

<b>Última revisión:</b>	10/21/2024
-------------------------	------------

## **Ayuda financiera al paciente**

### **Propósito:**

NeighborHealth (el “Centro de salud”), desarrolló esta política para identificar y ayudar a las personas de bajos ingresos, sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente, a inscribirse en planes de seguro médico o programas de ayuda financiera para cubrir los gastos de cuidado de la salud y garantizar el acceso oportuno y adecuado a los cuidados de salud necesarios.

### **Declaración de política:**

NeighborHealth, en colaboración con el Boston Medical Center, tiene como política proporcionar cuidado médico requerido a todos los pacientes, sin importar su capacidad económica, y otorgar ayuda financiera a aquellos que carecen de seguro médico o cuentan con una cobertura insuficiente y no pueden pagarlo. Todos los pacientes que acudan a NeighborHealth y necesiten servicios de emergencia, urgencia, o cualquier otro tipo de cuidado médico necesario, serán atendidos independientemente de su raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad o expresión de género, o capacidad de económica de pago.

NeighborHealth brinda ayuda financiera a todos los pacientes de escasos recursos económicos, ya sea que no cuenten con seguro médico o tengan una cobertura insuficiente, siempre y cuando puedan demostrar su incapacidad para cubrir la totalidad o parte de los costos habituales. Los pacientes que no cuenten con los recursos financieros necesarios serán evaluados para determinar si cumplen con los requisitos para acceder a Medicaid u otros programas estatales, Qualified Health Plans (Planes de Salud Calificados), o serán evaluados de acuerdo con criterios establecidos previamente para determinar si son elegibles para recibir ayuda a través del Programa de Descuento por Tarifa variable (SFDP, por sus siglas en inglés) El Programa de Descuento detalla todas las situaciones en las que los pacientes pueden acceder a cuidado médico gratuito o con descuento. El porcentaje de descuento se establece según los ingresos de la familia y el número de miembros de esta, de acuerdo con las pautas de elegibilidad del SFDP.

La información sobre la oferta de programas de ayuda financiera del centro de salud se pone a disposición de los pacientes al registrarse para recibir los servicios y al recibir la factura. Todos los pacientes pueden solicitar ayuda financiera en cualquier momento durante el ciclo de facturación y cobro. un paciente que reúna los requisitos para participar en el Programa SFDP de NeighborHealth nunca se le cobrará más que los montos generalmente facturados por la prestación de servicios médicamente necesarios, ni el hospital intentará calificar a un paciente para recibir cuidado gratuito o reducido en virtud del Programa SFDP con el fin de generar negocios de desembolso en virtud de un programa federal de cuidado médico o para influir en la selección de un proveedor, profesional o distribuidor en particular por parte de un beneficiario.

The Finance Committee of the Board of Trustees (El Comité de Finanzas de la Junta Directiva) de NeighborHealth revisó y aprobó esta política. Se puede obtener información sobre la Política de

# NeighborHealth

## Policy and Procedure

Ayuda Financiera y el programa de ayuda financiera, incluyendo el Resumen en Lenguaje Sencillo, (Anexo A), el Formulario de Solicitud del Programa SFDP de NeighborHealth, o copias de esta política y de los documentos del Programa SFDP:

- En cualquier área de registro de pacientes dentro de NeighborHealth
- Llamando al Departamento de Servicios al Paciente al 617-568-4600
- Visitando el sitio Web del centro de salud en <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/> para su revisión o descarga
- Enviando una solicitud de copias por escrito por correo a o NeighborHealth

Atención: Departamento de Servicios al Paciente  
10 Gove Street  
East Boston, MA 02128

### Aplicación:

La Política de Ayuda Financiera se aplica a las siguientes ubicaciones de NeighborHealth:

- NeighborHealth/East Boston, 10 Gove Street, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/East Boston, 20 Maverick Square, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/East Boston, 79 Paris Street, Boston, MA 02128
- NeighborHealth/South End, 1601 Washington Street, Boston, MA 02118
- NeighborHealth/South End, Hass Center, 400 Shawmut Ave, Boston, MA 02118
- NeighborHealth/Winthrop, 17 Main Street, Winthrop, MA 02152

### Excepciones:

Aunque NeighborHealth se compromete a ayudar a los pacientes con ingresos y recursos limitados en la solicitud de los programas disponibles para cubrir el costo del cuidado médico, la Política de Ayuda Financiera se restringe a la cobertura de servicios de emergencia, servicios urgentes y otros cuidados Médicamente Necesarios. Normalmente, los gastos que no son elegibles para descuentos bajo la Cláusula de Protección al Consumidor (CCP, por sus siglas en inglés) incluyen:

- Reclamos por accidentes de vehículos, reclamos de responsabilidad civil de terceros, servicios con tarifas fijas, tarifas acordadas y otros servicios que no sean considerados necesarios desde una perspectiva médica, así como servicios en los que ya se hayan aplicado descuentos en el cargo.

### Definiciones:

**ACA- Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio)-** La ley de reforma integral de cuidado de salud, decretada en marzo de 2010 (a veces conocida como ACA o Obamacare) que consiste en: hacer accesible el cuidado de salud a bajo precio a un mayor número de personas, proporcionando subsidios (“créditos fiscales para primas”) que reducen los costos para los hogares con ingresos entre el 100% y el 400% del límite federal de pobreza; ampliar los

programas estatales de Medicaid para cubrir a todos los adultos con ingresos del 138% del nivel federal de pobreza; y apoyar métodos innovadores de prestación de cuidado médico, diseñados para reducir los costos del cuidado de salud en general.

**CAC- Certified Application Counselor (Consejeros Certificados para-Solicitudes)-** Una persona (afiliada a una organización designada) que posee la capacitación y competencia necesarias, está disponible para ayudar a los consumidores, a las pequeñas empresas y a sus empleados en la revisión de las opciones de cobertura médica que cumplen con ACA, ofrecidas a través de Health Insurance Marketplace (Mercado de Seguros Médicos). Su función es ayudarles a determinar su elegibilidad y completar los formularios de inscripción.

**Servicios electivos -** Servicios médicamente necesarios que no requieren cuidado o tratamiento de un servicio de urgencias o de un hospital para pacientes con afecciones agudas para su estabilización médica y que, por lo tanto, no se ajustan a la definición de servicios urgentes o de emergencia. Normalmente, pero no exclusivamente, el paciente programa dichos servicios con antelación.

**Servicios de emergencia -** Los servicios médicos necesarios son aquellos que se brindan después de que una condición médica, ya sea física o mental, se manifiesta con síntomas lo suficientemente graves, como un dolor intenso, que podría afectar negativamente la salud de la persona si no se recibe cuidado médico de inmediato. Esto podría resultar en un grave peligro, deterioro o disfunción de alguna parte del cuerpo o un órgano. con respecto a una mujer embarazada, tal y como se define además en la sección 1867(e) (1) (B) de la Ley de Seguridad Social, 42 U. S. C. § 1295dd(e)(1)(B). S.C. § 1295dd(e)(1)(B). Los Servicios de Emergencia incluyen un examen médico de detección y el tratamiento de afecciones médicas de emergencia, así como cualquier otro servicio similar proporcionado según lo requerido por EMTALA (42 USC 1395(dd)) se califica como Cuidado de Emergencia. Los Servicios de Emergencia también incluyen los servicios considerados de emergencia por un profesional médico autorizado.

**EMTALA – Emergency Medical Treatment & Labor Act (Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia)-**ley decretada por el Congreso en 1986 para garantizar el acceso público a los servicios de emergencia independientemente de la capacidad de pago de cada uno. El artículo 1867 de Social Security Act (Ley de Seguridad Social) impone obligaciones específicas a los hospitales participantes en Medicare que ofrecen servicios de emergencia para que realicen un reconocimiento médico cuando se solicite un examen o tratamiento para una afección médica de emergencia, incluido el parto en curso, independientemente de la capacidad de pago de la persona. A continuación, los hospitales deben proporcionar tratamiento estabilizador a los pacientes con condiciones médicas de emergencia (EMC's, por sus siglas en inglés). Si un hospital no está capacitado para estabilizar a un paciente dentro de sus posibilidades, o si el paciente lo solicita, debe procederse a un traslado adecuado.

**ECA -Extraordinary Collection Actions (Medidas de Cobro Extraordinarias) -** Cualquier acción tomada por NeighborHealth (o cualquier agente de NeighborHealth, incluyendo una agencia de colección) contra un individuo relacionada con la obtención del pago de una cuenta cubierta bajo esta política que requiera un proceso legal o judicial, involucre la venta de la deuda

de un individuo a otra parte o el reporte de información adversa sobre el individuo a agencias de reporte de crédito al consumidor o agencias de crédito. La entrega de una cuenta a un tercero para su cobro no constituye una ECA.

**FPG- Federal Poverty Guidelines (Directrices Federales de Pobreza)**– Determinado por el gobierno de los Estados Unidos y publicado anualmente en el Registro Federal. FPG se basan en el tamaño de una familia y los ingresos de la familia y se utiliza para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera bajo los programas estatales de Medicaid y la Política de Ayuda Financiera de NeighborHealth.

**Gastos brutos** – El precio completo y establecido por el cuidado médico que NeighborHealth cobra de manera consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar asignaciones contractuales, descuentos y otras deducciones.

**HSN - Health Safety Net (La Red de Seguridad de Salud)** – Es un programa de ayuda financiera que paga determinados servicios médicamente necesarios, prestados a pacientes con bajos recursos que reúnen los requisitos necesarios en los centros de salud comunitarios (CHC, por sus siglas en inglés) y hospitales de cuidado intensivo de Massachusetts. HSN también paga a los CHC y a los hospitales de cuidados intensivos los gastos por dificultades médicas (cuando los gastos médicos que cumplen los requisitos superan un porcentaje determinado de los ingresos de una familia) y algunos tipos de deudas incobrables de los hospitales. HSN se creó para distribuir de forma más equitativa el costo de proporcionar cuidados no compensados a los residentes de Massachusetts con bajos ingresos mediante la oferta de cuidados gratuitos o con descuento en los hospitales de cuidados intensivos del estado. La mancomunación de HSN de los cuidados no compensados se lleva a cabo a través de una evaluación de cada hospital para cubrir el costo del cuidado de los pacientes no asegurados y parcialmente asegurados con ingresos por debajo del 300% del nivel federal de pobreza. La política del centro de salud es que todos los pacientes que reciban ayuda financiera en virtud de la política de ayuda financiera del hospital incluyan los servicios de HSN como parte de los cuidados no compensados prestados a pacientes con ingresos bajos.

**Asegurado** - El estatus de un paciente con seguro o cobertura de terceros que paga la totalidad o una parte de los gastos brutos del paciente por servicios médicos. Esta categoría incluye a aquellos pacientes cubiertos por un contribuyente gubernamental como Medicare, Medicaid, Champus y prestaciones autorizadas para veteranos; así como contribuyentes privados como Medicare Advantage, organizaciones de cuidado administrado de Medicaid, comerciales o de cuidado administrado, seguros de automóviles y de compensación laboral.

**Médicamente necesario** - Servicios que razonablemente se espera que prevengan, diagnostiquen, eviten agravar, alivien, corrijan o curen afecciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, provoquen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad o provoquen una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios de hospitalización y ambulatorios autorizados por el Título XIX de la Ley de Seguridad Social. Sin embargo, una clasificación de médicamente necesario no

infringe ni engloba la clasificación de servicios de emergencia ni las leyes EMTALA asociadas con esa designación.

**Otros Servicios** - Servicios cuya necesidad médica no ha sido demostrada por el profesional clínico encargado de la revisión o cuando las cualificaciones del paciente para el servicio pueden no ajustarse a las definiciones generales del plan de seguro para cumplir los criterios clave de necesidad médica para el servicio.

**Servicios de Cuidado Primario** - Servicios de cuidado de la salud, prestados habitualmente por proveedores de medicina general, proveedores de medicina de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeras de cuidado primario o asociados médicos. Los servicios de cuidados primarios no requieren los recursos especializados de un hospital de cuidados intensivos o de un servicio de emergencias, y excluyen los servicios auxiliares y los servicios de maternidad.

**Planes de Salud Calificados**- Un plan de seguro, certificado por el Mercado de Seguros Médicos, que proporciona prestaciones de salud esenciales, respeta los límites establecidos de gastos comunes (como deducibles, copagos e importes máximos de gastos de propio bolsillo) y cumple otros requisitos establecidos bajo ACA.

**Seguro insuficiente** - El estatus del paciente que tiene algún tipo de seguro de salud que no proporciona una protección financiera suficiente, lo que resulta en la incapacidad del paciente para cubrir los gastos de cuidado médico de su propio bolsillo, tales como copagos, coseguros y deducibles determinados por el suministrador del seguro y debidos por el paciente por los servicios médicos prestados.

**No asegurado** - El estatus de un paciente que no tiene ningún seguro médico en efecto para una fecha específica de servicio o donde su cobertura no es efectiva para un servicio específico debido a limitaciones de la red, limitación de beneficios del seguro y otros servicios no cubiertos.

**Servicios de cuidado urgente** - Servicios médicamente necesarios prestados tras la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que una persona no experta prudente considere que la ausencia de cuidados médicos en un plazo de 24 horas podría provocar razonablemente: poner en peligro la salud del paciente, deterioro de las funciones corporales o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se prestan para afecciones que no ponen en peligro la vida y no suponen un alto riesgo de daños graves para la salud de una persona. Los servicios de cuidados urgentes no incluyen los cuidados primarios o electivos.

## **Procedimientos**

### **I. Cobertura para los servicios del cuidado de la salud.**

NeighborHealth brinda cuidado médico a todos los pacientes que requieren Servicios de Emergencia, Servicios Urgentes y otros servicios médicamente necesarios sin importar su habilidad para pagar. De acuerdo con los requisitos federales de la Ley (EMTALA), el

centro de salud realizará un examen de detección médica a todos los pacientes que se presenten en un establecimiento de NeighborHealth en busca de servicios de emergencia para determinar si existe una afección médica de emergencia. El profesional médico encargado del tratamiento determinará si se necesitan servicios de emergencia o no evaluando el nivel de cuidado y tratamiento necesario para cada paciente en función de los síntomas clínicos que presente y siguiendo las normas de práctica aplicables.

- A. La elegibilidad para recibir cuidado médico gratuito o a precio reducido bajo el Programa SFDP de NeighborHealth se aplica a los servicios de emergencia, urgencia y cuidado primario. Las determinaciones de elegibilidad generalmente se realizan después de la prestación del servicio y se basan en la situación financiera del paciente según lo determinan las Pautas FPG (Véase la tabla FPG en el Anexo C). En ningún caso la determinación de elegibilidad FAP de un paciente interfiere con el acceso a cuidado de emergencia y que el hospital proporcionará cuidado de emergencia independientemente de la elegibilidad FAP.
- B. Los servicios de cuidado primario incluyen el cuidado médico requerido para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Estos servicios generalmente se programan con antelación o pueden ser programados el mismo día por el paciente o el proveedor de cuidado médico.
  - a. El cuidado primario es la que habitualmente proporcionan los proveedores generales, los proveedores de familia, los internistas generales, los pediatras generales y las enfermeras o los médicos asociados, y no requiere los recursos especializados de un servicio de emergencia de un hospital de cuidados intensivos y puede excluir los servicios auxiliares y los servicios de maternidad.
- C. La elegibilidad para el Programa SFDP de NeighborHealth se aplica consistentemente a todos los servicios de emergencia, servicios de urgencia, servicios de cuidado primario y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por el centro.

## **II. Ayuda financiera y requisitos para participar en el programa**

- A. NeighborHealth ofrece ayuda financiera a través del programa SFDP a todos los pacientes no asegurados que califiquen, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, si un paciente no asegurado no puede pagar el saldo restante después de aplicar a el descuento por autopago, el paciente puede aplicar y solicitar NeighborHealth Harship Waiver (Exoneración por Dificultades Financieras de NeighborHealth)
  - a. Si un paciente no asegurado recibe SFDP y posteriormente proporciona información válida de cobertura de seguro para la fecha de servicio del paciente, se revertirá el SFDP y NeighborHealth emitirá la factura al organismo tercero.
  - b. Servicios generalmente excluidos del descuento para pacientes que autopagan:

- i. Servicios prestados por profesionales médicos que son contratistas independientes y facturan en forma privada por el cuidado médico prestado, en lugar de hacerlo a través de NeighborHealth.
  - ii. Las reclamaciones por accidentes de automóvil, las reclamaciones por responsabilidad civil a terceros, los servicios de tarifa fija, las tarifas contratadas, otros servicios no necesarios desde el punto de vista médico y/u otros servicios en los que ya se han aplicado otros descuentos a los cargos suelen estar excluidos, aunque no explícitamente, del descuento por autopago, ya que puede aplicarse la Contraprestación Individual.
- B. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que demuestren necesidad financiera del cuidado médico son evaluados para elegibilidad y cobertura en base a lineamientos consistentes y preestablecidos determinados por programas estatales de Medicaid, Planes de Salud Calificados y el Programa de SFDP de NeighborHealth.
- C. Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera en cualquier momento durante la preinscripción, la inscripción, el servicio ambulatorio o a lo largo del ciclo de facturación y cobro, solicitando y presentando una solicitud de ayuda financiera debidamente completada.
- D. Los CAC están disponibles en el Departamento de Acceso para Pacientes del centro de salud para verificar la elegibilidad de los pacientes para el programa y proporcionar ayuda en persona para registrarse, según sea necesario. Elementos necesarios para solicitar Charity Care Program (el Programa de Cuidado Caritativo) :
  - a. Solicitud completa, firmada por el paciente y su cónyuge, si está casado, o por un tutor (padre, madre o guardián).
  - b. Prueba de domicilio
  - c. Prueba de identidad
  - d. Prueba de ingresos familiares
    - i. Ingresos obtenidos
    - ii. Ingresos no obtenidos
    - iii. Ingresos por alquiler
  - e. Declaración de manutención (si no se declaran ingresos)
  - f. Información sobre activos, que debe incluir:
    - i. extracto bancario
- E. Todos los pacientes que soliciten ayuda financiera deben ser evaluados en primer lugar para determinar si cumplen los requisitos de los programas de ayuda pública o QHP específicos del estado en que resida el paciente.
  - a. En Massachusetts, los programas incluyen, entre otros, MassHealth, el programa de ayuda al pago de primas dirigido por Health Connector,

- Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship.
- b. El proceso de selección y solicitud del seguro médico público lo llevan a cabo en el centro de salud los CAC. Las solicitudes pueden completarse y enviarse en papel, por fax o en línea a través del HIX- State Health Insurance Exchange system (Sistema estatal de intercambio de seguros de salud)
  - c. El proceso de selección y solicitud del seguro médico público lo llevan a cabo en el centro de salud los consejeros CAC. Las solicitudes pueden completarse y enviarse en papel, por fax o en línea a través de HIX
- F. Los CAC del centro de salud también pueden ayudar a los pacientes a solicitar la presunta elegibilidad para conceder a los pacientes en circunstancias especiales el acceso inmediato a los servicios cubiertos a través de MassHealth o Health Safety Net.
- i. El proceso de presunta elegibilidad es completado por un CAC, que sobre la base de la auto atestación del paciente de la información financiera, determinará que el paciente cumple con la definición del estado de Paciente de Bajos Ingresos y por lo tanto calificará paciente para la cobertura bajo MassHealth o HSN.
  - ii. Una designación de presunta elegibilidad proporciona un periodo limitado de cobertura elegible, que comienza en la fecha en que el CAC del centro de salud toma la determinación hasta el final del mes siguiente. Durante un periodo de presunta elegibilidad, los pacientes deben cumplimentar y presentar una solicitud debidamente completada y acompañada de los documentos de verificación necesarios para garantizar la continuidad de la cobertura.
- G. Si se determina que un paciente no es elegible para un programa de ayuda pública, QHP, HSN o Medical Hardship, entonces se evaluará si el paciente es elegible para el programa SFDP del Hospital.
- a. A través de la participación en Health Safety Net de Massachusetts, los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que reciben servicios en NeighborHealth pueden ser elegibles para recibir ayuda financiera, incluyendo cuidado gratuito o parcialmente gratuito para los servicios elegibles de HSN. Es política del hospital que todos los pacientes que reciban ayuda financiera bajo la política de ayuda financiera del hospital incluyan los servicios de Health Safety Net como parte del cuidado no compensado proporcionado a pacientes de bajos ingresos.
    - i. *Health Safety Net - Primary* - Los residentes de Massachusetts no asegurados con ingresos verificados entre el 0 y el 300% del Nivel Federal de Pobreza pueden



- ser determinados elegibles para los servicios elegibles de Health Safety Net.
- a. El período de elegibilidad y el tipo de servicios cubiertos por *HSN Primary* están limitados para los pacientes elegibles para la afiliación al Premium Assistance Payment Program de Massachusetts operado por el Health Connector.
  - b. Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Seguro Médico para Estudiantes de Massachusetts no tienen derecho a *HSN Primary*.
- ii. *Health Safety Net – Secondary* - Los pacientes que son residentes de Massachusetts con seguro médico primario e ingresos entre el 0 y el 300% del Nivel Federal de Pobreza pueden ser determinados elegibles para los Servicios Elegibles de Health Safety Net.
- a. El período de elegibilidad y el tipo de servicios para *HSN-Secundaria* se limita a los pacientes elegibles para la inscripción en el Programa de Pago de Asistencia Premium operado por Health Connector.
- iii. Los pacientes que reúnan los requisitos para *HSN Primary* o *HSN - Secondary* con ingresos entre el 150,1% y el 300% del Federal Poverty Level pueden estar sujetos a un deducible anual si todos los miembros del Premium Billing Family Group tienen ingresos superiores al 150,1% del Federal Poverty Level. No hay franquicia para ningún miembro del grupo familiar de facturación Premium si los ingresos superan el 150,1% del nivel federal de pobreza. El deducible anual es igual al mayor de los siguientes importes:
- iv.
- a. la prima más económica del Programa de ayuda para pagar primas (Premium Assistance Payment) operado por Health Connector, ajustada para el tamaño del grupo familiar que factura la prima proporcionalmente a los estándares de ingresos del nivel federal de pobreza de MassHealth, al inicio del calendario anual; o bien
  - b. El 40% de la diferencia entre los ingresos más bajos de la unidad familiar con ingresos brutos ajustados modificados de MassHealth o los ingresos contables de la unidad familiar por dificultades médicas, según se describe en 101 CMR 613.04(1),

pertenecientes al grupo familiar de facturación de primas del solicitante y el 200% del nivel federal de pobreza.

*Health Safety Net - Medical Hardship* - Un residente de Massachusetts de cualquier nivel de ingresos puede optar a la cobertura de *Medical Hardship* a través de Health Safety Net si los gastos médicos permitidos han disminuido tanto sus ingresos contables que no puede pagar los servicios médicos. Para tener derecho a *Medical Hardship*, los gastos médicos admisibles del solicitante deben superar un porcentaje determinado de sus ingresos, según se indica a continuación:

Nivel de ingresos y porcentaje de los ingresos contables:

0 - 205%	Nivel Federal de Pobreza 10%
205.1 - 305%	Nivel Federal de Pobreza 15%
305.1 - 405%	Nivel Federal de Pobreza 20%
405.1 - 605%	Nivel Federal de Pobreza 30%
> 605.1%	Nivel Federal de Pobreza 40%

- b. La contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado de los ingresos contables basado en el nivel federal de pobreza de la familia con *Medical Hardship*, multiplicado por los ingresos contables reales menos las facturas no elegibles para el pago de Health Safety Net, de las que el solicitante seguirá siendo responsable.
  
- b. Los individuos que cumplan los requisitos de elegibilidad para optar a la ayuda financiera de un programa de Health Safety Net descritos en II.E. de la FAP pueden tener facturas existentes por servicios prestados antes de los 10 días que preceden a la fecha de solicitud de cobertura de Health Safety Net. De acuerdo con la normativa de Health Safety Net, determinados servicios primarios y electivos no podrán acogerse a la cobertura de Health Safety Net antes del periodo de 10 días y la persona seguirá siendo responsable de los importes de dichas facturas. En el momento en que se determine la elegibilidad para Health Safety Net, NeighborHealth proporcionará una cobertura de cuidado caritativo del 100% de estas facturas por servicios prestados antes del período de 10 días y no realizará más cobros de estas facturas.
  
- H. Los pacientes que se determine que no son elegibles para un programa de ayuda pública, QHP, HSN o Medical Hardship serán evaluados para determinar si son elegibles para el Programa SFDP de NeighborHealth. La información recopilada

se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de Descuento por Tarifa Variable.

- a. Los pacientes que reúnan los requisitos para acogerse al Programa SFDP tendrán derecho a un descuento, aplicado a los cargos en bruto, que puede cubrir la totalidad o una parte de sus facturas médicas impagadas. La elegibilidad de los pacientes y el descuento aplicable se determinan utilizando la tabla del Anexo C.
  - b. La elegibilidad para el cuidado gratuito o reducido, en todos los casos considerados para la ayuda financiera, se determina utilizando las Directrices Federales de Pobreza publicadas más recientemente (Ver Anexo C)
- K Se podrá considerar individualmente a los pacientes que demuestren una situación financiera única, y se podrán aplicar descuentos caso por caso, de acuerdo con la Política de Crédito y Cobro del hospital y más allá de las demás disposiciones descritas en la FAP, para reconocer casos únicos de dificultades financieras.

### **III. Método para solicitar ayuda financiera**

- A. Los pacientes pueden pedir y solicitar ayuda financiera:
  - a. Visitando las oficinas de Servicios al Paciente en 79 Paris Street, East Boston, MA 02128 y 1601 Washington St, Boston, MA 02118
  - b. Llamando al Departamento de Servicios al Paciente al 617-568-4600 para ser evaluado por teléfono o para concertar una cita con un consejero Financiero, de lunes a viernes, de 8 AM a 5 PM.
  - c. B Enviando por correo una solicitud escrita de información FAP, incluyendo copias del Formulario de Evaluación de Ayuda Financiera y de la solicitud del Programa de Descuentos según Tarifas de NeighborHealth que deben completarse y enviarse por correo para su procesamiento.
    - i. La FAP y la solicitud del Programa de Descuentos según Tarifas variables de NeighborHealth están disponibles en <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>, y pueden imprimirse, completarse y devolverse en persona o por correo para su tramitación.
    - ii. Si la solicitud se presenta por correo, los pacientes deben enviar el formulario de selección de ayuda financiera, la solicitud y copias de los documentos requeridos a:
      - NeighborHealth  
Atención: Departamento de Servicio al Paciente  
10 Gove Street  
East Boston, MA 02128
- B. Determinación de elegibilidad

- a. El departamento de Cuentas de Pacientes de NeighborHealth es responsable de determinar la elegibilidad basándose en la documentación proporcionada por el paciente para el proceso de solicitud. Los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Cuentas de Pacientes si tienen preguntas sobre la determinación de elegibilidad llamando al 617-568-7220.
- b. O una vez completada y recibida la solicitud, se determinará si cumple los requisitos y se notificará por escrito la decisión al solicitante.
- c. Notificación de solicitud de información adicional o denegación:
  - i. No se denegará la ayuda financiera basándose únicamente en una solicitud incompleta presentada inicialmente por el paciente. Los tipos más comunes de documentación requerida para solicitar se mencionan en la sección II.D de esta política y se describen en el documento resumen adjunto de NeighborHealth (Anexo B).
  - ii. Si se necesita documentación adicional para tomar una decisión, se notificará al paciente por correo USPS con una solicitud de devolución de los documentos de verificación en un plazo de 30 días a partir de la fecha de notificación.
  - iii. Si el paciente no proporciona documentación adicional, entonces la solicitud de ayuda financiera puede ser denegada y se facturará al paciente de acuerdo con la Política de Facturación y Cobro de NeighborHealth.
    - a. Los pacientes no asegurados que no reúnan los requisitos o a los que se les denieguen los programas de ayuda económica recibirán el descuento por pago por cuenta propia que corresponda.
    - b. Los pacientes con seguro insuficiente considerados no aptos o rechazados para los programas de ayuda financiera serán responsables del saldo restante de la factura tras la tramitación del seguro.
    - c. NeighborHealth realizara esfuerzos considerables para recaudar los saldos adeudados.
      - i. El paciente recibirá un mínimo de cuatro extractos durante un periodo de 120 días antes de que se considere la cuenta como deuda morosa.
      - ii. Otras medidas de recaudación incluyen llamadas telefónicas, cartas de recaudación, avisos de contacto personal, notificaciones informáticas o cualquier otro método de notificación que constituya un verdadero esfuerzo por comunicarse con la parte responsable del saldo.

- iii. NeighborHealth puede contratar a una agencia de recaudación externa para ayudar en el proceso de recaudación de ciertas cuentas, incluidos los montos a cargo del paciente que no se hayan resuelto después de la emisión de las facturas del centro de salud o de las notificaciones finales. Sin embargo, NeighborHealth no emprende Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA, por sus siglas en inglés) para obtener el pago de saldos de cuentas vencidas.
- d. La Política de cobro y crédito de NeighborHealth está disponible para su revisión en el sitio web del centro de salud de salud en <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.
- e. Notificación de aprobación
  - i. Los pacientes aprobados, sin seguro o con seguro insuficiente, recibirán un descuento según lo especificado en la FAP, (véase el Anexo C para el resumen de los criterios de elegibilidad y el descuento aplicable).
  - ii. correo para notificar la aprobación para el programa de ayuda financiera. Esta notificación incluirá los pasos que el paciente puede seguir para obtener información sobre cómo se determinó su responsabilidad como paciente, si es pertinente.
  - iii. Si un paciente ya ha establecido un plan de pago o ha realizado pagos en su cuenta y posteriormente es aprobado para el Programa de Descuento de Tarifas Variables de NeighborHealth, cualquier pago que supere el monto del copago del programa de beneficencia se aplicará a otras cuentas pendientes o se reembolsará al paciente si no existen otras deudas pendientes.
- f. Responsabilidades del paciente
  - i. Los pacientes deben participar en el proceso de selección de ayuda económica y aceptar solicitar la cobertura de seguro médico disponible si se considera que pueden optar a un programa estatal de ayuda pública o a un Qualified Health Plan.
  - ii. NeighborHealth se reserva el derecho de solicitar la verificación de una solicitud denegada para un programa de seguro médico disponible antes de que el paciente pueda ser considerado para recibir ayuda financiera bajo el Charity Program de NeighborHealth.

- iii. Los pacientes deben presentar una solicitud del Programa de Descuentos según el Ingreso de NeighborHealth completada y firmada y proporcionar documentación para verificar los ingresos y el tamaño de la familia necesarios para inscribirse en una cobertura de seguro médico o para solicitar ayuda bajo el Programa de Descuentos según el Ingreso de NeighborHealth. (Vea el Anexo D para la Solicitud del Programa SFDP)
  - iv. Los pacientes deben revelar por completo cualquier cobertura de indemnización por accidente laboral, automóvil o responsabilidad civil y cooperar con las solicitudes para que las reclamaciones sean procesadas por el contribuyente identificado.
  - v. Los pacientes están obligados a proporcionar al departamento de Acceso para Pacientes del centro de salud de salud con actualizaciones puntuales sobre cambios de domicilio, empleo o situación del seguro, tal y como exigen los programas de ayuda financiera.
  - vi. Los pacientes deben aceptar pagar los montos pendientes después de la tramitación del seguro, no elegibles para descuentos bajo la FAP, tales como copagos, coseguros y deducibles.
- g. Responsabilidades de NeighborHealth
- i. NeighborHealth hará todos los esfuerzos razonables para recopilar la información sobre el estado del seguro del paciente y los datos financieros necesarios para determinar la responsabilidad del pago de todos los servicios de atención médica ambulatoria, durante la preregistración del paciente, en la fecha del servicio, o dentro de un plazo razonable después de la fecha del servicio. Estos esfuerzos razonables incluyen:
    - a. Solicitar la tarjeta del seguro del paciente.
    - b. Verificación de la cobertura en el sistema de elegibilidad del centro de salud de Salud
    - c. Verificación de la cobertura mediante el acceso a bases de datos de seguros públicos o privados
    - d. Obtención de información sobre pagadores terceros.
  - ii. NeighborHealth intentará investigar a cualquier pagador tercero que pueda ser responsable de pagar los servicios prestados, incluidos, entre otros:
    - a. Póliza de responsabilidad civil de automóvil o de vivienda
    - b. Pólizas de accidentes generales
    - c. Programas de indemnización por accidentes laborales
    - d. Pólizas de seguro para estudiantes

- iii. Si el paciente o fiador/tutor no puede proporcionar la información necesaria, y el paciente da su consentimiento, entonces Neighborhealth puede intentar comunicarse con familiares, amigos, fiador/tutor y/o otros terceros apropiados para obtener información adicional.

#### **IV. Notificación de ayuda financiera disponible**

- A. NeighborHealth utiliza las siguientes medidas para difundir ampliamente su Política de Ayuda Financiera:
  - a. Se informa al paciente sobre el Programa de Descuento de Tarifas Variables de NeighborHealth y se le ofrece una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS, por sus siglas en inglés), al momento de registrarse como parte del proceso estándar de registro.
  - b. Los carteles sobre la oferta de programas de ayuda financiera, incluyendo cómo y dónde solicitarlos, están en lugares visibles en los sitios de acceso de los pacientes en todo NeighborHealth:
    - i. En departamentos y/o áreas de espera donde se proporcionen servicios de hospitalización, ambulatorios, clínicos y de emergencia.
    - ii. En las oficinas de acceso a los pacientes
    - iii. En las áreas de registro para los pacientes
  - c. Pone a disposición copias de la política, el formulario de selección, la solicitud y el resumen de PLS.
    - i. A solicitud del paciente, ya sea en persona, por teléfono o por correo.
    - ii. En el sitio web del centro, para revisar o descargar en <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.
    - iii. En las áreas de acceso al paciente de NeighborHealth
  - d. Proporciona un aviso general sobre la disponibilidad del programa de ayuda financiera en los extractos de facturación de los pacientes.
- B. Todas las notificaciones publicadas y los materiales escritos relacionados con la FAP, incluidos el formulario de evaluación, la solicitud, el PLS y los folletos educativos, se traducen a idiomas distintos del inglés, si dicho idioma es hablado por el 5% o más de la población que reside en el área de servicio de NeighborHealth. Actualmente, todos los letreros y materiales escritos se traducen a los siguientes idiomas:
  - a. Inglés
  - b. Español
  - c. Portugués
  - d. Árabe
  - e. Criollo haitiano

#### **V. Prácticas de facturación y cobro de NeighborHealth**

- A. NeighborHealth tiene el deber fiduciario de pedir reembolsos, por la prestación de servicios, a las personas que puedan pagar, a terceros aseguradores que cubran el costo de los cuidados médicos y a otros programas de ayuda para los cuales el paciente sea elegible.
- B. Como se indica en la política de crédito y cobro, NeighborHealth sigue procedimientos razonables de facturación y cobro:
  - a. Cada extracto de facturación recibido por un paciente es un intento de cobrar un saldo adeudado. Cada extracto incluirá información para que el paciente o el responsable del pago conozcan la disponibilidad de programas de ayuda financiera, incluido cómo solicitar y pedir la ayuda;
  - b. NeighborHealth documentará la actividad continua de cobro que incluya un mínimo de cuatro (4) estados de cuenta de pacientes durante un período de 120 días antes de que la cuenta sea considerada como deuda morosa.
  - c. En una notificación final, se advertirá al paciente o al responsable de pago de que la cuenta puede remitirse a una agencia de cobros externa y se le informará de la disponibilidad de programas de ayuda financiera.
  - d. NeighborHealth documentará todos los esfuerzos alternativos realizados para ubicar a la parte responsable del saldo de la cuenta o para obtener una dirección correcta en los estados de cuenta devueltos por el servicio postal como “dirección incorrecta” o “imposible de entregar”
  - e. NeighborHealth documentará y mantendrá los datos relativos a las acciones continuas de facturación o cobro realizadas con el propósito de revisiones de auditoría por parte de una agencia federal y/o estatal para el informe de costos del año fiscal en el que se reporta la factura o cuenta.
  - f. NeighborHealth no llevará a cabo acciones continuas de facturación o cobro sobre las cuentas del centro de salud sobre saldos por menos de \$6 , ya que su costo es inaccesible.
- C. Se recomienda a los pacientes que no reúnen los requisitos para los programas de ayuda financiera, los cuales pueden demostrar dificultad financiera debido a circunstancias inusuales o imprevistas, que presenten su situación al Departamento de Cuentas de Pacientes para su consideración individual. NeighborHealth, de acuerdo con su política de crédito y cobro, puede aplicar discreción y extender los descuentos más allá de las otras disposiciones de la política de ayuda financiera, caso por caso, para reconocer casos únicos con dificultades financieras.
- D. La política de crédito y cobro de NeighborHealth está disponible para su revisión en el sitio web del centro de salud en <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.



## Anexo A: Resumen en lenguaje sencillo de NeighborHealth

---

### NeighborHealth

---

| Política de ayuda financiera: Resumen en lenguaje sencillo

NeighborHealth brinda cuidado médico necesario a todos los pacientes, independientemente de su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género o expresión, o de su capacidad de pago. NeighborHealth ofrece ayuda financiera a pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente, que demuestren necesidad e incapacidad para pagar servicios médicos. NeighborHealth trabajará con los pacientes para determinar si reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera y los ayudará a solicitar cobertura a través de Medicaid o de otros programas estatales, planes de salud calificados a nivel federal o del Programa de Descuento de Tarifas Variables (SFDP, por sus siglas en inglés) del centro de salud.

La información sobre la política de ayuda financiera del centro de salud y cómo solicitarla está disponible para todos los pacientes en inglés, español, portugués, árabe y criollo haitiano. Hay intérpretes disponibles para ayudar a los pacientes con solicitudes en otros idiomas a través de los servicios de intérprete de MassHealth al 1-800-841-2900, o llamando a orientación financiera para pacientes al 617-568-4600 o visitando las oficinas en 79 Paris St en East Boston, MA o 1601 Washington St en Boston, MA. La Política de Ayuda Financiera de NeighborHealth está disponible gratuitamente previa solicitud y en línea para su descarga en <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>.

#### ¿Quién es elegible?

Los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que requieran cuidados médicamente necesarios y no puedan pagar los servicios, pueden solicitar programas de ayuda financiera. La elegibilidad para el programa se basa en directrices que incluyen los ingresos de un individuo, el tamaño de la familia, las necesidades médicas y el estado de residencia. La forma en que un paciente reúna los requisitos para recibir ayuda financiera determinará el tipo de programa al que es elegible. Algunos pacientes pueden acogerse a programas que no exigen el pago de los servicios, mientras que a otros se les exige un pago parcial por cuidados médicos. Bajo el SFDP, los pacientes con ingresos iguales o inferiores al 100% de las Directrices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés), califican para el cuidado médico gratuito con una deducción del 100% de los cargos totales, y los pacientes con ingresos entre el 100% y el 200% de FPG califican para una deducción parcial de los cargos. Los residentes en Massachusetts también pueden solicitar ayuda bajo Dificultades Médicas (Medical Hardship), un programa disponible a través de la Red de Seguridad de Salud (Health Safety Net) del estado. Independientemente del tamaño de la unidad familiar y de los ingresos, una persona puede acogerse a Medical Hardship si sus gastos médicos admisibles son superiores a un porcentaje establecido de sus ingresos familiares. Los pacientes que no reúnan los requisitos para la cobertura de los programas de ayuda financiera estatales o federales serán evaluados para determinar si reúnen los requisitos del Programa SFDP del centro.

#### Como aplicar:

La información sobre la política de ayuda financiera del Boston Medical Center, el SFDP y la solicitud están disponibles en la siguiente dirección:

- Contacte al Departamento de Servicios al Paciente al (617) 568-4600 o visitar una de las oficinas, de lunes a viernes, de 8 AM a 5 PM, en:
  - 79 Paris Street, East Boston, MA 02128; o
  - 1601 Washington Street, Boston, MA 02118
- Visite el sitio web del Centro de salud en <https://www.neighborhealth.com/en/patients-and-visitors/patient-financial-assistance-program/>
- Solicite por escrito información sobre el programa y las instrucciones para presentar la solicitud por correo a:

NeighborHealth  
Dirigido: Departamento de Servicios al Paciente  
10 Gove Street  
East Boston, MA 02128

**Anexo B: Resumen de los documentos de verificación válidos para la FAP**

1. Dos últimos comprobantes de sueldo
2. Carta del empleador indicando el salario por hora y las horas trabajadas a la semana
3. Declaración del impuesto sobre la renta (formulario 1040)
4. Otras fuentes de ingresos

## Anexo C: Guías de elegibilidad del Programa de Descuento por Tarifa variable.

NeighborHealth									
Directrices de ingresos 2024									
Ingreso Anual									
Fuente: Registro Federal									
Personas de la familia o el hogar	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%	400%
1	\$ 15,060	\$ 18,825	\$ 22,590	\$ 26,355	\$ 30,120	\$ 37,650	\$ 45,180	\$ 52,710	\$ 60,240
2	20,440	25,550	30,660	35,770	40,880	51,100	61,320	71,540	81,760
3	25,820	32,275	38,730	45,185	51,640	64,550	77,460	90,370	103,280
4	31,200	39,000	46,800	54,600	62,400	78,000	93,600	109,200	124,800
5	36,580	45,725	54,870	64,015	73,160	91,450	109,740	128,030	146,320
6	41,960	52,450	62,940	73,430	83,920	104,900	125,880	146,860	167,840
7	47,340	59,175	71,010	82,845	94,680	118,350	142,020	165,690	189,360
8	52,720	65,900	79,080	92,260	105,440	131,800	158,160	184,520	210,880
Por cada persona adicional, añadir	5,380								
<b>INGRESO MENSUAL</b>									
Personas de la familia o el hogar	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%	400%
1	\$ 1,255	\$ 1,569	\$ 1,883	\$ 2,196	\$ 2,510	\$ 3,138	\$ 3,765	\$ 4,393	\$ 5,020
2	1,703	2,129	2,555	2,981	3,407	4,258	5,110	5,962	6,813
3	2,152	2,690	3,228	3,765	4,303	5,379	6,455	7,531	8,607
4	2,600	3,250	3,900	4,550	5,200	6,500	7,800	9,100	10,400
5	3,048	3,810	4,573	5,335	6,097	7,621	9,145	10,669	12,193
6	3,497	4,371	5,245	6,119	6,993	8,742	10,490	12,238	13,987
7	3,945	4,931	5,918	6,904	7,890	9,863	11,835	13,808	15,780
8	4,393	5,492	6,590	7,688	8,787	10,983	13,180	15,377	17,573
Por cada persona adicional, añadir	448								
<b>INGRESO SEMANAL</b>									
Personas de la familia o el hogar	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%	400%
1	\$ 290	\$ 362	\$ 434	\$ 507	\$ 579	\$ 724	\$ 869	\$ 1,014	\$ 1,158
2	393	491	590	688	786	983	1,179	1,376	1,572
3	497	621	745	869	993	1,241	1,490	1,738	1,986
4	600	750	900	1,050	1,200	1,500	1,800	2,100	2,400
5	703	879	1,055	1,231	1,407	1,759	2,110	2,462	2,814
6	807	1,009	1,210	1,412	1,614	2,017	2,421	2,824	3,228
7	910	1,138	1,366	1,593	1,821	2,276	2,731	3,186	3,642
8	1,014	1,267	1,521	1,774	2,028	2,535	3,042	3,548	4,055
Por cada persona adicional, añadir	103								
<b>DESCUENTO POR ESCALA VARIABLE</b>									
Ingreso como porcentaje de las Directrices Federales de Pobreza	Descuento por escala variable								
0 to 100%	100%								
101 to 125%	80%								
125 to 150%	60%								
151 to 175%	40%								
176 to 200%	20%								
Over 200%	0%								

Servicios del centro de salud de Salud:

<b>FPL</b>	<b>Nivel</b>	<b>Descuento</b>
< 100%	1	100%
101-125%	2	80%
126-150%	3	60%
151-175%	4	40%
176-200%	5	20%
> 200%	N/A	0%

Servicios de farmacia:

<b>FPL</b>	<b>Descuento</b>
< 100%	100%
101-200%	Discount to acquisition cost + \$10 dispensing fee
> 200%	0%

Suministro de Terceros:

- En los casos en que se incurra en suministros de terceros relacionados con una visita (por ejemplo, dentaduras postizas, marcos de anteojos, etc.), la tarifa nominal cobrada a los pacientes incluirá el costo de estos suministros para NeighborHealth.

**Anexo D: Solicitud del Programa de Descuento de Tarifas**

**Aplicación a el Programa de Descuento de Tarifas Variables (SFDP, por sus siglas en ingles)**

NeighborHealth es una organización sin ánimo de lucro que tiene como función principal proporcionar servicios de salud asequibles y de calidad a la comunidad. El programa SFDP de NeighborHealth ofrece descuentos en el costo de cuidados médicos a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, según el nivel de ingresos y el tamaño de la familia. Soy consciente de que completar el formulario de solicitud no garantiza que se me acepte en el programa. También entiendo y acepto que el pago de cualquier cargo por servicios recibidos de NeighborHealth es mi responsabilidad. Reconozco que, para los servicios recibidos en cualquier otro centro de salud, debo ponerme en contacto con dicha institución para que me ayuden con las opciones de pago.

**Información sobre el grupo familiar (1)** Por favor escriba el nombre completo y la fecha de nacimiento de cada miembro de la familia. Encierre en un círculo si son pacientes de NeighborHealth de East Boston. De lo contrario, marque no.

Nombre	RESPONSABLE DE PAGO	ESPOS@ / PAREJA	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Primer nombre						
Apellido						
Fecha de Nacimiento						
Paciente	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No

FUENTE DE INGRESOS	AUTO INGRESOS	ESOSO/A	OTROS	Total
Remuneración bruta, sueldos, propinas, etc				
Ingreso por empresa, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Indemnización por desempleo, indemnización por accidente laboral, seguridad social, renta complementaria de seguridad, asistencia pública, ayudas a veteranos, prestaciones de supervivencia, pensión o jubilación.				
Intereses, dividendos, alquileres, retribuciones, ingresos procedentes de patrimonios, fideicomisos, ayuda de educación, pensión alimenticia, manutención de los hijos, ayuda de personas ajenas al hogar y otras fuentes diversas				
<b>Ingresos Totales</b>				

**Nota:** Presente dos (2) de sus más recientes recibos de salario; o carta de su empleador indicando el salario por hora y las horas trabajadas a la semana; declaración del impuesto sobre la renta (formulario 1040) Y cualquier otra fuente de ingresos indicada anteriormente.

**Es muy importante que usted presente a su cita la documentación que se indica a continuación.**

Yo entiendo las preguntas y planteamientos de este formulario de solicitud. Yo certifico que mis respuestas son correctas y completas de acuerdo con mi mejor conocimiento. He incluido a todos los miembros del grupo familiar y he proporcionado comprobantes de todos los ingresos. Entiendo que esta información se utilizará únicamente para determinar la responsabilidad financiera de los cargos que debo pagar a NeighborHealth y se mantendrá confidencial.

Mi firma autoriza a NeighborHealth para verificar cualquier información proporcionada en este formulario.

Nombre y apellidos del solicitante \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Fecha prevista de entrega \_\_\_\_\_  Recibir una llamada telefónica sobre la aprobación del descuento, además de una carta enviada a su domicilio.

Si tiene más preguntas sobre opciones financieras, llame al Departamento de Servicios al Paciente de NeighborHealth al 617-568-4600. Si necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con Cuenta del Paciente al 617-568-7720. Nos complace trabajar con usted.

---

**Office Use Only**

**Patient Name:**

\_\_\_\_\_

**Approved Discount:**

\_\_\_\_\_

**Approved by:**

\_\_\_\_\_

**Date Approved:**

\_\_\_\_\_

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's License, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance Cards		

**Anexo E: Lista de proveedores afiliados a NeighborHealth**

La Política de Ayuda Financiera de NeighborHealth se aplicará a los cuidados proporcionados en todas las instalaciones de NeighborHealth. La FAP no se aplica a los cargos facturados por los proveedores por atención prestada fuera de un centro de NeighborHealth o por proveedores externos (por ejemplo, por servicios de laboratorio).

La siguiente lista identifica los nombres de todos los proveedores médicos, grupos de práctica y otros proveedores externos que brindan atención en los centros de NeighborHealth. Los proveedores que aparecen con un «NO» en la columna titulada «Cobertura bajo la FAP» no siguen la FAP de NeighborHealth. Esos proveedores facturarán por separado.

**Proveedores de Práctica**

<b>Proveedor</b>	<b>Servicio</b>	<b>Cobertura bajo la FAP</b>	<b>HSN Eligible</b>
NeighborHealth	Todos	SI	SI
Quest Diagnostics	Laboratorio	NO	SI

