

---

**TÍTULO DEL PROCEDIMIENTO:****FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:**  
*3 de septiembre de 2020**Asistencia financiera para pacientes*☒ The Mercy Hospital, Inc.*A revisar cada tres años por:*  
*Comité de integridad para la excelencia*  
*de los ingresos***MODIFICADO POR:** *1 de octubre de 2023*

---

**PROCEDIMIENTO**

Sisters of Providence Health System, Inc. (SPHS) establecerá y mantendrá el procedimiento de Asistencia financiera para pacientes ("FAP", por sus siglas en inglés) que se detalla a continuación. La FAP está diseñada para abordar las necesidades de asistencia financiera de los pacientes y para apoyarlos en la búsqueda de servicios a través de Sisters of Providence Health System, Inc. y sus ministerios. Esto aplica a todos los servicios elegibles de conformidad con las leyes estatales o federales. Los ministerios que operan en estados que establecieron requisitos adicionales para asistencia financiera específicos del estado incorporarán esos requisitos adicionales en sus procedimientos locales. La elegibilidad para asistencia financiera y apoyo de SPHS se determinará caso por caso mediante criterios específicos y se analizará en una evaluación de las necesidades de atención, los recursos financieros y las obligaciones del/de la paciente y/o de la familia.

Sisters of Providence Health System, Inc. (SPHS) es una comunidad de personas que sirven juntas en el espíritu del Evangelio como una presencia sanadora compasiva y transformadora en nuestras comunidades. En consonancia con nuestros valores centrales, en particular el "Compromiso con el pobre", brindamos atención a personas necesitadas y consideramos especialmente a los más vulnerables, incluidos aquellos que no pueden pagar y a quienes sus recursos limitados les dificultan enormemente cubrir los gastos de atención médica en los que incurren. Sisters of Providence Health System, Inc. se compromete con lo siguiente:

- Proporcionar acceso a servicios de atención médica de calidad con compasión, dignidad y respeto por aquellos a quienes servimos, especialmente a personas de bajos recursos y marginadas en nuestra comunidad.
- Brindar atención a todas las personas, independientemente de su capacidad para pagar los servicios, y
- Asistir a los pacientes que no pueden pagar parte o toda la atención que reciben.

Este procedimiento, que ofrece orientación para implementar la política espejo del mismo nombre que lo acompaña, equilibra la asistencia financiera con responsabilidades fiscales más importantes, Procedimiento financiero n. ° RE.PFS.3

y le proporciona a SPHS los requisitos de Trinity Health para brindar asistencia financiera para servicios de atención médica de consulta, cuidados intensivos y cuidados intermedios.

Cada ministerio adoptará la política espejo del sistema "Asistencia financiera para pacientes" y desarrollará procedimientos operativos locales en cumplimiento con esos requisitos.

SPHS se compromete a proporcionar atención y servicios de alta calidad. Como parte de su compromiso, SPHS ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a buscar cobertura de salud. Nuestro programa de asistencia financiera ayuda a personas de bajos ingresos, sin seguro e infraseguradas a determinar si son elegibles para recibir asistencia pública o cualquier otra fuente de asistencia financiera.

SPHS entiende que cada persona tiene su situación financiera particular, y alentamos a los pacientes a comunicarse con nuestros Asesores certificados en solicitudes al 413-748-9357, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. para obtener más información. Cada solicitud de asistencia es confidencial y requiere la colaboración del/de la solicitante. También puede encontrar más información sobre cómo presentar una solicitud para este programa en nuestro sitio web:

<https://www.trinityhealthofne.org/location/mercy-medical-center>

El procedimiento de asistencia financiera aplica para SPHS y todas las entidades afiliadas.

## **I. Criterios de calificación para asistencia financiera**

### **a. Servicios elegibles para apoyo financiero:**

- i. Todos los servicios médicamente necesarios, incluidos servicios médicos y de apoyo proporcionados por SPHS, serán elegibles para apoyo financiero.
- ii. Se proporcionarán servicios de atención médica de emergencia a todos los pacientes que se presenten en el departamento de emergencias de SPHS, independientemente de la capacidad de pago del/de la paciente. Dicha atención médica se extenderá hasta que el/la paciente se haya estabilizado, antes de coordinar el pago.

### **b. Servicios no elegibles para apoyo financiero:**

- i. Servicios estéticos y otros procedimientos y servicios programados que no son médicamente necesarios.
- ii. Servicios que SPHS no haya proporcionado ni facturado (p. ej., servicios con un médico independiente, enfermería privada, transporte en ambulancia, etc.).
- iii. Como se establece en la Sección II, SPHS ayudará proactivamente a los pacientes a presentar solicitudes para programas públicos y privados. SPHS puede negar el apoyo financiero a aquellas personas que no colaboren en la presentación de solicitudes para programas que podrían pagar los servicios de atención médica que reciben.
- iv. SPHS puede excluir servicios que un programa de seguro cubre con otro proveedor, pero no en los hospitales SPHS, después de asesorar a los pacientes sobre las limitaciones de cobertura de los programas de seguro y de conformidad con las disposiciones de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés). SPHS puede negarse a proporcionar servicios que no son de emergencia ni urgencia en aquellos casos en los que SPHS no pueda identificar una fuente de pago o la elegibilidad en un programa de asistencia financiera. Tales programas incluyen MassHealth, Plan de seguro médico para niños ConnectoCare, Health Safety Net y otros. Las opciones en relación con la provisión de servicios y el acceso a servicios generalmente se definen en el manual de cobertura de la aseguradora o el programa de asistencia financiera.

### **c. Requisitos de residencia**

- i. SPHS proporcionará apoyo financiero a pacientes que residan dentro de sus áreas de servicio y a quienes sean elegibles según el procedimiento FAP de SPHS.
- ii. SPHS podrá identificar áreas de servicio en su FAP e incluir información de las áreas de servicio en el diseño del procedimiento. La capacitación de SPHS en un requisito de residencia para las áreas de servicio comenzará con

la lista de códigos postales. SPHS verificará las áreas de servicio en consulta con el departamento local de Beneficios para la comunidad. SPHS determinará la elegibilidad con el código postal de la residencia principal del/de la paciente.

- iii. SPHS proporcionará apoyo financiero a pacientes que no residan en sus áreas de servicio pero sean elegibles según las disposiciones de la FAP de SPHS y se presenten con una afección de urgencia, emergencia o con peligro de muerte.
- iv. SPHS proporcionará apoyo financiero a los pacientes que necesiten servicios y hayan sido identificados por programas de misiones para médicos en el extranjero liderados por personal médico activo y para los que se haya obtenido una autorización previa del presidente de SPHS o su designado.

d. Documentación para la determinación de ingresos

- i. La información proporcionada a SPHS por el/la paciente y/o la familia debe incluir ingresos devengados, que incluyen sueldos brutos mensuales, salarios e ingresos de trabajo por cuenta propia; ingresos no devengados, que incluyen pensión alimentaria, beneficios de jubilación, dividendos, intereses e ingresos de cualquier otra fuente; cantidad de dependientes en el grupo familiar y otra información que se solicite en la solicitud de FAP.
- ii. SPHS indicará en la FAP o en la solicitud de FAP la documentación de respaldo necesaria para solicitar asistencia financiera, como comprobantes de pago, declaraciones de impuestos e historial crediticio. SPHS no podrá denegar apoyo financiero por omisión de información o documentación que la FAP o el formulario de solicitud de FAP no requieran específicamente.
- iii. A los pacientes que envíen una solicitud de FAP incompleta, SPHS les proporcionará un aviso por escrito donde se describe la información y/o documentación adicional que deben presentar en un plazo de 30 días desde la fecha del aviso por escrito para poder completar la solicitud de FAP. El aviso contendrá información de contacto para comunicarse con preguntas sobre la información faltante. SPHS podrá iniciar medidas extraordinarias de cobro (ECA, por sus siglas en inglés) si el/la paciente no presenta la información y/o documentación faltante dentro del período de 30 días para una nueva presentación y han transcurrido al menos 120 días desde la fecha en que SPHS proporcionó el primer resumen de cuenta de atención médica después del alta hospitalaria. SPHS debe procesar la solicitud de FAP si el/la paciente proporciona la información y/o documentación faltante durante el período de solicitud de 240 días (o, si lo hace más adelante, durante el período de 30 días para una nueva presentación).

e. Consideración de los activos del/de la paciente

- i. SPHS también establecerá un límite de activos por encima del cual se usarán los bienes del/de la paciente y/o la familia para pagar los gastos médicos y las responsabilidades y que se considerarán en la evaluación de recursos

financieros del/de la paciente.

El en FAP de SPHS se deben indicar los tipos y niveles de activos protegidos.

Activos protegidos:

- Capital en la residencia principal hasta un importe determinado por SPHS. Trinity Health recomienda proteger el 50 % del capital hasta \$50,000;
- Vehículos de uso comercial;
- Herramientas o equipos utilizados en actividades comerciales; equipos razonables necesarios para mantener las actividades comerciales;
- Pertenencias de uso personal (ropa, artículos del hogar, muebles);
- Planes IRA, 401K, planes de jubilación con valor en efectivo;
- Asignaciones financieras recibidas por emergencias catastróficas no médicas;
- Fideicomisos irrevocables para fines de sepelio, planes de funerales prepagados; y/o
- Planes de ahorro para educación universitaria administrados por el gobierno federal/estatal.

Todos los demás activos se considerarán disponibles para el pago de gastos médicos. Los activos disponibles por encima de un cierto límite se pueden usar para pagar gastos médicos, o bien, SPHS puede contabilizar el excedente de activos disponibles como ingresos del año en curso para establecer el nivel de descuento que se ofrecerá al/a la paciente. Se debe proteger un importe mínimo de activos disponibles. SPHS determina el importe mínimo. Trinity Health recomienda que el importe mínimo se establezca en \$5,000.

f. Apoyo presunto

- i. SPHS reconoce que no todos los pacientes pueden proporcionar información financiera completa. Por lo tanto, la aprobación del apoyo financiero podría determinarse con base en información disponible limitada. Cuando se otorga dicha aprobación, se la clasifica como "Apoyo presunto".
- ii. El modelo predictivo es uno de los esfuerzos razonables que usará SPHS para identificar a pacientes que podrían calificar para asistencia financiera antes de iniciar acciones de cobranza, es decir, pasar la cuenta de un paciente a deuda incobrable y derivarla a una agencia de cobro. Este modelo

predictivo le permite a SPHS identificar sistemáticamente a pacientes con necesidades financieras.

iii. Algunos ejemplos de casos presuntos incluyen:

- Pacientes fallecidos sin propiedades conocidas
- Pacientes sin hogar
- Pacientes desempleados
- Servicios médicamente necesarios no cubiertos provistos a pacientes que califican para programas de asistencia pública
- Pacientes en quiebra
- Miembros de organizaciones religiosas que han hecho votos de pobreza y no tienen recursos individuales ni a través de sus órdenes religiosas

Los pacientes que no cumplen con los requisitos del proceso de solicitud de FAP deben usar otras fuentes de información, si las hay, para realizar una evaluación individual de necesidad financiera. Esta información le permitirá a SPHS tomar decisiones informadas sobre la necesidad financiera de pacientes que no cumplen con los requisitos.

- iv. Con la finalidad de ayudar a pacientes con dificultades financieras, se podrá utilizar un agente externo que lleve a cabo una revisión de la información del/de la paciente para evaluar la necesidad financiera. Esta revisión usa un modelo predictivo reconocido en la industria que se basa en información de bases de datos de registros públicos. Estos registros públicos permiten a SPHS evaluar si el/la paciente reúne las características de otros pacientes que históricamente han calificado para asistencia financiera conforme al proceso de solicitud tradicional. Cuando falte información provista directamente por el/la paciente, y luego de agotar los esfuerzos por confirmar la disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo proporciona un método sistemático para otorgar elegibilidad presunta a pacientes con dificultades financieras.
- v. En caso de que un/a paciente no califique en el modelo predictivo, el/la paciente puede proporcionar información complementaria dentro de los plazos establecidos y ser considerado/a en el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.
- vi. Las cuentas de los pacientes a quienes se otorga la condición de Apoyo presunto se ajustarán mediante códigos de transacción de apoyo financiero presunto en el momento en que la cuenta se considere incobrable y antes de la derivación a cobro o su pase a deuda incobrable. El descuento otorgado se clasificará como apoyo financiero; la cuenta del/de la paciente no se enviará a cobranza y no se incluirá como deuda incobrable de SPHS.

- vii. SPHS notificará a los pacientes elegibles para un importe de asistencia inferior al importe mayor disponible en FAP, que pueden solicitar un importe mayor de asistencia disponible a través FAP dentro de los 30 días posteriores a la notificación. La determinación de elegibilidad de un/a paciente para un importe de asistencia inferior al importe mayor disponible se basa en la condición de Apoyo presunto o en una determinación de elegibilidad previa para FAP. Además, SPHS podrá iniciar o retomar una medida extraordinaria de cobro, o ECA, si el/la paciente no solicita un importe de asistencia mayor dentro de los 30 días posteriores a la notificación y han transcurrido al menos 120 días desde la fecha en que SPHS proporcionó el primer resumen de cuenta de atención médica después del alta hospitalaria. SPHS procesará cualquier nueva solicitud de FAP que el/la paciente presente antes del final del período de presentación de solicitudes de [240 días](#) o, si lo hace más adelante, antes del final del período de 30 días otorgado para solicitar un importe mayor de asistencia.

g. Plazo para establecer elegibilidad financiera

- i. Se deberá hacer todo lo posible para determinar la elegibilidad de un/a paciente para recibir apoyo financiero antes de la hospitalización o provisión de un servicio, o en el mismo momento. El personal interno de Trinity Health, incluidos asesores financieros y proveedores contratados, como asesores financieros y en inscripción a Medicaid, deben administrar el proceso de evaluación para el apoyo financiero. Las solicitudes de FAP se deben aceptar durante el período de presentación de solicitudes. El período de presentación de solicitudes comienza el día en que se brinda la atención y termina 240 días después de entregarle al/a la paciente el primer resumen de cuenta posterior al alta hospitalaria, o bien:

- (a) al final del período durante el que el/la paciente es elegible para un importe de asistencia inferior al importe mayor disponible, con base en la condición de Apoyo presunto o una determinación de elegibilidad para FAP previa, y que haya solicitado un importe mayor de asistencia financiera; o
- (b) la fecha límite provista en el aviso por escrito después de la cual se podrán iniciar ECA.

SPHS podrá aceptar y procesar solicitudes de FAP presentadas fuera del período presentación de solicitudes en situaciones que se analizarán caso por caso, según lo autorizado por los niveles de aprobación establecidos de SPHS.

- ii. SPHS (u otra parte autorizada) reembolsará cualquier importe que el/la paciente haya pagado por su atención y que supere el importe del que es responsable como paciente elegible de FAP, excepto si el importe excedente es inferior a \$5 (u otro importe establecido mediante notificación u otro tipo de asesoramiento publicado en el Boletín de Impuestos Internos). El reembolso de pagos solo se requiere para los eventos de atención

contemplados en la solicitud de FAP.

- iii. Si un/a paciente está explorando otras opciones de asistencia financiera, como Medicaid, o si el/la paciente tiene resoluciones judiciales pendientes, la determinación de apoyo financiero se decidirá después de agotar todas las posibilidades de que el/la paciente califique para asistencia financiera del gobierno o de otros programas. Las determinaciones de apoyo financiero se realizarán después de agotar todas las posibilidades de que el/la paciente califique para asistencia financiera del gobierno o de otros programas. SPHS proporciona información a los pacientes sobre la disponibilidad de programas de asistencia financiera disponibles a través del Estado de Massachusetts, que podrían cubrir la totalidad o parte de su deuda con el hospital. SPHS ayuda a los pacientes que solicitan dicha asistencia evaluando su elegibilidad y ayudándolos a presentar una solicitud para el programa. SPHS no participa en la determinación específica de elegibilidad para inscribirse en un programa de asistencia pública. En Massachusetts, las personas que presentan solicitudes de cobertura en MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas ofrecido mediante Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, el Programa de Seguridad Médica para Niños o para asistencia por problemas médicos deben hacerlo en un formulario de solicitud único que se presenta a través del nuevo sistema de inscripción del estado llamado Mercado de seguros médicos (HIX). Mediante este proceso, la persona puede presentar una solicitud en línea a través de un sitio web (centralizado en el sitio web estatal de Health Connector), una solicitud impresa o por teléfono con un representante de atención al cliente de MassHealth o Connector. Las personas también pueden solicitar la asistencia del asesor certificado en solicitudes del hospital con la presentación de la solicitud en el sitio web o impresa. Para poder solicitar cobertura, se debe seguir el siguiente procedimiento:
1. Se le solicita a la persona que abra una cuenta en línea que el estado usará para verificar la identidad de esa persona. Después de esto, la persona podrá presentar un formulario de solicitud completado a través del sistema hCentive en el sitio web de Connector. Si la persona no quiere utilizar el sistema de verificación de identidad en línea, puede presentar una solicitud impresa. Podría ser necesario otro tipo de verificación, como comprobantes de ingresos, residencia y ciudadanía.
  2. Una vez que el estado recibe la solicitud, verifica la elegibilidad comparando la información financiera y otra información demográfica de la persona con un sitio de datos federales y realiza una evaluación de los ingresos usando la revisión de ingresos brutos ajustados modificados. Si es necesario, la persona también deberá presentar información de verificación adicional, según lo solicite el sistema. Una vez que esto ocurre, se determina que la persona es:
    - a. Elegible para cobertura de MassHealth, y se notifica a la persona mediante correspondencia de MassHealth, que incluye información de elegibilidad con la fecha de inicio y otra información pertinente; o
    - b. Si la persona es elegible para un plan de salud calificado a través del

programa Health Connector, se le notifica la elegibilidad y se le indican los pasos adicionales que debe seguir. Esto incluye: (1) elegir un plan, (2) pagar la prima mensual, (3) inscribirse en cobertura y recibir la constancia de cobertura.

Puede obtener más información sobre los beneficios de los programas MassHealth y Connector, y sobre el proceso de presentación de solicitud en [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth) y [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org).

Ayuda con la búsqueda de cobertura a través de un programa de asistencia pública de Massachusetts:

SPHS trabajará con las personas que no tienen seguro o están infraseguradas para ayudarlas a presentar una solicitud en programas de asistencia financiera disponibles que podrían cubrir parte o la totalidad de sus facturas hospitalarias impagas. Para poder ayudar a las personas sin seguro e infraseguradas a buscar programas de asistencia financiera disponibles y adecuados, el hospital proporcionará a todas las personas un aviso general sobre la disponibilidad de programas en las facturas que se envían a las personas y en los avisos generales que se publican en el hospital. El objetivo de estos avisos es ayudar a las personas a presentar solicitudes de cobertura con un programa de asistencia pública, incluidos MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas ofrecido mediante Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, el Programa de Seguridad Médica para Niños y Asistencia por problemas médicos.

#### Rol del Asesor certificado en solicitudes del hospital

SPHS proporciona información a las personas sobre programas de asistencia financiera disponibles a través del Estado de Massachusetts. Gracias a su asociación con la Oficina ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (MassHealth) y con la Autoridad operadora de seguros médicos del estado (Connector), SPHS se considera una Organización certificada en asesoramiento en solicitudes. A través de esta autoridad, SPHS se capacita junto con su personal, contratistas y voluntarios en las reglas y regulaciones de elegibilidad y beneficios para obtener la certificación de Asesor certificado en solicitudes (CAC) para ayudar a las personas con la inscripción en MassHealth, el programa de asistencia para el pago de primas ofrecido mediante Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, el Programa de Seguridad Médica para Niños y Asistencia por problemas médicos.

Como Asesor certificado en solicitudes (CAC), el personal del hospital le informará a la persona las funciones y la responsabilidad de un CAC, le solicitará que firme un formulario de Designación de asesor certificado en solicitudes y ayudará a la persona a buscar la asistencia pública adecuada de la siguiente manera:

- a) le proporcionará información sobre la gran variedad de programas, como Health Connector (incluido ConnectorCare), Health Safety Net, el Programa de Seguridad Médica para Niños y Asistencia por problemas médicos;
- b) ayudará a las personas a completar una solicitud o renovación;
- c) trabajará con la persona para proporcionar la documentación requerida;
- d) presentará solicitudes y renovaciones en los programas específicos;
- e) se comunicará, cuando corresponda y según lo permitan las limitaciones del sistema actual, con los programas sobre el estado de dichas solicitudes y renovaciones;

- f) ayudará a facilitar la inscripción de solicitantes o beneficiarios en programas de seguros; y
- g) ofrecerá y proporcionará ayuda con el registro de votantes.

Es obligación de la persona proporcionar a SPHS información precisa y oportuna, que incluye nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si tiene), opciones de cobertura de seguro actuales (incluido seguro de responsabilidad civil para automóviles) que puedan cubrir el costo de la atención recibida, cualquier otros recursos financieros e información sobre ciudadanía y residencia. Esta información se le enviará al estado como parte de la solicitud de asistencia mediante un programa público para determinar la cobertura de los servicios proporcionados a la persona.

Si no existiera cobertura específica para los servicios proporcionados, SPHS trabajará con el/la paciente para determinar si hay otros programas estatales disponibles, como presentar una solicitud de asistencia por problemas médicos a través de Health Safety Net siguiendo las regulaciones de Health Safety Net. Es obligación del/de la paciente proporcionar de forma oportuna toda la información necesaria que solicite el hospital para garantizar que el hospital pueda presentar una solicitud completada. SPHS se esforzará por presentar la solicitud completada en su totalidad en un plazo de cinco (5) días hábiles después de recibir toda la información necesaria del/de la paciente. Si no se presenta la solicitud completada en su totalidad en el plazo de cinco días hábiles después de recibir toda la información necesaria dentro de los plazos requeridos por el hospital, no se podrán tomar medidas de cobro contra el/la paciente con respecto a facturas elegibles para Asistencia por problemas médicos.

Si la persona o su garante no puede proporcionar la información necesaria, SPHS podría hacer lo posible (a solicitud del/de la paciente) por obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Dichos esfuerzos incluyen trabajar con las personas, cuando estas lo soliciten, para determinar si una factura por servicios se debe enviar a la persona para ayudarla a alcanzar el deducible único. Esto ocurrirá cuando la persona programe sus servicios, antes del registro, durante la hospitalización de la persona, cuando reciba el alta o un tiempo razonable después de recibir el alta hospitalaria. La información que obtenga el hospital se mantendrá de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad.

SPHS también hará todo lo posible para investigar si un recurso externo podría ser responsable de los servicios proporcionados por el hospital, incluidos, entre otros: (1) una póliza de responsabilidad civil para vehículo automotor o vivienda, (2) pólizas de protección general por accidentes o lesiones personales, (3) programas de indemnización laboral, (4) pólizas de seguro para estudiantes, etc. De conformidad con las regulaciones estatales correspondientes o el contrato de seguro, para cualquier reclamación en la que los esfuerzos razonables del hospital resulten en un pago por parte de las fuentes antes mencionadas, el hospital trabajará con cada persona para notificarles su responsabilidad de informar el pago y compensar cualquier reclamación realizada a MassHealth, Health Safety Net u otros programas que correspondan.

- iv. Si se determina que un/a paciente es elegible para asistencia del gobierno, pero la cobertura no cumple con todas las obligaciones financieras del/de la paciente (p. ej., gasto de ingresos excedentes para Medicaid, Servicios de emergencia únicamente (ESO) de Medicaid), SPHS podrá asumir que si el servicio de Medicaid estatal cubre a pacientes cuyos ingresos equivalen o superan el 200 % del Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), entonces el/la paciente cumpliría con los requisitos de

elegibilidad presunta. Por lo tanto, el/la paciente no necesitará presentar documentación ni verificaciones adicionales.

- v. SPHS hará todo lo posible por emitir una determinación de apoyo financiero de forma oportuna. Si se están buscando otras vías de apoyo financiero, SPHS se comunicará con el/la paciente en relación con el proceso y los plazos previstos para la determinación, y no intentará cobrar mientras se esté tomando dicha determinación.
- vi. Una vez que se determine la elegibilidad para apoyo financiero, se deberán realizar revisiones subsiguientes para verificar la continuidad de la elegibilidad para otros servicios en el futuro después de un plazo razonable que determinará SPHS.

h. Nivel de apoyo financiero

- i. Cada RHM cumplirá con las pautas de ingresos que se establecen a continuación al evaluar la elegibilidad de un/a paciente para apoyo financiero. Para determinar la elegibilidad de un/a paciente para apoyo financiero, se utiliza un porcentaje de las pautas del Nivel federal de pobreza (FPL), que se actualizan anualmente. No obstante, también se deben considerar otros factores como la situación financiera del/de la paciente y/o su capacidad para pagar según se determine en el proceso de evaluación.
- ii. Se prevé que SPHS implemente el nivel de apoyo financiero recomendado que se indica en este procedimiento. Sabemos que la demografía local y las políticas de asistencia financiera ofrecidas por otros proveedores de la comunidad pueden exponer parte de SPHS a grandes riesgos financieros y a una carga financiera que podría poner en peligro la capacidad de SPHS de brindar atención de alta calidad en el largo plazo. SPHS podrá requerir aprobación del director financiero de Trinity Health para implementar umbrales que sean menores o mayores que los importes recomendados.
- iii. Ingreso familiar del 200 % o menos respecto de los lineamientos del Nivel federal de pobreza:

A los pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares sean del 200 % o menos respecto de los últimos lineamientos del Nivel federal de pobreza, se les otorgará un descuento del 100 % para todos los cargos.

- iv. Ingresos familiares del 201 % al 400 % respecto de los lineamientos del Nivel federal de pobreza:
  - (a) A los pacientes de atención aguda cuyos ingresos familiares sean del 201 % al 400 % respecto de los lineamientos del Nivel federal de pobreza se les otorgará un descuento de los cargos totales equivalente al ajuste contractual promedio de atención aguda de SPHS para Medicare.
  - (b) A los pacientes de atención ambulatoria cuyos ingresos familiares sean del 201 % al 400 % respecto de los lineamientos del Nivel federal de pobreza se les otorgará un descuento de los cargos totales equivalente al ajuste contractual de profesionales médicos de SPHS para Medicare.
  - (c) Los importes de los ajustes contractuales de atención aguda y profesionales

médicos de SPHS para Medicare se calcularán con la metodología de cálculo retroactivo, mediante la cual la Oficina de Sistema o SPHS estima anualmente el importe de las reclamaciones pagadas dividido por los cargos totales o "brutos" de esas reclamaciones, tomando como referencia doce meses de reclamaciones pagadas con un desfase de 30 días desde la fecha del informe hasta la fecha de alta médica más reciente.

- v. Los pacientes con ingresos familiares de hasta el 200 % del Nivel federal de pobreza serán elegibles para apoyo financiero para copagos, deducibles y coseguros siempre que las disposiciones contractuales con la aseguradora del/de la paciente no prohíban dicha asistencia.
- vi. Apoyo para pacientes con indigencia médica/catastrófica: También se proporciona apoyo financiero para pacientes médicamente indigentes. Se considera indigencia médica cuando una persona no puede pagar parte o la totalidad de sus facturas médicas debido a que sus gastos médicos exceden un cierto porcentaje de los ingresos familiares o del hogar (por ejemplo, debido a costos o condiciones catastróficas), independientemente de que tengan ingresos o activos que superen de otra manera los requisitos de elegibilidad financiera para recibir atención gratuita o con descuento conforme a la FAP de SPHS. Los costos catastróficos o las condiciones catastróficas ocurren cuando hay pérdida de empleo, muerte del proveedor principal de sustento, gastos médicos excesivos u otros eventos desafortunados. Las circunstancias de indigencia médica/catastrófica se evaluarán caso por caso e incluirán una revisión de los ingresos, gastos y activos del/de la paciente. Si un/a paciente sin seguro aduce circunstancias catastróficas y solicita asistencia financiera, los gastos médicos por un episodio de atención que excedan el 20 % de los ingresos permitirán que los copagos y deducibles califiquen como atención benéfica catastrófica. Los descuentos de atención de pacientes médicamente indigentes para personas sin seguro médico no serán menores que el importe de ajuste contractual promedio de SPHS para Medicare por los servicios proporcionados, o un importe que lleve nuevamente los gastos médicos catastróficos del/de la paciente a una proporción de los ingresos del 20 %. La asistencia financiera por indigencia médica o catastrófica será aprobada por el director financiero de RHM y se informará al director financiero de la Oficina de Sistema.
- vii. Si bien el apoyo financiero debe proporcionarse de acuerdo con los criterios establecidos por SPHS por escrito, se admite que ocasionalmente habrá necesidad de otorgar apoyo financiero adicional a pacientes con base en consideraciones individuales. Tales consideraciones individuales serán aprobadas por el director financiero de SPHS e informadas al director financiero de la Oficina de Sistema.

i. Contabilidad y presentación de informes para apoyo financiero:

- i. De acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados, el apoyo financiero proporcionado por Trinity Health se registra de forma sistemática y precisa en los estados contables como una deducción de los ingresos dentro de la categoría "atención benéfica". A los efectos de presentación de informes a Beneficios para la comunidad, la atención benéfica se informa al costo estimado asociado con la provisión de servicios de "atención benéfica" según la Asociación Católica de Salud (Catholic Health Association).

ii. Se proveen los siguientes lineamientos para el registro del apoyo financiero en los estados contables:

- El apoyo financiero provisto a pacientes conforme a las disposiciones del "Programa de asistencia financiera", incluido el ajuste por importes generalmente aceptados como pago para pacientes con seguro, se registrará como "asignación para atención benéfica".
- El pase a deuda incobrable de cargos de pacientes que no calificaron para apoyo financiero en este procedimiento y que no pagan por los servicios recibidos, se registrará como "deuda incobrable".
- Los descuentos por pago a término se registrarán como "ajustes operativos - Administrativo".
- Las cuentas inicialmente pasadas a deuda incobrable y posteriormente devueltas por las agencias de cobro, cuando se determina que el/la paciente cumple con los criterios de apoyo financiero según información obtenida por la agencia de cobro, se reclasificarán en categorías que incluyen desde "deuda incobrable" hasta "asignación para atención benéfica".

## **II. Ayuda para pacientes que pueden calificar para recibir cobertura**

- a. SPHS hará todo lo posible para ayudar a los pacientes a presentar solicitudes en programas públicos y privados para los que podrían calificar, y que pueden ayudarlos a obtener servicios de atención médica y pagar por ellos. También podrá otorgarse asistencia para el pago de primas a discreción de conformidad con el procedimiento de "Pago de primas QHP y cuentas por pagar del/de la paciente" de Trinity Health.
- b. SPHS contará con procedimientos escritos de fácil comprensión para ayudar a los pacientes a determinar si califican para programas de asistencia pública o para la FAP de RHM.

## **III. Comunicación efectiva**

- a. SPHS brindará asesoramiento financiero a pacientes acerca de sus facturas de atención médica relacionadas con los servicios recibidos de SPHS y dará a conocer la disponibilidad de tal asesoramiento.
- b. SPHS responderá cordialmente y sin demora las consultas de los pacientes acerca de sus facturas y solicitudes de asistencia financiera.
- c. SPHS utilizará un proceso de facturación claro, conciso, correcto y fácil de comprender para los pacientes.
- d. SPHS pondrá a disposición información acerca de los cargos por los servicios que brinda en un formato de fácil comprensión.
- e. SPHS publicará carteles y exhibirá folletos que brinden información básica acerca de su FAP en lugares públicos de SPHS (como mínimo, en la sala de emergencias

[en caso de que exista] y en las áreas de admisión) e indicará esos lugares públicos en la FAP de SPHS. SPHS publicará un aviso (carteles) de disponibilidad de asistencia financiera, como se detalla en esta política de crédito y cobro, en los siguientes lugares:

- ☐ Todas las áreas de provisión de servicios (internación, clínica, emergencias, áreas de admisión y/o ambulatorias).
- ☐ Todas las oficinas de asesoramiento financiero ubicadas en las instalaciones médicas.
- ☐ Todas las oficinas de los Asesores certificados en solicitudes
- ☐ Consultorios médicos asociados

Publicar 8 carteles de 1/2x11 será claramente visible y legible para los pacientes que visitan estas áreas. SPHS también incluirá un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todas las facturas iniciales.

Cuando una persona se comunica con SPHS, los CAC intentarán identificar si la persona califica para un programa de asistencia pública o cualquier otro tipo de asistencia financiera. Una persona inscrita en un programa de asistencia pública podría calificar para ciertos beneficios. Las personas también pueden calificar para asistencia adicional según los criterios internos del hospital en relación con la asistencia financiera.

Todos los carteles y avisos se deben traducir a otros idiomas diferentes del inglés si el 5 % o más de los residentes de un área de servicio del hospital habla esos idiomas de acuerdo con información sobre internaciones y/o altas del hospital.

- f. SPHS pondrá a disposición de los pacientes una copia impresa en lenguaje simple del resumen de la FAP como parte de su proceso de admisión o alta. SPHS no habrá fracasado en difundir ampliamente su FAP porque una persona rechace un resumen en lenguaje simple que se le haya ofrecido durante su admisión o alta, o indique que prefiere recibir un resumen en lenguaje simple de manera electrónica.
- g. SPHS pondrá a disposición de los pacientes la FAP, un resumen de la FAP en lenguaje simple y el formulario de solicitud de FAP, a pedido, en lugares públicos de SPHS (como mínimo, en la sala de emergencias [en caso de que exista] y en las áreas de admisión), por correo y en el sitio web de SPHS. Cualquier persona con acceso a Internet debe poder ver, descargar e imprimir una copia de estos documentos. SPHS debe proporcionar a toda persona que pregunte cómo acceder a una copia de la FAP, al formulario de solicitud de FAP o al resumen de la FAP en lenguaje simple en línea, la dirección directa del sitio web, o URL, donde están publicados estos documentos.
- h. SPHS indicará los nombres de médicos individuales, grupos de práctica médica, o cualquier otra entidad que brinde atención de emergencia o médicamente necesaria en las instalaciones de SPHS, ya sea por el nombre usado en el contrato laboral con el hospital o el nombre usado para facturar a los pacientes por la atención provista. Como alternativa, un hospital puede especificar proveedores en referencia a un departamento o un tipo de servicio, si la referencia aclara qué servicios y

proveedores están cubiertos por la FAP de SPHS.

- i. Estos documentos estarán disponibles en inglés y en el idioma primario de cualquier población con dominio limitado del idioma inglés que constituya la cifra menor entre 1,000 personas o el 5 % de la comunidad a la que SPHS brinda servicios.
- j. SPHS tomará las medidas necesarias para notificar acerca de la FAP a los miembros de la comunidad a los que RHM brinda servicios. Tales medidas podrán incluir, por ejemplo, la distribución de planillas informativas que resuman la FAP en agencias públicas locales y organizaciones sin fines de lucro que se ocupen de las necesidades médicas de las poblaciones con los ingresos más bajos de la comunidad.
- k. SPHS incluirá una notificación escrita visible en los resúmenes de cuenta que notifique e informe a los destinatarios acerca de la disponibilidad de asistencia financiera a través de la FAP de SPHS, e incluirá el número de teléfono del departamento de SPHS que pueda brindar información acerca de la FAP, el proceso de solicitud de FAP y la dirección directa al sitio web (o URL) donde se pueden obtener copias de la FAP, del formulario de solicitud de FAP y del resumen de la FAP en lenguaje simple.
- l. SPHS se abstendrá de iniciar ECA hasta 120 días después de entregar a los pacientes el primer resumen de cuenta posterior al alta médica por el episodio de atención, y se incluirán los últimos episodios de atención con facturas pendientes que se suman a la facturación del/de la paciente. SPHS también se asegurará de que todos los contratos con asociaciones comerciales proveedoras que realicen actividades de cobranza contengan una cláusula o cláusulas que prohíban iniciar ECA hasta 120 días después de entregar a los pacientes el primer resumen de cuenta posterior al alta médica por el episodio de atención, incluidos los últimos episodios de atención con facturas pendientes que se suman para facturar al/a la paciente.
- m. SPHS proveerá a los pacientes una notificación escrita que indique la disponibilidad de asistencia financiera para pacientes elegibles, identifique las acciones ECA que SPHS (u otra parte autorizada) intenta iniciar para obtener el pago por la atención, y establezca una fecha límite después de la cual puedan iniciarse tales acciones ECA, que debe ser posterior a 30 días a partir de la fecha en que se provea la notificación escrita. SPHS incluirá un resumen de la FAP en lenguaje simple junto con la notificación escrita, y hará lo posible para notificar verbalmente al/a la paciente sobre la FAP de SPHS y sobre cómo el/la paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de FAP.
- n. En caso de diferimiento o rechazo, o de solicitud de un pago de atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte del/de la paciente de una o más facturas de atención médica proporcionada previamente y cubierta por la FAP de SPHS, SPHS podrá notificar a la persona acerca de su FAP hasta 30 días antes de iniciar la ECA. Sin embargo, para valerse de esta excepción, SPHS debe cumplir varias condiciones. SPHS debe:
  - i. Brindar a los pacientes un formulario de solicitud de FAP (para garantizar que los pacientes puedan solicitarla de inmediato, si es necesario), y

notificarles por escrito acerca de la disponibilidad de asistencia financiera para personas elegibles, y la fecha límite, si la hay, a partir de la cual el hospital dejará de aceptar y procesar solicitudes de FAP presentadas por los pacientes para la atención médica en cuestión brindada previamente. La fecha límite no podrá ser anterior a lo que ocurra después entre 30 días desde de la fecha en que se entregue la notificación escrita o 240 días desde de la fecha en que se entregue el primer resumen de cuenta posterior al alta por la atención médica brindada previamente. De tal forma, si bien la ECA relacionada con el diferimiento o rechazo de atención médica puede ocurrir inmediatamente después de cumplido el requisito de notificación escrita (u oral), se debe otorgar al/a la paciente al menos 30 días después de la notificación para presentar una solicitud de FAP por la atención médica brindada previamente.

- ii. Notificar al/a la paciente acerca de la FAP por medio de un resumen de la FAP en lenguaje simple y de una notificación oral al/a la paciente acerca de la FAP que ofrece el hospital y acerca de cómo el/la paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de FAP.
- iii. Procesar la solicitud de manera expeditiva para garantizar que la atención médicamente necesaria no se demore innecesariamente si se ha presentado una solicitud.

Los esfuerzos razonables modificados discutidos anteriormente no son necesarios en los siguientes casos:

- i. Si han transcurrido 120 días a partir de la primera factura posterior al alta por la atención brindada previamente y SPHS ya notificó al/a la paciente acerca de las acciones ECA que intenta realizar.
- ii. Si un Ministerio ya determinó que el/la paciente era elegible para FAP por la atención en cuestión brindada previamente con base en una solicitud de FAP completa, o si determinó presuntamente que el/la paciente era elegible para FAP por la atención brindada previamente.
- o. Si se determina que un/a paciente es elegible para recibir atención gratuita, SPHS proporcionará una notificación escrita que indique que no existe deuda.
- p. SPHS proporcionará a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia, que no sea atención gratuita, un resumen de cuenta que indique el importe que adeuda el/la paciente por la atención recibida como paciente elegible para FAP. El resumen de cuenta también describirá cómo se determinó ese importe y cómo el/la paciente puede obtener información sobre cómo se determinó el importe.

#### **IV. Elegibilidad presunta**

- a. Si un/a paciente se considera elegible para Medicaid, eso calificará como verificación de elegibilidad para asistencia financiera.
- b. La elegibilidad para asistencia financiera se aplicará a todos los meses, actuales y

retroactivos, que un/a paciente se considere elegible para Medicaid.

- c. En caso de que un/a paciente se considere elegible para un programa de Medicaid específico del estado cuyos lineamientos de ingresos para la elegibilidad excedan esta política, Medicaid se considerará una forma aceptable de verificación de ingresos.
- d. Si bien la elegibilidad para Medicaid puede considerarse como elegibilidad presunta para asistencia financiera, se debe hacer todo lo posible para obtener una política de asistencia financiera firmada en nombre del/de la paciente.

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

- a. SPHS implementará prácticas de facturación y cobro de las obligaciones de pago de pacientes que sean justas, consistentes y cumplan con las regulaciones estatales y federales. Es obligación del/de la paciente realizar un seguimiento y pagar de forma puntual las facturas hospitalarias impagas, incluido cualquier copago, coseguro y deducibles existentes. El/la paciente también debe informar a su aseguradora médica actual (si tiene una) o a la agencia que determinó la elegibilidad del/de la paciente para un programa público acerca de cualquier cambio en los ingresos familiares o el seguro. El hospital también puede ayudar al/a la paciente a actualizar su elegibilidad en un programa público cuando ocurran cambios en los ingresos familiares o el seguro, pero solo si el/la paciente informa al hospital hechos que podrían indicar un cambio en la elegibilidad del/de la paciente.

Los pacientes deben notificar al programa público correspondiente en el que estén inscritos (p. ej., Oficina de Medicaid y Health Safety Net) toda información relacionada con un cambio en los ingresos familiares. Los pacientes también deben notificar al programa público correspondiente en el que estén inscritos (p. ej., Oficina de Medicaid y Health Safety Net) acerca de cualquier demanda o reclamación al seguro que podría cubrir el costo de los servicios proporcionados por el hospital, en un plazo de 10 días después de presentar la reclamación. Los pacientes también deben otorgar el derecho a un pago de terceros que cubrirá los costos de los servicios pagados por el programa público correspondiente, como la Oficina de Medicaid y Health Safety Net.

SPHS también hará todo lo posible para investigar si un recurso externo podría ser responsable de los servicios proporcionados por el hospital, incluidos, entre otros: (1) una póliza de responsabilidad civil para vehículo automotor o vivienda, (2) pólizas de protección general por accidentes o lesiones personales, (3) programas de indemnización laboral, (4) pólizas de seguro para estudiantes, etc. De conformidad con las regulaciones estatales correspondientes o el contrato de seguro, para cualquier reclamación en la que los esfuerzos razonables y diligentes del hospital resulten en un pago por parte de una aseguradora privada o un programa público, SPHS informará el pago y compensará cualquier reclamación que haya pagado la aseguradora privada o el programa público. En el caso de programas de asistencia pública, el hospital no tiene la obligación de obtener la asignación, que le corresponde al paciente, de la cobertura de un tercero para los servicios prestados debido a un accidente. En estos casos, el Estado de Massachusetts intentará obtener la asignación de los costos de los servicios proporcionados al/a la paciente, que fueron pagados por la Oficina de Medicaid o Health Safety Net.

SPHS mantiene toda la información de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables en materia de privacidad, seguridad y robo de identidad.

SPHS realiza los mismos esfuerzos razonables y sigue el mismo proceso razonable para cobrar facturas adeudadas por un/a paciente sin seguro que por todos los demás pacientes. SPHS primero demostrará que actualmente un/a paciente tiene un saldo impago relacionado con servicios proporcionados al/a la paciente y no cubiertos por una aseguradora o un programa de asistencia financiera. SPHS sigue procedimientos razonables de facturación y cobro, que incluyen:

1. Una factura inicial enviada al/a la paciente o a la parte responsable (garante) de las obligaciones financieras personales del/de la paciente. La factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de un programa de asistencia médica que podría cubrir el costo de la factura hospitalaria y de planes de pago para las personas sin seguro;
2. Facturas subsiguientes, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos al contacto personal, notificaciones informáticas o cualquier otro método de comunicación que constituya un esfuerzo genuino por contactar a la parte responsable de la obligación e informar al/a la paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera;
3. Si es posible, documentación de esfuerzos alternativos para localizar a la parte responsable de la obligación o la dirección correcta en las facturas devueltas por el servicio de correo como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar";
4. Envío de un aviso final por correo certificado a pacientes sin seguro (aquellos que no están inscritos en un programa público como Health Safety Net o MassHealth) que incurren en una deuda incobrable de emergencia de más de \$1,000 por servicios de emergencia únicamente, cuando no se hayan devuelto los avisos como "dirección incorrecta" o "imposible de entregar", y notificando a los pacientes en el comunicado sobre la disponibilidad de asistencia financiera;
5. Documentación que acredite que se realizan acciones continuas de facturación y cobro de forma habitual y frecuente. Dicha documentación se conserva hasta que una agencia federal y/o estatal realiza una auditoría del informe de costos del año fiscal en el que se informa la factura o la cuenta. El programa federal Medicare y la División de finanzas y políticas de atención médica del estado, a los fines del programa Health Safety Net, consideran que 120 días es un período adecuado para representar acciones continuas de facturación y cobro.
6. Verificación en el Sistema de administración de información de Medicaid (MMIS, por sus siglas en inglés) para garantizar que el/la paciente no sea un/a paciente de bajos ingresos según las determinaciones de la Oficina de Medicaid, y que no haya presentado una solicitud a través del Mercado de seguros médicos (HIX) para obtener cobertura del servicio a través de un programa público, antes de presentar reclamaciones a la Oficina de Healthy Safety Net para la cobertura de una deuda incobrable de emergencia por un servicio de atención de emergencia o urgencia.

Los pacientes elegibles para inscribirse en un programa de asistencia pública estatal, como los programas MassHealth o Health Safety Net de Massachusetts, se consideran inscritos en un programa de asistencia financiera. Para todos los pacientes inscritos en esos programas estatales de asistencia pública, SPHS solo podrá facturar por el copago, el coseguro o el

deducible específico que se detalla en las regulaciones estatales correspondientes y que se podrían indicar también en el Sistema de administración de información de Medicaid estatal.

SPHS solicitará un pago específico a aquellos pacientes que no califiquen para inscribirse en un programa de asistencia pública, como residentes de otros estados, pero que de otro modo cumplirían con las categorías generales de elegibilidad financiera de un programa de asistencia pública estatal. Para esos pacientes, al importe del pago se le descontará el porcentaje designado por nuestro programa interno de asistencia financiera.

#### Poblaciones exentas de actividades de cobro

Las siguientes poblaciones de personas y pacientes están exentas de todo procedimiento de cobro o facturación conforme a regulaciones y políticas estatales:

- a. Pacientes inscritos en un programa público de seguro médico que incluye, entre otros, MassHealth; atención de emergencia para adultos mayores, discapacitados y niños; Plan de seguridad médica para niños, "Pacientes de bajos ingresos", según lo determine la Oficina de Medicaid sujeto a las siguientes excepciones:
  1. SPHS puede iniciar acciones de cobro contra cualquier paciente inscrito/a en los programas antes mencionados por los copagos y deducibles obligatorios que cada programa específico establece.
  2. SPHS también puede iniciar acciones de facturación y cobro para un/a paciente que aduzca que participa en un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios hospitalarios, pero no proporciona evidencia de dicha participación. Una vez que se reciban pruebas satisfactorias de que un/a paciente participa en un programa de asistencia financiera (incluido un recibo o verificación de una solicitud firmada), SPHS cesará sus actividades de facturación o cobro;
  3. SPHS podrá iniciar acciones de cobro contra cualquier paciente de bajos ingresos por servicios provistos antes la determinación de paciente de bajos ingresos, siempre que el estado de paciente de bajos ingresos haya finalizado, caducado o no se haya identificado en el Sistema de administración de información de Medicaid (MMIS). No obstante, una vez que se determina la elegibilidad de un/a paciente y se lo/la inscribe en Health Safety Net o ciertos programas de ConnectorCare, SPHS cesará la actividad de cobro de servicios proporcionados antes del inicio de la elegibilidad.
  4. SPHS podría iniciar acciones de cobro contra cualquier paciente que participe en los programas antes mencionados por servicios no cubiertos de los que el/la paciente haya aceptado ser responsable, siempre que el hospital obtenga el consentimiento previo por escrito del/de la paciente para que se le facture el servicio.
- b. SPHS pondrá a disponibilidad de todos los pacientes elegibles un plan de pago sin intereses a corto plazo con plazos de pago definidos según el saldo pendiente de la cuenta. SPHS también ofrece un programa de préstamos para pacientes elegibles.

- c. SPHS tendrá procedimientos escritos que definan cuándo y bajo qué autoridad se remite la deuda de un/a paciente a actividades de cobro externas de conformidad con este procedimiento. SPHS tendrá procedimientos escritos que definan cuándo y bajo qué autoridad se remite la deuda de un/a paciente a actividades de cobro externas de conformidad con este procedimiento. SPHS no iniciará "actividades de cobro extraordinarias" hasta después de hacer esfuerzos razonables y realizar una revisión razonable de la situación financiera del/de la paciente, que determinará si un/a paciente puede recibir asistencia financiera o exención de alguna actividad de cobro o facturación conforme a esta política de crédito y cobro. SPHS conservará toda la documentación que se use en para la determinación de conformidad con la política de retención de registros correspondiente del hospital.

SPHS no iniciará acciones de cobro contra una persona que haya sido aprobada para Asistencia por problemas médicos conforme al programa Health safety Net de Massachusetts en relación al importe de la factura que excede la contribución de la Asistencia por problemas médicos. El hospital también cesará todo intento de cobro de una reclamación de deuda incobrable de emergencia que se apruebe para Asistencia por problemas médicos conforme al programa Health Safety Net. SPHS también cesará cualquier intento de cobro cuando el proveedor no presente puntualmente un formulario de solicitud de Asistencia por problemas médicos.

SPHS no embargará a pacientes de bajos ingresos (según las determinaciones de la Oficina de Medicaid) ni los salarios de sus garantes, ni ejecutará embargos sobre la residencia personal o el vehículo personal del/de la paciente o su garante, a menos que:

- (1) el hospital pueda demostrar que el/la paciente o su garante tiene capacidad de pago,
- (2) el/la paciente/garante no haya respondido las solicitudes de información del hospital o se haya negado a cooperar con el hospital en la búsqueda de un programa de asistencia financiera disponible, o (3) a los fines de la demanda, haya sido aprobado por el Consejo administrativo de forma individual.

SPHS y sus agentes no continuarán las acciones de cobro o facturación contra un/a paciente que forme parte de un proceso judicial por quiebra, excepto para garantizar sus derechos como acreedores en el orden que corresponda y siempre que el estado de Massachusetts inicie sus propias acciones de recuperación para aquellos pacientes inscritos en MassHealth o Health Safety Net. SPHS y sus agentes tampoco cobrarán intereses sobre un saldo vencido a ningún paciente, incluidos pacientes de bajos ingresos.

SPHS cumple con los requisitos de facturación correspondientes, incluidas las regulaciones del Departamento de Salud Pública (105 CMR 130.332) para deudas de servicios específicos o reinternaciones que SPHS determine que fueron consecuencia de un Evento notificable grave (SRE, por sus siglas en inglés). Los SRE que no ocurran en SPHS están excluidos de esta determinación de no pago. SPHS no iniciará acciones de cobro contra pacientes de bajos ingresos que sean elegibles para el programa Health Safety Net, cuyas reclamaciones hayan sido rechazadas inicialmente por un programa de seguro debido a un error administrativo de facturación del hospital.

- d. SPHS o un agente en su nombre podrán iniciar las siguientes actividades de cobro:

- i. Comunicarse con los pacientes (llamada, correspondencia por escrito, fax, mensaje de texto, correo electrónico, etc.) y sus representantes de conformidad con la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, identificando claramente a SPHS. Las comunicaciones con los pacientes también cumplirán con las regulaciones de privacidad de HIPAA.
  - ii. Solicitar el pago de la parte de la obligación de pago estimada del/de la paciente al momento de recibir el servicio, de conformidad con las regulaciones de EMTALA y las leyes estatales.
  - iii. Proporcionar un programa de préstamos con bajo interés para el pago de deudas pendientes de pacientes que tienen capacidad de pago pero no pueden cumplir con los requisitos de pago a corto plazo.
  - iv. Informar deudas pendientes a las oficinas de crédito solo después de aplicar todos los aspectos de este procedimiento y de haber realizado esfuerzos de cobro razonables de conformidad con la FAP de SPHS.
  - v. Iniciar acciones legales contra personas que tengan los medios para pagar, pero no paguen, o que no estén dispuestas a pagar. También se podrán iniciar acciones legales por la parte del importe impago después de aplicar la FAP de SPHS. Antes de iniciar un proceso judicial o proceder con una acción legal para cobrar una resolución (es decir, embargo de salarios o examen del deudor), se debe obtener la aprobación del director ejecutivo/financiero de Trinity Health o de Sisters of Providence Health System, Inc., o bien del líder de los Servicios financieros para pacientes para aquellas instalaciones de SPHS que usen el centro de servicios compartidos de Trinity Health.
  - vi. Embargar propiedades de personas que tengan los medios para pagar, pero no paguen, o que no estén dispuestas a pagar. También se podrán imponer embargos sobre la parte del importe impago después de aplicar la FAP de SPHS. La imposición de un embargo requiere la aprobación del director ejecutivo/financiero de Trinity Health o de Sisters of Providence Health System, Inc., o bien del líder de los Servicios financieros para pacientes para aquellas instalaciones de SPHS que usen el centro de servicios compartidos de Trinity Health. Los embargos sobre la residencia principal solo se pueden aplicar después de la venta de la propiedad y se protegerá cierto porcentaje de los activos en la propiedad tal como se documenta en el procedimiento de cada ministerio. Trinity Health recomienda proteger el 50 % del patrimonio hasta \$50,000.
- f. SPHS (o un agente de cobro en su nombre) no podrá accionar contra la persona deudora, por ejemplo, con órdenes de arresto o arrestos por falta de comparecencia. Trinity Health acepta que un tribunal podrá imponer una orden de arresto o una acción similar contra una persona demandada por incumplimiento de una orden del tribunal o por otras infracciones a la ley relacionadas con un esfuerzo de cobro. Si bien se puede emitir una orden judicial en casos extremos de falta de pago intencional e incumplimiento de pago de un importe adeudado justo cuando existan recursos adecuados para hacerlo; en general, SPHS hará lo posible para convencer a las autoridades

públicas de que no inicien dicha acción y, si no lo logra, solicitará que se considere la posibilidad de cesar los esfuerzos de cobro para evitar una acción legal contra el/la deudor/a.

- g. SPHS (o un agente de cobro en su nombre) tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir las ECA relacionadas con importes que pacientes elegibles para FAP ya no adeudan.
- h. SPHS exige que las agencias de cobro externas que utiliza tengan autorización del estado de Massachusetts y cumplan con las Regulaciones de Cobro de Deudas del Fiscal General de Massachusetts que se especifican en 940 C.M.R. 7.00.
- i. SPHS y las agencias de cobro externas que contrata no informan deudas impagas de pacientes a agencias de informe de crédito. Además, SPHS no vende deudas de pacientes.
- j. SPHS podrá tener un contrato con una agencia de cobro aprobado por la Oficina de sistema, siempre que dicho contrato cumpla con los siguientes criterios:
  - i. El contrato con una agencia de cobro debe ser por escrito;
  - ii. Ni SPHS ni la agencia de cobro podrá, en ningún momento, accionar contra la persona deudora, por ejemplo, con órdenes de arresto o arrestos por falta de comparecencia.
  - iii. El contrato debe definir los estándares y el alcance de las prácticas que usarán los agentes de cobro externos en nombre de SPHS, los cuales deben cumplir con este procedimiento;
  - iv. La agencia de cobro no podrá iniciar acciones legales sin el permiso previo por escrito de SPHS;
  - v. Servicios legales de Trinity Health debe aprobar todos los términos y condiciones de la participación de abogados en la representación de SPHS en el cobro de cuentas de pacientes;
  - vi. SPHS junto con Servicios legales de Trinity Health tomarán todas las decisiones sobre la manera en la que el abogado abordará la reclamación, ya sea que se inicie una acción judicial, que se llegue a un acuerdo o se liquide la reclamación, que se devuelva la reclamación a SPHS, o cualquier otro asunto relacionado con la resolución de la reclamación por parte del abogado.
  - vii. Toda solicitud de acciones legales para el cobro de una resolución (es decir, gravamen, embargo, examen del deudor) debe estar aprobada por escrito y anticipadamente con respecto a cada cuenta por parte del representante autorizado de SPHS que corresponda tal como se detalla en la sección (IV) (d) (v);
  - viii. SPHS se debe reservar el derecho a suspender las acciones de cobro en cualquier momento con respecto a cualquier cuenta específica; y
  - ix. La agencia de cobro debe aceptar indemnizar a SPHS por cualquier violación

de los términos de su acuerdo escrito con SPHS.

## **VI. Implementación de políticas precisas y consistentes**

- a. Los representantes de los servicios financieros para pacientes de SPHS y los departamentos de acceso de pacientes instruirán a los miembros del personal que trabajan con los pacientes (incluidos aquellos que trabajan en registro y admisión, ayuda financiera, servicio al cliente, facturación y cobro, consultorios médicos) en facturación, ayuda financiera, políticas y prácticas de cobro, y en el tratamiento de todos los pacientes con dignidad y respeto independientemente de su condición de asegurados y su capacidad de pagar por los servicios.
- b. SPHS cumplirá con los compromisos de apoyo financiero aprobados conforme a lineamientos de asistencia financiera anteriores.

## **V. Depósitos y planes de cuotas**

Conforme a las regulaciones de Health Safety Net de Massachusetts en relación con pacientes que (1) se ha determinado que son "pacientes de bajos ingresos" o que (2) califican para asistencia por problemas médicos, SPHS proporcionará al/a la paciente información sobre depósitos y planes de pago según la situación financiera documentada del/de la paciente. Cualquier otro plan se basará en el programa de asistencia financiera interno del hospital y no se aplicará a los pacientes que tengan capacidad de pago.

### **Servicios de emergencia**

SPHS no exigirá depósitos previos a una hospitalización o un tratamiento a personas que requieran servicios de emergencia o se haya determinado que son pacientes de bajos ingresos.

### **Depósitos para pacientes con bajos ingresos**

SPHS podrá exigir un depósito a ciertas personas que se haya determinado que son pacientes de bajos ingresos. Dichos depósitos se limitarán al 20 % del importe del deducible, hasta \$500. Los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago que se establecen en 114.6 CMR 13.08.

### **Depósitos para pacientes con problemas médicos**

SPHS podrá exigir un depósito a pacientes elegibles para asistencia por problemas médicos. Dichos depósitos se limitarán al 20 % de la contribución por problemas médicos, hasta \$1,000. Los saldos restantes estarán sujetos a las condiciones del plan de pago que se establecen en 114.6 CMR 13.08.

## **VI. Planes de pago para pacientes de bajos ingresos conforme al programa Health Safety Net de Massachusetts**

A las personas con un saldo de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, se les ofrecerá al menos un plan de pago de un año sin intereses con un pago mensual mínimo de hasta \$25. A los pacientes con un saldo de más de \$1,000, después del depósito inicial, se les ofrecerá al menos un plan de pago de dos años sin intereses.

## **VII. Depósitos para otros tipos de pacientes:**

SPHS se reserva el derecho de solicitar depósitos por adelantado en los siguientes casos:

- ☐ Los pacientes que reciben servicios estéticos programados o que no son médicamente necesarios podrían tener que pagar un importe equivalente al 100 % del cargo previsto antes de recibir el servicio.
- ☐ Los pacientes que llegan del extranjero a SPHS para recibir tratamiento podrían tener que pagar el importe estimado completo de la factura por adelantado.
- ☐ Los pacientes asegurados (servicios que no son de emergencia) con responsabilidades de coseguro y deducible podrían tener que pagar dicho importe, o asegurarlo por medio de una tarjeta de crédito, antes o en el momento de recibir el servicio.

## **VII. Otros descuentos**

- a. Descuentos por pago por adelantado: SPHS utilizará un programa de descuentos por pago por adelantado solo para personas sin seguro, que se limitará a los saldos iguales o superiores a \$200.00 y será del 10 % del saldo adeudado. El descuento por pago por adelantado se ofrecerá al momento de proporcionar el servicio y se registrará como un ajuste contractual, y no se podrá registrar como atención benéfica en los estados contables.
- b. Descuentos por pago por cuenta propia: SPHS aplicará un descuento estándar por pago por cuenta propia del 45 % en todos los cargos de todos los pacientes de pago por cuenta propia registrados que no tengan seguro de conformidad con la tasa comercial más alta calculada por RHM. Además, puede aplicar un descuento por pago puntual del 10 % si el/la paciente sin seguro puede pagar antes de recibir los servicios o tres (3) días después de la visita de emergencia, según lo que determine RHM.
- c. Descuentos adicionales: Se podrán realizar ajustes que superen los porcentajes de descuento que se describen en este procedimiento según el caso y luego de una evaluación de la probabilidad de cobro de la cuenta y una autorización de los niveles de aprobación establecidos por SPHS.

Si alguna de las disposiciones de esta FAP entrara en conflicto con los requisitos de las leyes del estado en el que opera Sisters of Providence Health System, Inc., prevalecerá la disposición que indique la ley estatal y SPHS actuará de conformidad con la ley estatal aplicable.

## **ALCANCE/APLICABILIDAD**

Este procedimiento se aplica a todas las entidades Sisters of Providence Health System, Inc. afiliadas que operan hospitales licenciados exentos de impuestos. Las organizaciones Trinity Health que no operan hospitales licenciados exentos de impuestos pueden establecer sus propios procedimientos de asistencia financiera para otros servicios de atención médica que brinden, y se les recomienda usar los criterios establecidos en este procedimiento de FAP como guía.

Este procedimiento se basa en una "política espejo" de Trinity Health. Por lo tanto, todo Trinity Health Of New England y las subsidiarias que operan hospitales licenciados exentos de impuestos deben adoptar un procedimiento local que "refleje" (es decir, que sea idéntico) el procedimiento

de la Oficina de Sistema. Las preguntas sobre este tema deben enviarse a la Oficina del director jurídico de Trinity Health.

Cuando se solicite, SPHS proporcionará por medio de un anexo una lista con los nombres de los proveedores mediante referencia al grupo de práctica que proporciona la atención de emergencia y/o médicamente necesaria en SPHS. Esta lista está disponible a solicitud a través del Departamento de asesoramiento financiero.

## DEFINICIONES

El **período de presentación de solicitudes** comienza el día en que se brinda la atención y termina 240 días después de entregarle al/a la paciente el primer resumen de cuenta posterior al alta hospitalaria, o bien:

- i. al final del período de 30 días que se proporciona a los pacientes elegibles para un importe de asistencia inferior al importe mayor disponible, con base en la condición de Apoyo presunto o una determinación de elegibilidad para FAP previa, para que soliciten un importe de asistencia más generoso.
- ii. la fecha límite provista en el aviso por escrito después de la cual se podrán iniciar ECA.

**Importes generalmente facturados ("AGB" por sus siglas en inglés)** hace referencia a los importes generalmente facturados por atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria proporcionada a pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención. Los AGB de atención aguda y médica de SPHS se calcularán con la metodología de cálculo retroactivo, mediante la cual la Oficina de Sistema o RHM estima anualmente el importe de las reclamaciones de Medicare pagadas dividido por los cargos totales o "brutos" de esas reclamaciones, tomando como referencia doce meses de reclamaciones pagadas con un desfase de 30 días desde la fecha del informe hasta la fecha de alta médica más reciente.

**Atención con descuento** significa un descuento parcial del importe adeudado por los pacientes que califiquen conforme a la FAP.

**Servicios médicos de emergencia** son aquellos necesarios para una afección que podría ser mortal o consecuencia de una lesión grave y que requiera atención médica inmediata. Dicha afección médica generalmente se rige por la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA). Los servicios de emergencia son servicios médicamente necesarios provistos después de la aparición de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifieste con síntomas de gravedad suficiente, incluido el dolor severo, y que de no recibir atención médica inmediata cualquier lego prudente con conocimientos básicos de salud y medicina podría prever que existe riesgo de muerte para la persona o para otra persona en grave peligro, con afección grave de una función corporal o disfunción grave de cualquier órgano o parte, o bien, con respecto a una mujer embarazada, como se define detalladamente en el artículo 1867(e) (1) (B) de la Ley del Seguro Social, Título 42 de U.S.C., artículo 1295dd(e)(1)(B). Califican como servicios de emergencia las evaluaciones médicas y cualquier tratamiento posterior de una afección médica de emergencia existente o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida y conforme a la ley federal EMTALA (título 42 de USC, artículo 1395(dd)).

**Equipo de liderazgo ejecutivo ("ELT", por sus siglas en inglés)** hace referencia al grupo compuesto por el nivel administrativo más alto en Trinity Health.

**Medidas de cobro extraordinarias ("ECA", por sus siglas en inglés)** incluyen las siguientes acciones iniciadas por un Ministerio (o un agente de cobro en su nombre):

- Diferimiento o rechazo, o solicitud de un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte del/de la paciente de una o más facturas de atención médica proporcionada previamente y cubierta por la FAP de la entidad hospitalaria. Si un Ministerio exige el pago antes de proporcionar atención a una persona que adeuda una o más facturas, se asumirá que dicho requisito de pago se debe a la falta de pago de facturas pendientes por parte del/de la paciente, a menos que SPHS pueda demostrar que no se basó en la falta de pago de facturas anteriores para exigirle el pago a la persona.
- Informe de deudas a oficinas de crédito.
- Inicio de acciones legales para cobrar una determinación (es decir, embargo de salarios, examen del deudor).
- Imposición de embargos sobre la propiedad de las personas.

**Familia** (según la definición de la Oficina de Censos de los EE. UU.) es un grupo de dos o más personas que residen juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un/a paciente incluye a alguien como

dependiente en su declaración de impuestos a las ganancias, de acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, podría considerarse dependiente a los fines de determinar la elegibilidad para la FAP de SPHS.

**Ingresos familiares** Los ingresos familiares de una persona incluyen los ingresos de todos los miembros adultos de la familia que residen en el hogar. Para pacientes menores de 18 años, los ingresos familiares incluyen los ingresos anuales de los padres y/o padrastro/madrastra, o de familiares cuidadores, durante los últimos 12 meses o el último año fiscal según se demuestre mediante talones de pago recientes o declaraciones de impuestos y otra información. La constancia de ingresos puede determinarse anualizando los ingresos familiares hasta la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ingresos actual.

**Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés)** se refiere a una política y procedimiento escrito que cumple con los requisitos descritos en el artículo 1.501(r)-4(b).

**Solicitud de política de asistencia financiera (FAP)** se refiere a la información y documentación complementaria que un/a paciente presenta para solicitar asistencia financiera a través de la FAP de un Ministerio. SPHS podrá obtener información de una persona por escrito o verbalmente (o una combinación de ambas formas).

**Apoyo financiero** hace referencia al apoyo (benéfico, descuentos, etc.) proporcionado a pacientes con dificultades para pagar el costo total de los servicios médicamente necesarios brindados por Trinity Health, que cumplan con los criterios de elegibilidad para dicha asistencia.

**Atención gratuita** hace referencia al descuento total del importe adeudado para pacientes que califiquen conforme a la FAP.

**Ingresos** incluye sueldos, salarios, ingresos por salario y empleo por cuenta propia, indemnización por desempleo, indemnización laboral, pagos del Seguro Social, asistencia pública, beneficios para veteranos, manutención de hijos, pensión alimentaria, asistencia educativa, beneficios para sobrevivientes, pensiones, ingresos por jubilación, pagos regulares de seguros y anualidades, ingresos de propiedades y fideicomisos, alquileres recibidos, intereses/dividendos e ingresos de otras fuentes diversas.

**Necesidad médica** se define tal como está documentado en el Manual estatal de Proveedores de Medicaid de cada Ministerio.

**Ministerio** es una subsidiaria, filial o división operativa (directa) de primer nivel de Trinity Health que tiene un órgano rector que supervisa a diario la gestión de una parte designada de las operaciones de Trinity Health System. Un ministerio puede basarse en un mercado geográfico o en la dedicación a una línea de servicio o negocio. SPHS incluye Ministerios de salud en misiones, Ministerios de salud nacionales y Ministerios de salud regionales.

**Política** hace referencia a una declaración de instrucción de alto nivel con respecto a asuntos de importancia estratégica para Trinity Health o una declaración que interpreta en mayor profundidad los documentos que rigen a Trinity Health. Las políticas del sistema pueden ser independientes o pueden reflejar políticas designadas por el organismo de aprobación.

**Resumen de la FAP en lenguaje simple** hace referencia a una declaración escrita que notifica al/a la paciente que el hospital ofrece asistencia financiera a través de una FAP y brinda la siguiente información adicional en lenguaje claro, conciso y fácil de comprender:

- Una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida a través de la FAP.
- Un resumen breve sobre cómo solicitar asistencia a través de la FAP.
- Una dirección directa al sitio web (o URL) y ubicaciones físicas donde el/la paciente puede obtener copias de la FAP y el formulario de solicitud de FAP.
- Instrucciones sobre cómo el/la paciente puede obtener una copia gratuita de la FAP y el formulario de solicitud de FAP por correo.
- La información de contacto, incluido el número de teléfono y la ubicación física de la oficina o el departamento del hospital que puede brindar información sobre FAP y ayudar con el proceso de solicitud de FAP.
- Una declaración de la disponibilidad de traducciones de la FAP, el formulario de solicitud de FAP y el resumen de la FAP en lenguaje simple en otros idiomas, si corresponde.
- Una declaración de que a un paciente elegible para FAP no se le debe cobrar más que el AGB por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

**Procedimiento** hace referencia a un documento diseñado para implementar una política o una descripción de acciones o procesos específicos requeridos.

**Ministerio de salud regional (RHM, por sus siglas en inglés)** es una subsidiaria, filial o división operativa (directa) de primer nivel de Providence Health System, Inc. que tiene un órgano rector que

supervisa a diario la gestión de una parte designada de las operaciones de Sisters of Providence Health System, Inc. SPHS puede basarse en un mercado geográfico o en la dedicación a una línea de servicio o negocio.

**Área de servicio** es la lista de los códigos postales que comprenden el área de servicio de un Ministerio y que constituye una "comunidad con necesidad" de servicios de atención médica primaria.

**Estándares o lineamientos** hace referencia a instrucciones y orientación adicionales que asisten en la implementación de procedimientos, incluidas aquellas desarrolladas por organismos de acreditación o profesionales.

**Subsidiaria** es una entidad legal en la que un RHM de Trinity Health es el único miembro corporativo o accionista.

**Paciente sin seguro** hace referencia a una persona que no tiene seguro médico, cobertura de terceros por una aseguradora comercial, un plan ERISA, un programa federal de atención médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), indemnización laboral u otro tipo de asistencia de terceros para cubrir la totalidad o parte del costo de la atención, incluidas reclamaciones contra terceros cubiertos por el seguro al que Trinity Health está subrogado, pero solo si dicha compañía de seguros realiza el pago.

**Urgente** (nivel de servicio) hace referencia a los servicios médicos necesarios para una afección que no represente riesgo de vida, pero que requiera servicios médicos inmediatos.

## **DEPARTAMENTO RESPONSABLE**

El vicepresidente de Servicios financieros para pacientes del Departamento de Excelencia de los Ingresos puede ofrecer más información sobre este procedimiento.

## **PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS MATERIALES**

- Política financiera n. ° 1: Asistencia financiera para pacientes ("FAP")
- Política financiera n. ° 7: Pago de primas QHP y cuentas por pagar de los pacientes
- Ley de Protección de Pacientes y Atención Médica Asequible: Artículo 501(r)
- Servicio de Impuestos Internos, Anexo H (formulario 990)
- Departamento del Tesoro, Servicio de Impuestos Internos, Requisitos adicionales para hospitales benéficos; Norma definitiva: Volumen 79, N. ° 250, Parte II, 26 CFR, Parte 1
- Políticas EMTALA de cada Ministerio

## **APROBACIONES**

**Aprobación inicial:** 1 de abril de 2014

**Revisiones/modificaciones posteriores:**

15 de octubre de 2015, 10 de julio de 2017, 3 de septiembre de 2020