



Esta política fue aprobada conjuntamente por las organizaciones miembros de MaineHealth y se aplica a todos los miembros del sistema de MaineHealth y sus filiales, incluida cada una de las siguientes entidades: MaineHealth Corporate, MaineHealth Medical Group, Maine Medical Center-Portland, Maine Medical Center-Biddeford, Maine Medical Center-Sanford, Lincoln Hospital, Franklin Hospital, Mid Coast Hospital, Stephens Hospital, Pen Bay Hospital, Waldo Hospital, Memorial Hospital, Behavioral Health at Spring Harbor (MaineHealth Behavioral Health), MaineHealth Care at Home, MaineHealth CHANS Home Health & Hospice, y NorDx.

Título de la política: *Free Care*

Buscar palabra: *facturación, cobros, pago por cuenta propia, asistencia financiera*

Resumen de la política:

La política de los hospitales MaineHealth y Memorial Hospital of North Conway N.H. (conjuntamente “Hospitales MH”) es proporcionar asistencia financiera a los pacientes que reúnen los requisitos según las guías establecidas en esta política.

1. [Guías sobre ingresos](#)
2. [Servicios cubiertos](#)
3. [Aviso de disponibilidad de Free Care](#)
4. [Determinación de la cualificación](#)
5. [Facturación](#)
6. [Informes y mantenimiento de registros](#)
7. [Presentación; Aplicabilidad](#)
8. [Aviso de oportunidad de una audiencia justa](#)
9. [Indigencia médica y Elegibilidad presunta](#)
10. [Asistencia para programas estatales y federales](#)
11. [Planes de mercado](#)
12. [Información de contacto para asistencia financiera](#)
13. [Servicios de médicos cubiertos por asistencia financiera](#)
14. [Política de facturación y cobros de MH](#)

I. Alcance:

Todos los hospitales deben adoptar y cumplir una política de Free Care que establezca la determinación de incapacidad de pago, defina el servicio que se prestará como Free Care y tenga en cuenta otras fuentes de pago por la atención, de acuerdo con los estándares establecidos en el Capítulo 150 de las normas aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine, Oficina de Servicios de MaineCare. Otros consultorios médicos de MaineHealth asociados también cumplen esta Política de Free Care.

II. Declaraciones de política:

En virtud de la legislación de Maine, ningún hospital denegará servicios a ningún residente de Maine únicamente por la incapacidad de la persona de pagar por dichos servicios. Los Hospitales MH proporcionan Free Care a todos los pacientes en o por debajo del 200 % de las Guías Federales de Pobreza.

III. Procedimientos:

1. Guías sobre ingresos

a. **Definiciones.** Para los fines de esta Política, se aplicarán las siguientes definiciones:

1. **Familia:** Una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas y entre las que existen responsabilidades legales de apoyo; todas esas personas relacionadas se consideran una sola familia. (Si un hogar incluye a más de una familia y/o a más de una persona no relacionada, las guías sobre ingresos se aplican por separado a cada familia y/o persona no relacionada, y no al hogar en su conjunto).
 1. De acuerdo con esta política, las parejas de hecho registradas se consideran una unidad familiar.
- u. **Unidad familiar de tamaño uno:** Junto con las guías sobre ingresos, una unidad familiar de tamaño uno es una persona no relacionada, es decir, una persona de 15 años o más que no vive con ningún pariente. Una persona no relacionada puede ser el único ocupante de una unidad de vivienda, o puede estar residiendo en una unidad de vivienda (o en espacios compartidos como una casa de huéspedes) en la que también residen una o más personas que no están relacionadas con la persona en cuestión por nacimiento, matrimonio o adopción.
 1. Según esta política, los estudiantes adultos (de 18 años o más) se consideran una familia de uno, incluso si siguen viviendo con sus padres.
- v. **Ingresos:** Ingresos significa el total anual en recibos de efectivo antes de impuestos de todas las fuentes, excepto según se indica en el inciso (b) a continuación.
 1. Los ingresos incluyen:
 - jornales y sueldos en efectivo antes de cualquier deducción
 - recibos netos como autónomo agrícola o no agrícola (recibos de la empresa de la propia persona o de **un** emprendimiento agrícola de propiedad de la persona o alquilado después de la deducción de gastos comerciales o agrícolas)
 - pagos regulares del seguro social, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, beneficios por huelga de fondos sindicales, beneficios para veteranos
 - asistencia pública, incluida asistencia temporal a familias necesitadas, ingreso de seguro complementario y pagos de dinero para asistencia general

- estipendios para formación
 - pensión alimentaria, apoyo a niños y asignaciones a familiares militares u otro apoyo regular de un familiar ausente o una persona que no viva en el hogar
 - pensiones privadas, pensiones de empleados del gobierno y pagos regulares de seguros o rentas vitalicias
 - dividendos, intereses, alquileres, regalías o recibos periódicos provenientes de patrimonios o fideicomisos
 - ganancias netas de apuestas o loterías
2. Los ingresos no incluyen lo siguiente:
- ganancias de capital
 - cualquier activo líquido, incluidos los retiros de un banco o ganancias de la venta de bienes
 - reembolsos de impuestos
 - regalos, préstamos y pago único de herencias
 - pago único del seguro u otra compensación única por lesiones
 - beneficios no monetarios, como la parte del seguro médico que paga el empleador o el sindicato u otros beneficios adicionales para empleados
 - el valor de los alimentos producidos y el combustible consumido en los emprendimientos agrícolas y el valor imputado del alquiler de la vivienda ocupada por el propietario del emprendimiento agrícola o no agrícola
 - programas federales de beneficios no monetarios, incluidos Medicare, Medicaid, cupones de alimentos, almuerzos escolares y asistencia para vivienda
3. Tenga en cuenta: Aunque los pagos únicos de seguro están excluidos de los ingresos, los pagos únicos de seguro realizados para la cobertura de los servicios hospitalarios limitarían la disponibilidad de *Free Care* a las facturas no cubiertas por dichos pagos. Consulte la subsección 4.a.
- iv. **Persona:** El término “Persona” significará un residente de Maine o New Hampshire.
- v. **Residente de Maine:** El término “Residente de Maine” se refiere a una persona que vive en el estado voluntariamente y tiene la intención de construir su hogar en Maine. Una persona que está de visita o se encuentra en Maine temporalmente no es residente.
- vi. **Residente de New Hampshire:** El término “Residente de New Hampshire” se refiere a una persona que vive en el estado de New Hampshire voluntariamente y tiene la intención de construir su hogar en New Hampshire. Una persona que está de visita o se encuentra en New Hampshire temporalmente no es residente. Se solicitará una constancia de residencia como parte del proceso de solicitud.
- b. **Incapacidad para pagar.** Una Persona no puede pagar los servicios hospitalarios cuando los ingresos familiares de esa Persona, calculados mediante cualquiera de los siguientes métodos, no superan las guías de ingresos aplicables establecidas en la subsección 2.3 (si no se aplica un método, debe aplicarse el otro antes de determinar que no es elegible):

1. multiplicando por cuatro los ingresos familiares de la Persona durante los tres meses anteriores a la determinación de elegibilidad; o
 - ii. usando los ingresos familiares reales de la Persona durante los 12 meses anteriores a la determinación de elegibilidad.
- c. **Guías sobre ingresos.** En virtud de las normas del Estado de Maine, los hospitales deben proporcionar Free Care a las personas al 150 % de las Guías Federales del Nivel de Pobreza (FPL). MaineHealth reconoce que existe una necesidad legítima de proporcionar descuentos adicionales a las personas cuyos ingresos anuales puedan superar las Guías Federales de Pobreza, pero que todavía carecen de la capacidad de pagar por los servicios. Con ese fin, MH proporcionará descuentos adicionales de Free Care a los Residentes de Maine y New Hampshire, tal como se indica a continuación. Se utilizarán las siguientes guías sobre ingresos para determinar si una Persona no puede pagar. Estas guías sobre ingresos se actualizarán cada año.
1. MaineHealth usará las Guías Federales de Pobreza vigentes que se publican en el Registro Federal, y proporcionará Free Care completa a las personas cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 200 % de las Guías Federales de Pobreza. Las Guías de Free Care vigentes de MH se enumeran en el Anexo 1 de esta Política. Las guías sobre ingresos de MH superan el requisito del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

2. Servicios cubiertos

- a. MH proporcionará Free Care para los servicios ambulatorios y hospitalarios que sean médicamente necesarios. Solo se ofrece la atención médica necesaria como Free Care. MH seguirá las Políticas de Revisión Médica Locales o las Determinaciones de Cobertura Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para determinar la necesidad médica. La Necesidad médica también puede ser determinada por el médico tratante o por la compañía de seguros de salud no gubernamental del solicitante. La Política de Free Care puede cubrir servicios preventivos necesarios en un entorno ambulatorio.
 1. Servicios excluidos/limitados:
 - La cirugía estética, un procedimiento que se realiza con el único propósito de mejorar el aspecto del paciente (excluyendo la cirugía reconstructiva), no está cubierta como Free Care.
 - La cirugía bariátrica está cubierta como Free Care solo si el médico proporciona una declaración escrita de la necesidad médica.
 - La cirugía dental, un procedimiento que se realiza con el único propósito de extraer dientes infectados o dañados, está cubierta como Free Care solo si el médico proporciona una declaración escrita de la necesidad médica.
 - Los procedimientos relacionados con la infertilidad no están cubiertos como Free Care.
 - Los procedimientos relacionados con la esterilización están cubiertos por Free Care solo si el médico proporciona una declaración escrita de la necesidad médica.

3. Aviso de disponibilidad de Free Care

- a. Resumen en lenguaje sencillo: los hospitales y consultorios médicos de MH publicarán avisos de la disponibilidad de Free Care en determinados lugares en las instalaciones en las que el público general realice negocios con el hospital o donde se presente para recibir o solicitar servicios hospitalarios, incluidas las áreas de ingreso, salas de espera, oficinas comerciales y áreas de recepción para pacientes ambulatorios.
- b. Aviso individual: con respecto a los servicios de internación, los hospitales y consultorios médicos de MH deberán notificar por escrito a cada persona la disponibilidad de Free Care antes del alta. Con respecto a los servicios ambulatorios, cada hospital deberá acompañar la factura del paciente con una copia de un aviso individual de disponibilidad de Free Care o bien proporcionar una copia del aviso individual en el momento en que se proporcione el servicio.
- c. Contenido del aviso: La notificación individual escrita y publicada se encuentra en el Anexo 1 de esta política.
- d. Comunicación de contenido: Los Hospitales MH y los consultorios médicos harán todo lo razonablemente posible para comunicar el contenido de la notificación escrita a las personas que se crea razonablemente que no pueden leer la notificación. Puede encontrar traducciones de los documentos de Free Care en el sitio web de MH (mainehealth.org) en la pestaña de asistencia financiera.

4. Determinación de la cualificación

- a. Solicitud
 1. MH le dará una oportunidad a cada Persona que busque Free Care de realizar la solicitud en los formularios proporcionados por los Hospitales MH.
 11. MH exigirá al solicitante que proporcione toda información que sea razonablemente necesaria para corroborar los ingresos del solicitante o el hecho de que la persona no tiene la cobertura de un seguro ni es elegible para la cobertura de programas estatales o federales de asistencia médica cuando procese las aprobaciones.
 - iii. Las solicitudes de Free Care serán procesadas por asesores financieros de la Oficina de negocios consolidados (Consolidated Business Office, CBO) o el personal designado en cada centro.
- b. Determinación
 1. Al recibir una solicitud, la CBO o el personal designado determinarán que una persona que solicita Free Care cumple los requisitos para dicha atención si:
 - la Persona cumple con las guías sobre ingresos especificadas en la Sección 1;
 - la Persona no está cubierta por ningún seguro ni es elegible para la cobertura de programas estatales o federales de asistencia médica. Esta determinación no será necesaria si los servicios fueron proporcionados por centros o consultorios que participan en los Programas de reembolso de préstamos de NHSC;

- los servicios recibidos fueron médicaamente necesarios.
- ii. Si la CBO o el personal designado determina que la Persona que solicita Free Care cumple con las guías sobre ingresos, pero está cubierta por un seguro o por programas estatales o federales de asistencia médica, determinará que todo importe restante adeudado después del pago por la aseguradora o el programa de asistencia médica se considerará Free Care.
- iii. MH permitirá que la determinación de la cualificación para los servicios de Free Care ambulatoria siga siendo válida durante un período máximo de seis meses para la atención posterior de emergencia o médicaamente necesaria luego de la fecha de determinación. Esto incluirá todas las cuentas por cobrar pendientes, incluidas las que tienen las agencias de deuda incobrable, a menos que se haya aplicado un pago a la cuenta. Un cambio en la situación financiera o el agregado de la elegibilidad de un pagador externo puede modificar el período de aprobación y requerir una revisión adicional.
- iv. Se realizará una determinación de la cualificación para los servicios de Free Care de internación en cada ingreso.
- c. Aplazamiento de la determinación
- i. En las condiciones especificadas en los párrafos (ii) y (iii) a continuación, la determinación de las cualificaciones para Free Care puede aplazarse hasta 60 días, con el fin de exigir al solicitante que obtenga la evidencia actual de inelegibilidad para los programas de asistencia médica o que verifique que los servicios en cuestión no están cubiertos por el seguro.
- ii. Si el solicitante de Free Care, que cumple con las guías sobre ingresos de la sección 1 y que no tiene cobertura de ningún programa estatal o federal de asistencia médica, cumple cualquiera de los criterios enumerados a continuación, se aplazará la cualificación para Free Care; esta determinación no será necesaria si los servicios fueron proporcionados por centros o consultorios que participan en los Programas de reembolso de préstamo de NHSC.
- Tiene 65 años o más.
 - Es ciego.
 - Es discapacitado.
 - Una Persona es miembro de una familia en la que un niño es privado de apoyo o cuidados parentales debido a una de las causas a continuación, y los ingresos de la Persona son inferiores a las guías de la sección 1.
 - o muerte del padre o la madre;
 - o ausencia continuada del (de los) padres del hogar debido a encarcelamiento en un instituto penal, confinamiento en una institución médica general, crónica o especializada, deportación a otro país, divorcio, deserción o separación de los padres de mutuo acuerdo, o monoparentalidad;
 - o discapacidad del padre o la madre; o
 - o desempleo del padre o de la madre que sea el proveedor principal de dinero.

111. Si una Persona no cumple ninguno de los criterios especificados en el punto (ii) precedente, pero el Hospital MH no puede determinar la cobertura de la persona y tiene una base razonable para creer que la persona puede tener la cobertura de un seguro o es elegible para programas federales o estatales de asistencia médica, puede aplazar la determinación en relación con Free Care. Esta determinación no será necesaria si los servicios fueron proporcionados por centros o consultorios que participan en los Programas de reembolso de préstamos de NHSC.

d. Contenido de la determinación favorable

i. La determinación de que una Persona reúne los requisitos para recibir Free Care debe indicar:

- Que MaineHealth proporcionará atención **sin** costo alguno o con un costo reducido.
- La fecha en la que se solicitaron los servicios.
- La fecha en la que se tomó la determinación.
- La fecha en la que los servicios fueron o serán proporcionados por primera vez al solicitante.
- Todo saldo pendiente anterior al que Hospitales MH renunciará tras la aprobación de la asistencia financiera.
- Los servicios ambulatorios estarán cubiertos durante un período de seis meses a partir de la fecha de aprobación.
- Las Personas que reciban servicios de internación deberán volver a solicitar Free Care si la aprobación previa se emitió hace más de 90 días del ingreso actual. Si una Persona ingresa como paciente internado dentro de los 90 días de la aprobación de Free Care ambulatoria, se le pedirá que firme un formulario de certificación confirmando que sus ingresos no han cambiado desde su solicitud anterior.
- Las Personas que reciban servicios ambulatorios y que hayan sido consideradas elegibles en virtud de la Política de Free Care o a quienes se les haya denegado Free Care, podrán volver a ser evaluadas previa solicitud si el paciente ha experimentado un cambio en los ingresos durante su período de cobertura de seis meses. Dichos pacientes deberán volver a presentar la solicitud en el marco del programa con la información actualizada de los ingresos.

e. Motivos para la denegación

1. La CBO de MH o el personal designado proporcionará a cada solicitante que solicite Free Care y se le deniegue, una declaración por escrito y fechada de los motivos de la denegación cuando se realice la denegación. Cuando el motivo de la denegación sea no haber proporcionado la información necesaria durante un período de aplazamiento en virtud de la sección 4, se informará a la Persona que podrá volver a solicitar Free Care si se puede proporcionar la información necesaria. Además, la notificación debe indicar que la Persona tiene derecho a una audiencia; cómo obtener una audiencia; y

el nombre y número de teléfono de la persona con la que se debe contactar, en caso de que el proveedor/paciente tenga preguntas sobre la notificación.

f. Motivos del aplazamiento

- i. Cuando se aplaza una solicitud de Free Care, se deberá notificar a la Persona de la siguiente manera:

No se ha determinado Free Care aún. Hay razones para creer que usted [el solicitante] puede ser elegible para recibir la cobertura de programas de asistencia médica estatales o federales. Si puede demostrar que no reúne los requisitos para la cobertura de estos programas en un plazo de 60 días a partir de la fecha de este aviso, mediante la obtención de una carta u otra declaración de [insertar el nombre de la agencia estatal o federal a la que se ha derivado al solicitante], entonces se lo considerará calificado para Free Care. Incluso si reúne los requisitos para la cobertura, dispondrá de Free Care para cualquier parte de las facturas que los programas de asistencia médica (o cualquier seguro que tenga) no paguen. Esta determinación no será necesaria si los servicios fueron proporcionados por centros o consultorios que participan en los Programas de reembolso de préstamos de NHSC.

- g. Cuando se aplaza una solicitud, se notificará al solicitante el motivo del aplazamiento, incluido el fundamento de la creencia del hospital de que puede existir cobertura o elegibilidad y la naturaleza de la constancia que debe proporcionarse para completar la determinación. La notificación se **realizará** sustancialmente en el formato especificado en el párrafo anterior y deberá incluir la última oración de dicho formulario.

5. Facturación

- a. Si se ha determinado que una Persona reúne los requisitos para Free Care del 100 % en virtud de la sección 4, no se le facturará a la Persona por los servicios prestados.
- b. Si se ha determinado que una Persona reúne los requisitos para Free Care del 100 % en virtud de la sección 4, no se facturará a la Persona ningún monto no pagado por una aseguradora o programa de asistencia médica.
- c. Si se le aprueba la asistencia financiera en virtud de nuestra política y su aprobación no cubre el 100 % de nuestros cargos por el servicio, no se le facturará más por emergencias u otra atención médica necesaria que el monto generalmente facturado (amount generally billed, AGB) a los pacientes que tienen seguro. MaineHealth ha decidido utilizar el método retrospectivo para calcular el monto AGB para pacientes que solicitan asistencia financiera. Puede encontrar más información relacionada con el monto AGB en la sección de facturación de nuestro sitio web. La información del monto AGB se puede encontrar en la sección Políticas, Política de facturación y cobros. También puede solicitar una copia gratuita de esta política poniéndose en contacto con Servicios financieros para pacientes llamando al número gratuito (866) 804-2499.

- d. Si la solicitud de Free Care de una persona se ha aplazado en virtud de la sección 4, se le podrá facturar por los servicios prestados durante el período de aplazamiento.
- e. Si se ha determinado que una persona reúne los requisitos para recibir Free Care en virtud de la subsección 4 o si la determinación que cubre Free Care se ha aplazado en virtud de la subsección 4.c., entonces no se facturará a ninguna municipalidad en virtud del programa de asistencia general por la atención hospitalaria proporcionada a esa persona.

6. Informes y mantenimiento de registros

- a. MH llevará registros de la cantidad de Free Care proporcionada de acuerdo con las guías mínimas establecidas en esta Política y el número de Personas a las que se proporcionó. Si un hospital ofrece Free Care que no es necesaria conforme esta Política, el hospital llevará registros separados de la cantidad de dicha atención proporcionada y el número de personas a las que se proporcionó.
- b. Cada Hospital de Maine deberá informar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine (DHHS) como parte de su presentación de información con el fin de la conciliación final, un resumen de la cantidad de Free Care que se proporcionó en el pago aplicable; la cantidad de Free Care que no se necesitó pero se proporcionó ese año; y el número de Personas a las que se proporcionó cada tipo de Free Care (necesaria y no necesaria).

7. Presentación; Aplicabilidad

- a. Los Hospitales MH tienen la obligación de presentar ante el DHHS de Maine y mantener una copia actualizada de su Política de Free Care y una copia actualizada de su Resumen en lenguaje sencillo.

8. Aviso de oportunidad de una audiencia justa

- a. De acuerdo con las disposiciones del título 22 de M.R.S.A. §1716, los residentes de Maine pueden ponerse en contacto con el DHHS por escrito o verbalmente en la Unidad administrativa de audiencias, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011, para solicitar una audiencia justa sobre la elegibilidad para Free Care. El DHHS de Maine debe conceder la oportunidad de **una** audiencia justa sobre la elegibilidad para Free Care a:
 - Cualquier persona que la solicite porque su reclamación de Free Care es denegada o no se ha actuado con la prontitud razonable, o
 - Cualquier destinatario de la atención médica que la solicite porque cree que el hospital ha tomado una acción errónea.
 - Los pacientes pueden ponerse en contacto con Servicios financieros para pacientes llamando al número gratuito 1-866-804-2499 para obtener información adicional sobre cómo solicitar una audiencia.

-
- b. Los residentes de New Hampshire pueden solicitar una revisión de su determinación de Free Care poniéndose en contacto con Servicios financieros para pacientes llamando al número gratuito 1-866-804-2499. La solicitud será revisada para su determinación por parte de los directores senior del ciclo de ingresos.

9. Indigencia médica y Elegibilidad presunta

- a. MaineHealth MH reconoce que puede haber casos en los que un paciente no cumpla los requisitos para recibir Free Care en virtud de esta Política y aún no pueda pagar legítimamente por los servicios prestados. Con ese fin, MH ha creado dos categorías adicionales de ajuste, Indigencia médica y Elegibilidad presunta. Si se le aprueba la asistencia financiera en virtud de esta Política y su aprobación no cubre el 100 % de nuestros cargos por el servicio, no se le facturará más por emergencias u otra atención médica necesaria que el monto generalmente facturado (amount generally billed, AGB) a los pacientes que tienen seguro. MaineHealth ha decidido utilizar el método retrospectivo para calcular el monto AGB para pacientes que solicitan asistencia financiera. Puede encontrar más información relacionada con el monto AGB en la sección de facturación de nuestro sitio web. La información del monto AGB se puede encontrar en la sección Políticas, Política de facturación y cobros. También puede solicitar una copia gratuita de esta política poniéndose en contacto con Servicios financieros para pacientes llamando al número gratuito (866) 804-2499.
1. Indigencia médica: Hay tres categorías básicas de Personas médica mente indigentes que se consideran en esta Política.

1. La primera categoría incluye a aquellos que reúnen los requisitos para Free Care en función de sus ingresos, pero que de otra forma no cumplen los requisitos de la Política. A modo de ejemplos de esta categoría, podemos citar los siguientes:
 - El paciente no es residente de Maine o New Hampshire.
 - El paciente no tiene hogar.
 - El paciente estaba en un grupo de pacientes que podían recibir cobertura, pero no entregó el aviso de denegación del DHHS.
 - Los servicios no eran necesarios desde el punto de vista médico, pero el proveedor los consideró adecuados desde el punto de vista médico.

2. La segunda categoría incluye a aquellos pacientes que no cumplen las guías de Free Care en función de sus ingresos brutos, pero sus ingresos netos no les permiten cumplir con sus obligaciones de pago de sus facturas médicas.
 3. El ajuste en ambas categorías de Personas anteriormente mencionadas podrá ser aprobado por parte del personal de supervisión o gestión del Departamento de servicios financieros para pacientes o el personal designado de la CBO correspondiente, teniendo en cuenta la recomendación del personal de cobros o de atención al cliente. Es necesario completar un Cuestionario financiero acompañado de información sobre ingresos y gastos para validar la necesidad de un ajuste en virtud de esta sección. Se podrá aplicar una prueba de activos si MH lo considera apropiado.
 4. Una tercera categoría de pacientes médicamente indigentes puede incluir pacientes con cáncer fuera del estado, que pueden ser aprobados para recibir Free Care según el caso en virtud de esta política. MH considerará Free Care para los pacientes con cáncer fuera de estado que estén participando en el programa Cancer Care y requieran medicación contra el cáncer necesaria para el tratamiento. Esta aprobación de Free Care se ingresará en el sistema de registros médicos electrónicos (Electronic Health Record, EHR) con fechas de entrada en vigencia y caducidad para garantizar que los pacientes que cumplan los requisitos para Free Care también reciban los medicamentos necesarios sin costo alguno.
- ii. **Elegibilidad presunta:** La categoría de Elegibilidad presunta está destinada a aquellos pacientes que nunca completaron una solicitud de Free Care, pero el Departamento de servicios financieros para pacientes tiene suficiente información para determinar que el paciente reuniría los requisitos para recibir Free Care si la solicitara. Los ejemplos incluyen los siguientes:
- Mediante el uso del puntaje FPL proporcionado por un socio del ciclo de ingresos, determinar la elegibilidad para la asistencia financiera en función del puntaje de ingresos que se obtiene.
 - El paciente no tiene hogar y no completó una solicitud.
 - El paciente está cubierto por un plan de Medicaid fuera del estado para el cual el proveedor no cuenta con credenciales, y el saldo del paciente no justifica la realización de la pesada tarea de presentar la documentación asociada con las credenciales.
 - Si una persona está cubierta por el programa MaineCare del Estado de Maine o por el programa New Hampshire Medicaid, se solicitará la elegibilidad presunta para servicios no cubiertos antes de la inscripción en Medicaid, limitada a las fechas de servicio dentro del último año antes de la inscripción en el programa estatal.
 - Si una persona está cubierta por el programa CarePartners, se solicitará la elegibilidad presunta para servicios no cubiertos antes de la inscripción en CarePartners, limitada a las fechas de servicio

dentro del último año antes de la inscripción en el programa estatal.

- El paciente está encarcelado y no tiene activos.
- No se usan los requisitos previos para Free Care para determinar si una persona cumple los requisitos de elegibilidad presunta.
- *Todos* los servicios prestados en Preble Street Collaborative se considerarán como elegibilidad presunta en virtud de este programa.
- Los pacientes derivados para recibir servicios en el hospital Mid Coast de la clínica Oasis Free en Brunswick se considerarán candidatos para elegibilidad presunta en el marco de este programa.
- Los pacientes sin seguro que reciban servicios de atención de salud mental en situación de crisis en cualquier departamento de emergencias de MaineHealth se considerarán candidatos para elegibilidad presunta en virtud de este programa.

1. Los pacientes con Elegibilidad presunta serán aprobados para el ajuste según el Procedimiento de elegibilidad presunta de Servicios financieros para pacientes interno o por el personal directivo del Departamento de servicios financieros para pacientes.

10. Asistencia para programas estatales y federales

- MH ha desarrollado un programa para ayudar a sus pacientes con pago por cuenta propia a solicitar programas estatales o federales que puedan ayudar a cubrir el costo de los servicios hospitalarios o médicos. Este programa incluye una visita a todos los pacientes ingresados con pago por cuenta propia y pacientes ambulatorios seleccionados en función de las derivaciones de MH para determinar su elegibilidad para programas estatales y/o federales. MH puede ayudar en el proceso de solicitud para los recién nacidos y su cualificación para el programa MaineCare (Medicaid) del estado de Maine o para el Memorial Hospital y los pacientes de consultorios médicos asociados al programa Medicaid del estado de New Hampshire. Los pacientes que soliciten Free Care y que hayan sido internados en MH serán evaluados para determinar su elegibilidad para Medicaid. Si se determina que un paciente no reunirá los requisitos para recibir ninguna asistencia estatal o federal, dicha determinación se aceptará como una denegación del DHHS y el MH procesará la solicitud de Free Care de la Persona. Esta determinación no será necesaria si los servicios fueron proporcionados por centros o consultorios que participan en los Programas de reembolso de préstamos de NHSC.

11. Planes de mercado

- Con la Ley de atención asequible se requiere que nuestros pacientes tengan cobertura de atención médica, ya sea a través de un plan patrocinado por el empleador, un plan privado o mediante solicitud a través del Mercado de seguros de salud. MH tiene recursos disponibles para ayudar a nuestros pacientes a través del proceso de solicitud de planes de mercado. Los pacientes pueden ponerse en contacto con nuestro equipo de CarePartners llamando al 877-626-1684 para solicitar asistencia.

- b. Se evaluará la elegibilidad de los pacientes que soliciten Free Care y que hayan sido hospitalizados en un Hospital MH para MaineCare (Medicaid) o New Hampshire Medicaid para los pacientes del Memorial Hospital. Si la Persona puede proporcionar una copia de la Notificación de elegibilidad del mercado de seguro de salud que demuestre que no reuniría los requisitos para Medicaid, el personal de MH procesará la solicitud de Free Care de la Persona.

12. Información de contacto para asistencia financiera

- a. Una persona puede solicitar Free Care poniéndose en contacto con la Oficina de Servicios financieros para pacientes llamando al número gratuito (866) 804-2499. La solicitud de Free Care y esta Política también se pueden encontrar en nuestro sitio web en la sección de facturación.
- b. Para obtener recursos financieros alternativos, los pacientes pueden ponerse en contacto con CarePartners. CarePartners coordina la prestación de servicios de atención médica donados para residentes sin seguro de bajos ingresos en cinco condados de Maine (Cumberland, Lincoln, Waldo, York y Kennebec). El programa, una asociación entre MH, médicos, hospitales y otros profesionales de la salud, ayuda a los miembros de la comunidad que no reúnen los requisitos para programas de cobertura médica públicos o privados a obtener atención médica integral y médica necesaria. Para obtener más información sobre CarePartners, llame al número gratuito al 877-626-1684.

13. Servicios de médicos cubiertos por asistencia financiera

- a. Todos los servicios de médicos proporcionados por los grupos de médicos de **MH** estarán cubiertos en virtud del programa de Free Care.
- b. Algunos proveedores de servicios no están afiliados a MH y es posible que no acepten nuestra determinación de Free Care. Tales proveedores pueden incluir, entre otros, los siguientes: Spectrum Medical Group (anestesia, patología y radiología), médicos de InterMed y otros consultorios privados o grupos médicos.

14. Política de facturación y cobros de MH

- a. MH realizará los siguientes intentos de comunicación para cobrar una factura de nuestros garantes: declaraciones de los pacientes, cartas y llamadas telefónicas. Siguiendo la política de facturación y cobros de MH, si, luego de transcurridos más de 120 días en este proceso, no ha habido comunicación con el garante sobre el pago del monto pendiente, la cuenta calificará para derivación a nuestra agencia de cobros. Puede encontrar una copia de la Política de facturación y cobros de MH en el sitio web de MH en www.mainehealth.org o llamando a Servicios financieros para pacientes al número gratuito (866) 804-2499.

Referencias relacionadas:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine, Oficina de Servicios de MaineCare. (2007). Capítulo 150 [Documento Word]. Recuperado de <https://www.maine.gov/sos/cec/rules/10/144/144c150.doc>

Estatutos revisados de Maine, título 22, sección 1716. (1995). Recuperado de <https://www.mainelegislature.org/legis/statutes/22/title22sec1716.html>

Fecha de adopción original: 01/01/2012

Comité(s) de aprobación:

Esta Política ha sido aprobada por representantes de organizaciones miembros de MaineHealth que asistieron a la reunión {nombre del consejo o comité} el {mm/dd/aaaa}.

Propietario de la política: *Tony Murray, director senior, Oficina de facturación única y operaciones en efectivo, gestión del ciclo de ingresos, MaineHealth Corporate*

Patrocinador ejecutivo: Rich Bayman, CFO, *MaineHealth Corporate*

Approved by the Maine Health Board of Trustees

8/11/25

Anexo 1

AVISO

Atención médica gratuita para quienes no pueden pagar — 2025

La legislación de Maine exige que se proporcione atención médica gratuita a los residentes de Maine con ingresos inferiores al 150 por ciento del nivel federal de pobreza. MaineHealth ofrece atención gratuita a todos los pacientes **que se encuentren en el 200 por ciento o por debajo** del nivel de pobreza. Los residentes de New Hampshire que reciban atención en Memorial Hospital y/u otros consultorios médicos de MaineHealth asociados también pueden calificar para el programa de atención gratuita.

Tamaño de la familia	150 %	200 %
1	\$23,475.00	\$31,300.00
2	\$31,725.00	\$42,300.00
3	\$39,975.00	\$53,300.00
4	\$48,225.00	\$64,300.00
5	\$56,475.00	\$75,300.00
6	\$64,725.00	\$86,300.00
7	\$72,975.00	\$97,300.00
8	\$81,225.00	\$108,300.00
Cada adicional	\$8,250.00	\$11,000.00

Para solicitar ayuda financiera, póngase en contacto con nosotros:

- Oficina de Servicios Financieros para Pacientes al número gratuito 866-804-2499 en horario laboral de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Los cargos no superarán el importe generalmente facturado a Medicare

Si se le aprueba la asistencia financiera en virtud de nuestra política y su aprobación no cubre el 100 por ciento de nuestros cargos por el servicio, no se le facturará más por emergencias u otra atención médica necesaria que el monto generalmente facturado a los pacientes que tienen seguro.

Solo se ofrece la atención médica necesaria como atención gratuita. Si no reúne los requisitos para recibir atención médica gratuita, puede solicitar una audiencia justa. Le explicaremos cómo solicitar una audiencia justa.

