedores de atención médica que no son de Northern Light Health (terceros);
5. Excluye los copagos mínimos requeridos por la regulación o por razones clínicas (por ejemplo, programa de intervención para maltratadores; programa de tratamiento de narcóticos);
6. Cubre la cirugía estética opcional.

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

II. **ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO**

A. **Sitios activos del NHSC[1] (Hospitales de acceso crítico [Designated Critical Access Hospitals, CAH] y Clínicas de salud rurales [Rural Health Clinics, RHC])**

i. La Asistencia financiera para atención médicamente necesaria está disponible para los residentes de Maine que:

- No tienen cobertura de seguro de salud o tienen una cobertura que paga solo una parte de la factura

y

- Cumplen con los criterios de ingresos que se establecen a continuación.

ii. La Asistencia financiera para atención de emergencia está disponible para los residentes de Maine y los no residentes de Maine que:

- No tienen cobertura de seguro de salud o tienen una cobertura que paga solo una parte de la factura;

y

- Cumplen con los criterios de ingresos que se establecen a continuación.

Los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health brindan el 100 % de la asistencia financiera/atención gratuita según los criterios que se definen a continuación:

- El ingreso bruto es inferior o igual al 200 % del FPL, calculado utilizando la metodología del Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) y sujeto a aprobación.
- El paciente es residente de Maine.
- No residente de Maine que busca atención de emergencia.
- Para servicios o suministros que sean Médicamente necesarios.

Los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health ofrecen planes de pago mensual basados en los ingresos que no exceden el 4 % de los ingresos familiares mensuales del paciente que no están exentos de embargo o embargo del salario según la ley de Maine, sobre la base de los criterios que se definen a continuación:

- Los ingresos brutos no exceden el 400 % del FPL, calculados utilizando la metodología del Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) y sujetos a aprobación.
- El paciente es residente de Maine.
- No residente de Maine que busca atención de emergencia.
- Para servicios o suministros que sean Médicamente necesarios.

[1] El Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (National Health Service Corps, NHSC) ayuda con el pago de préstamos para profesionales de atención médica calificados que trabajan en clínicas de salud rurales y hospitales de acceso crítico.

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

iii. A ninguna persona elegible para asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia o médicamente necesaria que el AGB calculado.
iv. Se ayudará y animará a los pacientes a que soliciten una cobertura de seguro asequible/MaineCare u otras opciones de cobertura de terceros.

B. **Todos los demás sitios**

i. La Asistencia financiera para atención médicamente necesaria está disponible para los residentes de Maine que:
   - No tienen cobertura de seguro de salud o tienen una cobertura que paga solo una parte de la factura;

     y
   - Cumplen con los criterios de ingresos que se establecen a continuación.

ii. La Asistencia financiera para atención de emergencia está disponible para los residentes de Maine y los no residentes de Maine que:
   - No tienen cobertura de seguro de salud o tienen una cobertura que paga solo una parte de la factura;

     y
   - Cumplen con los criterios de ingresos que se establecen a continuación.

Los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health brindan el 100 % de la asistencia financiera/atención gratuita sobre la base de los criterios que se definen a continuación:

- El ingreso bruto está por debajo del 200 % del FPL, calculado utilizando el ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) y sujeto a aprobación
- El paciente es residente de Maine
- No residente de Maine que busca atención de emergencia
- Para servicios o suministros que sean Médicamente necesarios
- Se han investigado todas las fuentes de terceros pagadores

Los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health ofrecen planes de pago mensual basados en los ingresos (que no exceden el 4 % de los ingresos mensuales del individuo) según los criterios que se definen a continuación:

- Los ingresos brutos no exceden el 400 % del FPL, calculados utilizando la metodología del Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) y sujetos a aprobación
- El paciente es residente de Maine
- No residente de Maine que busca atención de emergencia
- Para servicios o suministros que sean Médicamente necesarios
- Se han agotado todas las fuentes de terceros pagadores

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

iii. A ninguna persona elegible para asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia o médicamente necesaria que el AGB calculado.

PROCEDIMIENTO

I. **IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES POTENCIALMENTE ELEGIBLES**

A. Cuando sea posible, antes de la fecha de servicio del paciente, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health realizará una entrevista previa a la admisión con el paciente, el garante o su representante legal. Cuando no sea posible realizar una entrevista previa a la admisión, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health proporcionará un aviso por escrito sobre la disponibilidad de asistencia financiera como se describe a continuación:

a. **Servicios para pacientes internados**: se debe proporcionar un aviso por escrito al momento de la admisión o, en el caso de una admisión de emergencia, antes del alta del paciente.

i. En el caso de una admisión de emergencia, la evaluación de Northern Light Health de las alternativas de pago no debe realizarse hasta que se haya proporcionado la atención médica requerida.

b. **Servicios para pacientes ambulatorios**: el aviso por escrito debe proporcionarse en el momento en que se presta el servicio o se incluye en la factura del paciente.

1. En el momento de la entrevista inicial con el paciente, se debe recopilar la siguiente información:
   a. Datos demográficos rutinarios y completos; e
   b. Información completa sobre toda la cobertura a terceros existente.

B. A todos los pacientes se les ofrecerá la oportunidad de solicitar asistencia financiera. Cuando un paciente solicita asistencia financiera después de salir del centro, un representante de la cuenta del paciente le proporcionará instrucciones para que el paciente/tutor pueda acceder a la Solicitud de asistencia financiera en línea para completarla.

a. En el caso de que el paciente/tutor manifieste que no tiene acceso a Internet o solicite una copia física, un Representante de Cuenta del Paciente enviará por correo una Solicitud de Asistencia Financiera al paciente/tutor para que la complete.

C. La identificación de los pacientes potencialmente elegibles se puede llevar a cabo en cualquier momento durante el Período de solicitud.

D. Los asesores financieros suelen estar disponibles durante el horario laboral habitual para prestar los siguientes servicios:

1. Identificar las posibles fuentes de pago, como el seguro de responsabilidad civil por accidentes o COBRA.

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

2. Evaluar a los pacientes para determinar una posible cobertura de los programas de asistencia estatales, federales o locales, incluida la atención gratuita en hospitales de las Organizaciones Miembro.
3. Ayudar a los pacientes a solicitar un seguro de salud y programas de atención gratuita federales o patrocinados por el estado.
4. Explicar cualquier pregunta financiera.
5. Establecer acuerdos de pago.
6. Proporcionar estimaciones de precios.
7. Proporcionar a los pacientes una factura detallada, si la solicitan.

E. El hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health puede confiar en la información obtenida de otras fuentes para determinar si el individuo es elegible para la asistencia.

II. AVISO SOBRE SERVICIOS NO CUBIERTOS

A. Antes de proporcionar cualquier servicio médico, tratamiento, procedimiento o prueba que no esté cubierto por esta Política de asistencia financiera, el hospital deberá notificar por escrito al paciente con anticipación que los servicios no están cubiertos.
B. El hospital no le facturará a un paciente un servicio si no le proporcionó un aviso previo de no cobertura. Se permite facturar a la compañía de seguros de salud del paciente por dichos servicios, cuando corresponda.

III. MEDIDAS PARA LA DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA EN LA COMUNIDAD

Northern Light Health y sus Organizaciones Miembro cumplirán con todas las leyes, las reglas y las regulaciones aplicables que rigen la notificación a los pacientes con respecto a la asistencia financiera, incluidas las siguientes:

A. Letreros y avisos individuales que contienen información sobre la disponibilidad de atención gratuita o asistencia financieran fijados en las áreas públicas clave del hospital de la Organización Miembro, que incluyen, entre otras, el Registro Central/Acceso de Pacientes, área de espera de la sala de emergencias, ubicaciones de las clínicas, salas de espera de los consultorios médicos empleados por los hospitales de la Organización Miembro, ubicaciones de asesores financieros y la Oficina comercial.

B. Copias impresas de esta Política, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles en los lugares mencionados en (A) arriba y se ofrecerán a los pacientes como parte del proceso de admisión o alta.

C. La información, como los folletos, se incluirá en las carpetas de servicios/información para pacientes o en las áreas de admisión de pacientes y, previa solicitud, por teléfono, Internet o en persona.

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

D. En todos los estados de cuenta se incluirá un aviso destacado sobre la disponibilidad de asistencia financiera, incluido el número de teléfono de la oficina o el departamento del hospital de la Organización Miembro que puede proporcionar información sobre esta Política y el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera, así como la URL o dirección web donde se pueden encontrar copias de esta Política, la Solicitud de Asistencia Financiera y un resumen en lenguaje sencillo. El estado de cuenta también incluirá información sobre el proceso para disputar cargos.

E. Toda la información pública o los formularios relacionados con la provisión de asistencia financiera, incluida, entre otros, esta Política, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen de la Política en lenguaje sencillo, utilizarán idiomas que sean apropiados para el área de servicio del centro. La información pública, los formularios o los letreros se traducirán para las poblaciones que tienen un dominio limitado del inglés. Estas traducciones se proporcionarán en otros idiomas, además del inglés, hablados por al menos 1,000 personas o el 5 % (lo que sea menor) de la comunidad atendida por el hospital de la Organización Miembro.

F. Puede acceder a la Solicitud de asistencia financiera, a las instrucciones, al resumen en lenguaje sencillo y a la política de facturación y cobro por separado a través de http://northernlighthealth.org/billing-help.

G. Northern Light Health hará un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a una persona sobre la Política de Asistencia Financiera del hospital de la Organización Miembro y sobre cómo obtener asistencia con el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera al menos 30 días antes del inicio de las ECA contra la persona.

H. Si en cualquier momento durante el Período de solicitud el paciente expresa una incapacidad de pago, se le informará al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera y se le proporcionará una Solicitud de Asistencia Financiera. Se puede acceder a la Solicitud de Asistencia Financiera y a las instrucciones a través de http://northernlighthealth.org/billing-help.

IV. MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

A. El paciente debe recibir y completar una Solicitud de Asistencia Financiera por escrito y proporcionar todos los datos/documentos de respaldo necesarios para verificar la elegibilidad. La lista de los tipos de datos/documentos que se requieren para justificar la Solicitud de Asistencia Financiera figura en las instrucciones de la Solicitud de Asistencia Financiera. Northern Light Health no requiere la certificación notarial de ninguna solicitud o documentación de respaldo.

B. La Elegibilidad presunta es una determinación en la que se presume que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera sobre la base de criterios financieros e históricos:
   1. La persona es elegible para ciertos programas estatales, por ejemplo, SNAP, TANF;
   2. La persona es actualmente elegible para Medicaid, pero no lo era a la fecha del servicio;
   3. La persona no tiene hogar;
   4. La persona ha fallecido y no se conoce que tenga patrimonio con que se puedan pagar las deudas del hospital;
   5. La persona es elegible por el estado para recibir asistencia bajo la Ley de Compensación para Víctimas de Delitos Violentos o la Ley de Compensación para Víctimas de Agresión Sexual.

C. Se enviará una carta formal al paciente/tutor informando si la Solicitud de Asistencia Financiera ha sido aprobada o denegada. En caso de rechazo, total o parcial, la carta incluirá lo siguiente:
   1. Las razones específicas de la decisión, y
   2. Una declaración de que el solicitante tiene derecho a una audiencia imparcial con respecto a la denegación, e
   3. Instrucciones sobre cómo solicitar dicha audiencia imparcial.

D. Se utilizará una Solicitud de Asistencia Financiera aprobada por cualquier hospital de la Organización miembro de Northern Light Health para determinar de forma provisional la elegibilidad por parte de cualquier hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health durante un período de seis meses a partir de la fecha de aprobación, excepto si se aplica alguna de las siguientes condiciones:
   1. Prestación posterior de servicios para pacientes hospitalizados;
   2. Cambio en los ingresos;
   3. Cambio en el tamaño de la familia;
   4. Cambio en la situación laboral;
   5. El paciente cumple con los criterios de elegibilidad de Medicaid.

E. Las personas pueden ponerse en contacto con cualquier hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health para obtener más información sobre el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera y para obtener ayuda con la Solicitud de Asistencia Financiera. Se puede acceder a una lista de hospitales de la Organización Miembro y a la información de contacto a través de http://northernlighthealth.org/billing-help.

F. Pacientes que buscan atención médica de emergencia: los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health proporcionarán, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia (en el sentido de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social [42 U.S.C 1395dd]) a las personas, independientemente de su

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

elegibilidad para recibir asistencia en virtud de esta Política y según lo requiera la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, "EMTALA") como se describe con más detalle en la Política del Sistema 21-007, Reglas de Tratamiento de Emergencia y Traslado. Los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health no participarán en acciones que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento por afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran en la prestación, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

V. ACCIONES EXTRAORDINARIAS DE COBRO (ECA)

A. Requisitos generales antes de iniciar las ECA

Los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health no pueden iniciar ninguna ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha en que el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención y hasta que la persona haya sido notificada de la FAP. Además, antes de iniciar ECA contra un individuo, los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health deben hacer esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para asistencia financiera en virtud de la FAP de acuerdo con la **Sección 1** a continuación. No se podrán iniciar ECA si el paciente ha llegado a un acuerdo de pago satisfactorio con el hospital de la Organización Miembro. Finalmente, antes de iniciar cualquier ECA, el Vicepresidente de Finanzas, o la persona designada, debe determinar que el hospital de la Organización Miembro ha hecho esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible en virtud de la FAP y ha cumplido con la política de facturación de Northern Light Health. No se podrá iniciar ninguna ECA antes de dicha determinación por parte del Vicepresidente de Finanzas o la persona designada.

1. Esfuerzos razonables

Se considerará que un hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health ha realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP si el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health: (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 explicar claramente qué información o documentación adicional, si corresponde alguna, es necesaria para completar la solicitud; o (iii) dentro de los 45 días posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, proporciona una notificación a la persona sobre la FAP y procesa cualquier solicitud de FAP presentada por la persona (ya sea que la solicitud esté completa o incompleta) de acuerdo con los siguientes procedimientos.

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

a. Para hacer una determinación de elegibilidad presunta, el hospital de la Organización Miembro debe determinar que la persona es elegible para la asistencia financiera con base en información distinta a la proporcionada por la persona o con base en una determinación previa de elegibilidad en virtud de la FAP. Si se determina provisionalmente que la persona es elegible para recibir menos de la asistencia más generosa disponible en virtud de la FAP, el hospital de la Organización Miembro debe:
   i. Notificar a la persona la base de la determinación y cómo solicitar una asistencia más generosa en virtud de la FAP;
   ii. Dar a la persona un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar una ECA; y
   iii. Si la persona presenta una solicitud FAP completa en busca de una asistencia más generosa dentro del Período de solicitud, siga los pasos descritos en la **Sección 3** a continuación.

b. Con el fin de proporcionar un aviso adecuado a una persona sobre la FAP, los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health deben hacer todo lo siguiente:
   i. Notificar a la persona sobre la FAP de **todas** las siguientes maneras, al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA:
      1. Proporcionar a la persona una notificación por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles, identifique las ECA que el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health prevé utilizar para obtener el pago y establezca un plazo después del cual se pueden iniciar las ECA, plazo que no debe ser anterior a los 30 días siguientes a la fecha en que se proporciona la notificación por escrito.
      2. Adjuntar un resumen de la FAP en lenguaje sencillo al aviso por escrito.
      3. Hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la persona acerca de la FAP y sobre cómo la persona puede obtener ayuda 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 Miembro de 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 Miembro de Northern Light Health tomará las siguientes medidas adicionales descritas 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 la Organización Miembro de Northern Light Health deben, dentro de los 15 días posteriores a la recepción de una solicitud FAP

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

incompleta presentada durante el Período de solicitud, proporcionar a la persona un aviso de cómo completar la solicitud FAP y una oportunidad razonable para hacerlo dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud incompleta. Para cumplir con estos requisitos, los hospitales de la Organización Miembro de Northern Light Health deben hacer todo lo siguiente:

i. No iniciar ECA, ni tomar medidas adicionales sobre las ECA iniciadas anteriormente.
ii. Proporcionar a la persona un aviso por escrito, en un plazo de 30 días, que contenga la siguiente información:
    - Descripción de la información o documentación en el FAP o en el formulario de solicitud FAP que se debe presentar para completar la solicitud FAP.
    - Información de contacto, incluido el número de teléfono y la ubicación física, de: (i) la oficina o departamento del hospital de la Organización Miembro que puede proporcionar información sobre la FAP; y (ii) una de las siguientes: (a) la oficina o departamento del hospital de la Organización Miembro que puede proporcionar asistencia con el proceso de solicitud de la FAP, o bien (b) al menos una organización sin fines de lucro o agencia gubernamental que el hospital de la Organización Miembro haya identificado como una fuente disponible de asistencia con las solicitudes de la FAP.

b. Si la persona presenta posteriormente una solicitud completa de FAP durante el Período de solicitud, los hospitales de la Organización Miembro 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 la Organización Miembro de Northern Light Health deben, dentro de los 45 días posteriores a la recepción, completar todo lo siguiente con respecto a una persona que presente una solicitud FAP completa durante el Período de solicitud:
      i. No iniciar ECA, ni tomar medidas adicionales sobre las ECA iniciadas anteriormente.
      ii. Emitir una determinación sobre si la persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a la FAP en un plazo de 45 días. Si se determina que la persona es elegible para la asistencia financiera, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health también debe tomar las medidas que figuran en la **Sección 3.b.** a continuación.
      iii. Notificar a la persona la determinación de elegibilidad por escrito, incluida la asistencia para la que la persona es elegible (si corresponde) y las bases para la determinación de elegibilidad en un plazo de 45 días.

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

b. Si se determina que la persona es elegible para recibir asistencia financiera según la FAP, el hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health debe tomar las siguientes medidas adicionales:
    i. Reembolsar cualquier monto pagado por la atención que exceda el monto que se determine que la persona es responsable de pagar como persona elegible para la FAP, a menos que el monto del reembolso sea menor a $5.00. Los reembolsos son **únicamente** para pagos por los episodios de atención a los que se refiere la solicitud de FAP de una persona.
    ii. Tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada en contra de la persona para obtener el pago por la atención (p. ej., anular cualquier fallo, cancelar cualquier gravamen o embargo y eliminar cualquier información adversa de un informe de crédito).
    iii. Si la persona es elegible para recibir asistencia financiera que no sea la atención gratuita, se debe proporcionar un estado de cuenta que indique: (i) el monto que la persona debe por la atención como persona elegible para la FAP; ii) la forma en que se determinó esa cantidad; y (iii) el AGB correspondiente a la atención.

VI. LISTA DE PROVEEDORES QUE BRINDAN ATENCIÓN DE EMERGENCIA U OTRA ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA

La Lista de Proveedores de Asistencia Financiera de Northern Light Health, que se encuentra en http://northernlighthealth.org/billing-help, contiene una lista de los proveedores de cada hospital de la Organización Miembro de Northern Light Health que brindan Atención de Emergencia o Atención Médicamente Necesaria y especifica cuáles de estos proveedores están cubiertos por esta Política. Northern Light Health actualiza regularmente su lista de proveedores en un esfuerzo por garantizar que la lista se mantenga precisa y actualizada. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que esta lista no se haya actualizado para incluir un nuevo proveedor o para reflejar un cambio en el estado de un proveedor como cubierto o no cubierto por esta Política. Northern Light Health recomienda que las personas consulten a un asesor financiero de Northern Light Health siempre que sea posible para confirmar si la información sobre un proveedor en particular se refleja con precisión.

VII. SEGUIMIENTO Y PRESENTACIÓN DE INFORMES

A. Se debe conservar un registro de Solicitudes de Asistencia Financiera a partir del cual se puedan generar informes periódicos, aparte de cualquier otro estado financiero requerido.
B. Las actividades relacionadas con la Asistencia Financiera se informarán anualmente a la comunidad, sobre la base de los costos estimados de los servicios.

REFERENCIAS

10-144 CMR cap. 150 Pautas de atención gratuita

22 MRSA 1716 Atención de caridad y programas de asistencia financiera proporcionados por hospitales

ANEXOS
(Se accede a ambos archivos adjuntos a través de http://northernlighthealth.org/billing-help o a través del enlace externo ubicado arriba de esta Política)
Solicitud de asistencia financiera
Lista de proveedores de asistencia financiera

Este documento fue aprobado por los comités que se indican a continuación en la(s) fecha(s) que se indican:
Junta Directiva, 4/28/2005, 9/25/2007 (no publicado), 8/16/2009, 6/16/2011, 6/13/2012, 10/8/2014, 6/22/2016, 10/4/2017, 10/2/2019, 10/07/2020, 06/09/2021, 10/11/2023, 5/27/2026
Comité de Gobernanza de la Junta Directiva, 6/1/2011, 10/8/2014, 5/4/2016, 9/12/2017, 9/18/2019; 9/07/2023, 5/27/2026
Comité de Finanzas de la Junta Directiva, 5/8/2009, 7/30/2014, 5/25/2016, 9/13/2017, 9/16/2019, 8/20/2020, 06/02/2021, 5/31/2023, 1/28/2026, 4/29/2026
Consejo de Liderazgo, 19/06/2012, 17/06/2014, 19/09/2017, 01/09/2020, 30/04/2021
Consejo de Finanzas, 6/5/2014, 3/8/2016, 8/8/2017, 7/15/2020, 4/30/2021, 3/24/2023, 10/17/2025, 4/24/2026

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.