

Status **Active** PolicyStat ID **19741220**

Owner **Shawn McCardell: Consultant**

Origination **01/2011**

Last **03/2026**

Approved

Effective **03/2026**

Last Revised **03/2026**

Next Review **03/2028**



Asistencia Financiera, Cobros de Autopago y Política de Planes de Pago, FN 100

(Financial Assistance, Self Pay Collections, and Payment Plan Policy, FN 100 SPANISH)

Política de Asistencia Financiera, Cobranza de Pagos Directos y Planes de Pago, FN 100

Esta política tiene como objetivo servir de guía para la prestación de atención al paciente y la gestión de los servicios hospitalarios. No pretende sustituir el criterio profesional en la atención al paciente ni en asuntos administrativos.

OBJETIVO:

Frederick Health se compromete a brindar atención médica de calidad y necesaria a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago y sin discriminación por motivos de raza, sexo, edad, color, origen nacional o credo, estado civil, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. El propósito de este documento es presentar un conjunto formal de políticas y procedimientos diseñados para ayudar al personal de Servicios Financieros para Pacientes en la aplicación diaria de este compromiso. Los procedimientos describen: (1) cómo solicitar asistencia financiera, los criterios de elegibilidad y los pasos para procesar las solicitudes; (2) la manera en que Frederick Health iniciará las acciones de cobranza y la cancelación de las cuentas por cobrar, así como la posterior asignación de dichas cuentas a agencias externas o abogados para su cobranza; y (3) cómo Frederick Health ofrecerá planes de pago de conformidad con la ley de Maryland. Esta política documenta una práctica uniforme para el cobro de las cantidades adeudadas por los pacientes, independientemente de su cobertura de seguro, y los procedimientos necesarios para registrar las cancelaciones de deuda.

Esta política tiene como objetivo cumplir con todas las leyes aplicables, incluyendo la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las Secciones 19-214.1 y 19-214.2 del Artículo General de Salud del Código de Maryland, así como cualquier reglamento de implementación. Ha sido adoptada por la Junta Directiva de Frederick Health Hospital, Inc. y Frederick Health, Inc. y deberá ser revisada y aprobada por dichas Juntas al menos cada dos años, a menos que la ley exija aprobaciones más frecuentes.

POLÍTICA:

Esta política se aplica a (1) pacientes que buscan atención de emergencia u otra atención médica necesaria en Frederick Health Hospital ("FHH" o el "Hospital"), (2) pacientes que buscan servicios médicos profesionales necesarios de Frederick Health Medical Group ("FHMG"), (3) cuentas de pacientes identificadas como de pago directo o con un saldo pendiente a cargo del paciente después de la cobertura del seguro y/o la

asistencia financiera por los servicios prestados por FHH o FHMG, y (4) cualquier empleado de FHH o FHMG que realice actividades de cobranza en el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes ("PFS") y cualquier proveedor que asista a FHH o FHMG en sus actividades de cobranza. Para los fines de esta política, FHH y FHMG se denominan colectivamente "FHH/FHMG".

Los procedimientos de Asistencia Financiera descritos en esta Política están diseñados para ayudar a las personas que califican para una cobertura parcial bajo los programas de Asistencia Médica federales, estatales y locales disponibles, pero cuyos saldos pendientes de pago directo superan su capacidad de pago. El principio fundamental es que, durante un período razonable, se espera que una persona pague solo un porcentaje máximo de sus ingresos disponibles para cubrir los gastos hospitalarios. Cualquier pago que exceda este porcentaje supondría una carga financiera excesiva para el paciente o su familia y podría descontarse como ayuda financiera. Asimismo, los procedimientos de crédito y cobro descritos en esta Política están diseñados para garantizar que FHH/FHMG lleve a cabo sus funciones de crédito y cobro de manera digna y respetuosa, y en cumplimiento de todas las leyes aplicables.

PROCEDIMIENTO:

I. ASISTENCIA FINANCIERA

A. DESCRIPCIÓN GENERAL

1. Se puede ofrecer asistencia financiera antes, durante o después de la prestación de los servicios. Tras la presentación de la solicitud, FHH/FHMG enviará una carta de acuse de recibo al paciente en un plazo de dos (2) días hábiles, y se determinará la elegibilidad en un plazo de catorce (14) días a partir de la recepción de la solicitud completa.
 - a. Para los fines de esta política, "Asistencia Financiera" se refiere a los servicios de atención médica proporcionados sin cargo o a un costo reducido a pacientes que cumplen con los requisitos.
 - b. FHH/FHMG mantiene una lista de todos los proveedores que pueden atender a pacientes en FHH/FHMG, disponible en <https://www.frederickhealth.org/find-a-provider/>. Solo los proveedores empleados por FHH/FHMG están cubiertos por esta política y se indican en la lista de proveedores. Los proveedores que no pertenecen a FHH/FHMG facturan por separado sus servicios y no todos participan en el Programa de Asistencia Financiera de FHH/FHMG. Si un proveedor no está cubierto por esta política, los pacientes deben comunicarse con su consultorio para determinar si la Asistencia Financiera está disponible.
 - c. Si un paciente necesita ayuda para solicitar Asistencia Financiera, puede obtenerla en nuestra ubicación física en 400 West Seventh St., Frederick, MD 21701. Los pacientes también pueden llamar al 240-566-4214 para cualquier consulta sobre el proceso de solicitud de Asistencia Financiera.
1. Aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera:
 - a. FHH/FHMG pondrá a disposición del público folletos informativos sobre su Política de Asistencia Financiera. Dichos folletos estarán disponibles en toda la comunidad y en las instalaciones de FHH/FHMG.
 - b. Se publicarán avisos sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera en las áreas de admisión correspondientes, en el departamento de Servicios Financieros para Pacientes/oficina de facturación y en otras áreas clave de acceso para

pacientes. Dicho aviso incluirá información sobre a quién contactar para obtener más detalles.

- c. FHH/FHMG se asegurará de que los proveedores correspondientes publiquen un aviso en un lugar visible de su sitio web o portal de pagos en línea, informando a los pacientes sobre su derecho a solicitar asistencia financiera, proporcionando un enlace a la solicitud de asistencia financiera e información sobre cómo presentarla.
- d. Se proporcionará una notificación por escrito de la Política de Asistencia Financiera al paciente, a su familia o a su representante autorizado antes del alta del paciente y en cada comunicación con el paciente sobre el cobro de la factura, así como antes de que el paciente reciba los servicios programados, junto con la factura médica y cuando lo solicite.
- e. Se incluirá una declaración sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera en los estados de cuenta de los pacientes.
- f. Se proporcionará un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera a los pacientes que reciban servicios de hospitalización junto con su factura resumida, y estará disponible para todos los pacientes que lo soliciten.
- g. Esta Política, un Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Asistencia Financiera y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles para los pacientes que la soliciten en FHH/FHMG, por correo postal y en el sitio web de FHH/FHMG en <https://www.frederickhealth.org/about/billing-financial-assistance/>.
- h. Esta Política, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en español.
 - i. Anualmente, FHH/FHMG evaluará las necesidades de nuestra comunidad con dominio limitado del inglés y determinará si se necesitan traducciones adicionales.

2. Disponibilidad de Asistencia Financiera: FHH/FHMG se reserva el derecho, a su entera discreción, de determinar la capacidad de pago de un paciente, de conformidad con las leyes de Maryland y federales.

a. La Asistencia Financiera puede otorgarse una vez que se haya realizado y documentado una revisión de las circunstancias financieras individuales del paciente. Esto puede incluir los gastos médicos existentes del paciente, incluidas las cuentas con saldo negativo, así como los gastos médicos proyectados.

b. Todos los pacientes que acudan a urgencias recibirán tratamiento independientemente de su capacidad de pago.

i. Para los servicios de urgencias, las solicitudes de asistencia financiera se completarán, recibirán y evaluarán retrospectivamente y no retrasarán la atención médica de los pacientes.

3. Limitación de cargos: A las personas que reciban servicios hospitalarios y que sean elegibles para atención a precio reducido según esta política no se les cobrará más que las tarifas estándar del

hospital, establecidas por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud de Maryland (HSCRC).

a. La estructura tarifaria del hospital se rige por la autoridad de la HSCRC para fijar tarifas. Toda la atención al paciente en el entorno hospitalario regulado se cobra según los recursos consumidos en su tratamiento, independientemente de la capacidad de pago del paciente.

b. Los cargos hospitalarios regulados se desarrollan con base en un valor relativo predeterminado establecido por la HSCRC a la tarifa unitaria aprobada por la HSCRC.

A. ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA

1. FHH/FHMG se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. FHH/FHMG se reserva el derecho de otorgar asistencia financiera sin que los pacientes presenten una solicitud formal. Estos pacientes pueden incluir a personas sin hogar o aquellas con correo devuelto sin dirección de reenvío.

2. Los pacientes sin seguro médico, con seguro insuficiente, que no son elegibles para un programa gubernamental o que no pueden pagar la atención médicamente necesaria pueden ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera de FHH/FHMG.

3. Los servicios de atención médica elegibles para la asistencia financiera son la atención médica de emergencia brindada por FHH y FHMG, otra atención médicamente necesaria brindada por FHH y la mayoría de los servicios médicamente necesarios proporcionados por FHMG, según se especifica en este documento.

a. Para estos fines, la atención médica de emergencia se refiere a la atención brindada por FHH para afecciones médicas de emergencia, es decir, una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que la falta de atención médica inmediata pueda razonablemente resultar en: (i) poner en grave peligro la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto); (ii) un deterioro grave de las funciones corporales; o (iii) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones, las afecciones médicas de emergencia significan que: (i) no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o (ii) el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

b. Para estos fines, la atención médicamente necesaria, incluida la atención proporcionada de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto de 1986 (EMTALA), significa la atención que (i) está directamente relacionada con el tratamiento diagnóstico, preventivo, curativo, paliativo, rehabilitador o de mejora de una enfermedad, lesión, discapacidad o condición de salud; (ii) es consistente con los estándares aceptados de buena práctica médica; y (iii) no es principalmente para la conveniencia del paciente, la familia del paciente o el proveedor.

4. Exclusiones de la Asistencia Financiera: Las exclusiones específicas a la cobertura del programa de Asistencia Financiera incluyen las siguientes:

a. Pacientes cuyo programa o póliza de seguro deniega la cobertura de los servicios recibidos (p. ej., HMO, PPO, Compensación Laboral o Medicaid);

i. Se podrán hacer excepciones a esta exclusión, a la entera discreción de FHH/FHMG, considerando las implicaciones médicas y programáticas.

b. Saldos impagos resultantes de tratamientos cosméticos u otros tratamientos no médicamente necesarios;

c. Artículos para la comodidad del paciente; y

d. Las categorías de artículos y servicios proporcionados por FHMG, si las hubiere, que se enumeran en el **Apéndice B**.

5. Inelegibilidad: Los pacientes pueden perder la elegibilidad para la Asistencia Financiera, para una fecha de servicio específica, por los siguientes motivos:

- a. Tras ser notificados por FHH/FHMG, negarse a solicitar o proporcionar la documentación o información requerida para completar una Solicitud de Asistencia Financiera dentro de los 240 días posteriores a la recepción del primer estado de cuenta posterior al alta (aproximadamente 8 meses). (Si una persona presenta una Solicitud de Asistencia Financiera incompleta dentro de los 240 días posteriores a la recepción del primer estado de cuenta posterior al alta, FHH/FHMG le otorgará un plazo razonable para completarla).
- b. A menos que se trate de servicios médicos de emergencia, contar con cobertura de seguro a través de una HMO, PPO, Compensación Laboral, Medicaid u otros programas de seguro que denieguen el acceso a FHH/FHMG debido a restricciones o límites del plan de seguro.
- c. Incumplimiento del pago de los copagos según lo exige el Programa de Asistencia Financiera.
- d. Incumplimiento de los acuerdos de pago vigentes con FHH/FHMG, según se detalla en esta política.
- e. Incumplimiento de los acuerdos de pago correspondientes a las obligaciones atrasadas con FHH/FHMG (incluidos los pacientes que fueron remitidos a una agencia de cobranza externa por una deuda anterior).
- f. Negativa a someterse a evaluación o solicitar otros programas de asistencia antes de presentar una solicitud al Programa de Asistencia Financiera, a menos que FHH/FHMG pueda determinar fácilmente que el paciente no cumple con los requisitos de elegibilidad.

6. Los pacientes que no cumplan con los requisitos del programa deberán pagar cualquier saldo pendiente y podrán ser remitidos a una agencia de cobranza si el saldo permanece impago en los plazos acordados.

7. Los pacientes que indiquen estar desempleados y no tener cobertura de seguro deberán presentar una Solicitud de Asistencia Financiera, a menos que cumplan con los criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera Presuntiva establecidos en la Sección I.D.2 a continuación.

a. Si un paciente reúne los requisitos para la cobertura COBRA, su capacidad financiera para pagar las primas del seguro COBRA será evaluada por el personal correspondiente, y se presentarán recomendaciones a la alta dirección para su aprobación.

b. Se alentará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro médico a que lo hagan, como medio para garantizar el acceso a los servicios de

atención médica.

8. Los montos de cobertura se calcularán mediante una escala de tarifas variables basada en las directrices federales de pobreza, tal como se detalla en la Sección I.C a continuación.

B. DIRECTRICES DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE

1. Los servicios elegibles bajo esta Política estarán disponibles para el paciente mediante una escala de tarifas variables, como se describe en esta sección y en el **Apéndice A**.

2. Como se indica en el **Apéndice A**, los niveles de ingresos utilizados para calcular la elegibilidad se refieren a los ingresos familiares del paciente.

- a. FHH/FHMG definirá los ingresos para este propósito de conformidad con la legislación aplicable, incluidas las regulaciones HSCRC aplicables.

- b. La unidad familiar o el hogar incluye lo siguiente:

- i. Si el paciente es adulto, la unidad familiar o el hogar incluye, como mínimo, al paciente y a las siguientes personas que viven en la misma vivienda: (i) el cónyuge (independientemente de si el paciente y el cónyuge esperan presentar una declaración de impuestos federal o estatal conjunta); (ii) hijos biológicos, adoptados o hijastros; y (iii) todas las personas incluidas en la misma declaración de impuestos federal o estatal, incluyendo a quienes el paciente soliciten una exención personal en dicha declaración; y

- ii. Si el paciente es menor de edad, la unidad familiar/hogar incluye, como mínimo, al paciente y a las siguientes personas que residan en la misma vivienda: (i) padres o tutores biológicos, adoptivos o padrastros/madrastras; (ii) hermanos biológicos, adoptivos o hermanastros; y (iii) todas las personas incluidas en la misma declaración de impuestos federal o estatal, incluyendo a quienes los padres o tutores del paciente soliciten una exención personal en dicha declaración.

3. La elegibilidad del paciente para la Asistencia Financiera se calculará al momento de la prestación del servicio o se actualizará, según corresponda, para reflejar cualquier cambio en su situación financiera que ocurra dentro de los 240 días posteriores a la emisión de la factura médica inicial, siempre y cuando el paciente informe a FHH/FHMG sobre dicho cambio antes de que finalice dicho período.

4. Las directrices federales de pobreza de EE. UU. son actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y están disponibles en <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>.

C. ASISTENCIA FINANCIERA PRESUNTIVA

1. Los pacientes pueden ser elegibles para asistencia financiera de forma presunta. Hay casos en que un paciente puede parecer elegible para asistencia financiera, pero no hay una solicitud de asistencia financiera ni documentación de respaldo en el archivo. A menudo, el paciente u otras fuentes proporcionan información suficiente para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

- a. En caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad de un paciente para asistencia financiera, FHH/FHMG se reserva el derecho de utilizar agencias externas o modelos de propensión al pago para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

- b. Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad presunta recibirán atención gratuita solo en la fecha específica del servicio.

2. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de las circunstancias personales, que pueden incluir:

- a. Cobertura farmacéutica de Asistencia Médica Activa;
- b. Cobertura para Beneficiarios Calificados de Medicare ("QMB") (cubre los deducibles de Medicare) y cobertura para Beneficiarios Especiales de Medicare de Bajos Ingresos ("SLMB") (cubre las primas de la Parte B de Medicare);
- c. Personas sin hogar;
- d. Pacientes con Petición de Emergencia del Sistema de Salud Pública de Maryland;
- e. Ser beneficiario de los siguientes programas de servicios sociales sujetos a verificación de recursos: Programas para Mujeres, Bebés y Niños ("WIC"); Programa de Cupones para Alimentos/Asistencia Nutricional Suplementaria; hogares con un niño inscrito en el programa de comidas gratuitas o a precio reducido y que cumpla con los requisitos de elegibilidad según los ingresos del hogar; programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos; Programa de Atención Primaria para Adultos ("PAC"), hasta que se añadan los beneficios de hospitalización al paquete de beneficios del PAC; u otros programas de servicios sociales sujetos a verificación de recursos que el Departamento de Salud de Maryland y la Comisión de Revisión de Servicios de Salud (HSCRC) consideren elegibles para las políticas de atención médica necesaria gratuita en hospitales, de conformidad con las regulaciones de la HSCRC;
- f. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales;
- g. Personas fallecidas sin patrimonio conocido; y
- h. Pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en el antiguo Programa Estatal de Asistencia Médica.

3. Los pacientes considerados presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera por su participación en un programa de servicios sociales mencionado anteriormente deberán presentar un comprobante de inscripción dentro de los 30 días posteriores a dicha determinación de elegibilidad. El paciente, o su representante, podrá solicitar 30 días adicionales para presentar el comprobante requerido.

D. PROGRAMA DE AYUDA POR DIFICULTADES MÉDICAS

1. Un paciente que no cumpla los requisitos para recibir la Asistencia Financiera descrita en otras secciones de esta política podrá optar a ella a través del Programa de Ayuda por Dificultades Médicas de FHH/FHMG si ha contraído una deuda médica familiar colectiva en FHH/FHMG que supere el 25 % de los ingresos combinados del hogar durante un período de 12 meses, independientemente de sus ingresos.
 - i. Para este fin, la deuda médica se define como los gastos de bolsillo por atención médica necesaria recibida en FHH/FHMG, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles, que se facturan al paciente o a su aval, excluyendo los importes pagados contractualmente por otra entidad pagadora.
2. FHH/FHMG aplica los criterios de deuda médica establecidos anteriormente al saldo del paciente una vez recibidos los pagos del seguro.
3. Si se determina que cumplen los requisitos, los pacientes y sus familiares directos que residan en el mismo domicilio tienen derecho a una reducción del 20 % en el costo de la atención médica necesaria recibida de FHH/FHMG durante un período de 12 meses, a partir de la fecha en que se recibió inicialmente dicha atención. Para evitar duplicaciones

innecesarias, estos pacientes y sus familiares directos que residan en el mismo domicilio deberán informar al hospital sobre la elegibilidad del paciente o del familiar.

4. Los pacientes deben notificar a FHH/FHMG sobre su posible elegibilidad para el Programa de Asistencia por Dificultades Médicas.
5. Para mayor claridad y para evitar dudas, el programa estándar de Asistencia Financiera de FHH/FHMG prevé una reducción superior al 20 % en el costo de la atención médica necesaria para pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 500 % del nivel federal de pobreza, según se indica en el **Apéndice A** de esta Política. Por lo tanto, los pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 500 % del nivel federal de pobreza pueden recibir Asistencia Financiera independientemente de la deuda médica de su familia. Por lo tanto, los pacientes que pueden acogerse al Programa de Asistencia por Dificultades Médicas son aquellos con un ingreso familiar superior al 500% del nivel federal de pobreza.

E. ASISTENCIA BASADA EN LAS CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES: FHH/FHMG se reserva el derecho de considerar las circunstancias financieras individuales de cada paciente y su familia para otorgar atención médica a precio reducido que exceda los criterios exigidos por la ley o establecidos en esta política.

1. La elegibilidad, la duración y el descuento se determinarán según la situación de cada paciente.
2. El saldo del paciente después de cubrir los gastos del seguro puede ser considerado.
3. Los casos que se encuentren en esta categoría requieren revisión y aprobación por parte de la gerencia.
4. En cada caso particular y con la asesoría legal de FHH/FHMG, la gerencia puede desarrollar un programa especial de asistencia financiera para categorías específicas de pacientes conforme a esta sección. La asistencia financiera proporcionada bajo cualquier programa especial deberá ser, como mínimo, equivalente a la asistencia que se aplicaría de otro modo bajo esta Política, pero puede ser superior.

F. CONSIDERACIÓN DE LOS ACTIVOS

1. Los activos monetarios del hogar generalmente no se consideran para determinar la elegibilidad de un paciente para la Asistencia Financiera, a menos que se consideren lo suficientemente sustanciales como para cubrir la totalidad o parte de sus responsabilidades sin causar dificultades excesivas. Al revisar los activos monetarios del hogar, se toman en consideración las circunstancias financieras individuales del paciente, como la capacidad de reponer dichos activos y su potencial de ingresos futuros.
2. Al determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera bajo esta política, FHH/FHMG solo podrá considerar los activos monetarios del hogar que superen los \$100,000 y que puedan convertirse fácilmente en una cantidad fija o determinable de dinero, incluyendo efectivo y equivalentes de efectivo (por ejemplo, efectivo disponible, depósitos bancarios, cuentas de inversión, cuentas por cobrar y pagarés); sin embargo, se excluirán los activos de jubilación, independientemente de su saldo, a los que el IRS haya otorgado un tratamiento fiscal preferencial (incluidos los planes de compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas o los planes de compensación diferida no calificados). (Por lo general, se trata de planes exentos de impuestos y/o que conllevan penalizaciones por retiro anticipado).

G. APELACIONES/QUEJAS

1. Los pacientes cuyas solicitudes de asistencia financiera sean denegadas tienen la opción de apelar la decisión. Las apelaciones deben presentarse por escrito y enviarse por correo a: Frederick Health, 400 West Seventh Street, Frederick, MD 21701, a la atención del Equipo de Asesoramiento Financiero.
2. Se recomienda a los pacientes que presenten documentación adicional que justifique por qué se debe revocar la denegación.
3. Las apelaciones se documentan y son revisadas por el siguiente nivel de gestión para su reconsideración.
4. Si la apelación de primera instancia no resulta en la revocación de la denegación, los pacientes tienen la opción de escalar el caso al siguiente nivel de gestión para una reconsideración adicional.
5. Las apelaciones pueden escalar hasta el Director Financiero, quien emitirá la decisión final.
6. Los pacientes que hayan presentado formalmente una apelación recibirán una carta con la resolución final.
7. Los pacientes tienen treinta (30) días después de la denegación para presentar su apelación.
8. La Unidad de Educación y Defensa de la Salud (HEAU, por sus siglas en inglés) está disponible para ayudar a los pacientes y sus representantes autorizados a presentar y mediar solicitudes de reconsideración/apelaciones. Puede comunicarse con la HEAU utilizando la siguiente información:
Oficina del Fiscal General, División de Protección al Consumidor, Unidad de Educación y Defensa de la Salud, 200 Saint Paul Place, Baltimore, Maryland 21202
Teléfono: 410-528-1840 o 1-877-261-8807
Correo electrónico: heau@oag.state.md.us
Fax: 410-576-6571
Sitio web: <https://oag.maryland.gov/our-office/Pages/heau.aspx>
9. Los pacientes pueden presentar una queja contra un hospital por una presunta violación de su Política de Asistencia Financiera enviando la queja a la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud de Maryland (HSCRC, por sus siglas en inglés) a hscrc.patient-complaints@maryland.gov. También puede comunicarse con el HSCRC al 410-764-2605 o al 1-888-287-3229, o consultar su sitio web en <https://hscrc.maryland.gov/Pages/default.aspx>. Asimismo, puede presentar quejas conjuntamente con la HEAU utilizando la información proporcionada anteriormente.

H. REEMBOLSO AL PACIENTE/MEDIDAS CORRECTIVAS

- I. Si se determina que un paciente es elegible para recibir atención gratuita o a precio reducido bajo el Programa de Asistencia Financiera de FHH/FHMG dentro de los 240 días posteriores a la emisión de la factura inicial, se le reembolsarán los pagos que excedan los \$25. FHH/FHMG efectuará dichos reembolsos dentro de los 30 días posteriores a la determinación de la elegibilidad del paciente. Sin perjuicio de lo dispuesto anteriormente, si un paciente está inscrito en un plan de atención médica gubernamental sujeto a verificación de recursos que requiere que el paciente pague de su propio bolsillo los servicios hospitalarios, FHH/FHMG deberá proporcionar un reembolso que cumpla con los términos del plan del paciente.

2. Si se determina que un paciente es elegible para Asistencia Financiera después de que FHH/FHMG haya iniciado acciones de cobro extraordinarias (ACE) según lo descrito en esta Política, FHH/FHMG no tomará ninguna ACE adicional y tomará todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ACE ya tomada (es decir, para anular la sentencia o eliminar la información adversa).

3. Para mayor claridad y para evitar dudas, la elegibilidad del paciente para Asistencia Financiera para los fines de esta Sección I.I se calculará de acuerdo con la Sección I.C.

I. OPERACIONES

1. FHH/FHMG designará a una o más personas capacitadas que serán responsables de recibir las solicitudes de Asistencia Financiera. Este personal puede ser Asesor Financiero, Especialista en Cobranza de Pago Directo u otro personal capacitado designado.

2. Se hará todo lo posible para determinar la elegibilidad antes de la fecha del servicio. Cuando sea posible, el personal designado se comunicará por teléfono o se reunirá con los pacientes que soliciten Asistencia Financiera para determinar si cumplen con los criterios preliminares para recibir asistencia.

a. El personal verificará la elegibilidad con el programa estatal de Medicaid correspondiente para determinar si los pacientes tienen cobertura vigente o si son elegibles para obtenerla.

i. Para facilitar este proceso, cada solicitante debe proporcionar información sobre el tamaño de su familia y sus ingresos (según lo definen las regulaciones de Medicaid).

b. FHH/FHMG proporcionará a los pacientes la Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland y una lista de verificación de la documentación necesaria para la determinación final de la elegibilidad.

i. Además de la Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland completa, es posible que se les solicite a los pacientes que presenten lo siguiente para fines de validación:

- a. Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente (si están casados y presentan por separado, también una copia de la declaración de impuestos de su cónyuge y una copia de la declaración de impuestos de cualquier otra persona cuyos ingresos se consideren parte de los ingresos familiares);
- b. Comprobante de ingresos por discapacidad (si corresponde);
- c. Una copia de sus recibos de pago más recientes (si trabajan), otra evidencia de ingresos de cualquier otra persona cuyos ingresos se consideren parte de los ingresos familiares o documentación sobre cómo cubren sus gastos de manutención;
- d. Comprobante de ingresos del Seguro Social (si corresponde).
- e. Un Aviso de Determinación de Asistencia Médica (si corresponde);
- f. Prueba razonable de otros gastos declarados; y

- g. Si se encuentra desempleado, deberá presentar una prueba razonable de desempleo, como un certificado de la Oficina de Seguro de Desempleo, un certificado de su fuente actual de apoyo financiero, etc.

3. Si un paciente no ha presentado una solicitud de Asistencia Financiera completa o la documentación de respaldo requerida dentro de los 30 días posteriores a una solicitud formal, se le enviará una carta recordándole que la Asistencia Financiera está disponible e informándole sobre las medidas de cobro que se tomarán si no se recibe la documentación.

- a. En la carta se incluirá una fecha límite para la presentación, antes de iniciar las medidas de cobro. Dicha fecha límite no será anterior a los 30 días posteriores a la fecha de envío de la carta de recordatorio.
- b. No se tomarán medidas de cobro extraordinarias (según se describen en esta Política) antes de los 240 días posteriores a la primera factura posterior al alta (aproximadamente 8 meses).
- c. Si se recibe la documentación después de que se hayan iniciado las medidas de cobro, pero dentro de los 240 días posteriores a la recepción por parte del paciente de la primera factura posterior al alta, FHH/FHMG suspenderá todas las medidas de cobro y determinará si el paciente es elegible para la Asistencia Financiera.

4. Se incluirá un resumen en lenguaje sencillo de esta política con la carta, y el personal de FHH/FHMG deberá hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al individuo sobre el programa de Asistencia Financiera de FHH/FHMG.

5. Una vez que el paciente haya presentado toda la información requerida, el personal correspondiente revisará y analizará la solicitud y la remitirá al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes para determinar la elegibilidad según las directrices de FHH/FHMG.

- a. Si la solicitud de Asistencia Financiera del paciente se considera completa y apropiada, el personal correspondiente recomendará el nivel de elegibilidad del paciente.
- b. Para las solicitudes completas, el paciente recibirá una carta notificándole la aprobación o denegación dentro de los 14 días posteriores a la presentación de las solicitudes completas. FHH/FHMG suspenderá cualquier acción de facturación o cobro mientras se determina la elegibilidad.
- c. Si una solicitud se considera incompleta, se contactará al paciente para solicitar cualquier documentación o información adicional requerida.

i. Si se determina que un paciente no cumple con los requisitos antes de recibir los servicios, se realizarán todos los esfuerzos posibles para cobrar los copagos, deducibles o un porcentaje del saldo previsto para el servicio antes de la fecha de prestación del mismo, o bien, se programará su cobro para esa misma fecha, de conformidad con esta Política y la legislación aplicable.

ii. Si se determina que un paciente no cumple con los requisitos después de recibir los servicios, se le ofrecerá un plan de pago para cualquier saldo pendiente.

1. Salvo lo indicado a continuación, una vez que se apruebe la Asistencia Financiera para un paciente, dicha Asistencia entrará en vigor a partir de la fecha de recepción del tratamiento y durante los doce (12) meses calendario siguientes.
 - a. Los casos de Asistencia Financiera Presuntiva se aplicarán únicamente a la fecha de prestación del servicio.
 - b. La Asistencia Financiera para pacientes que residen fuera de los Estados Unidos se aplicará únicamente a la(s) fecha(s) de prestación del servicio, a menos que la administración determine lo contrario a su entera discreción.
 - c. Si se prestan servicios de atención médica adicionales más allá del período de aprobación, los pacientes deberán volver a solicitar la Asistencia Financiera.
2. La aprobación de la Asistencia Financiera puede dar lugar a la reconsideración de lo siguiente:
 - a. Descubrimiento, después de la aprobación, de la capacidad de pago del paciente; y
 - b. Cambios en los ingresos, bienes, gastos o situación familiar del paciente, los cuales deberán comunicarse a FHH/FHMG.
3. FHH/FHMG hará un seguimiento de la elegibilidad de los pacientes para la Asistencia Financiera, incluso en el marco del Programa de Dificultades Médicas. Sin embargo, es responsabilidad del paciente informar con precisión a FHH/FHMG sobre su elegibilidad (y cualquier actualización de la misma) al momento de la inscripción, al recibir un estado de cuenta o en cualquier otro momento.
4. FHH/FHMG no utilizará la ciudadanía o el estatus migratorio de un paciente como requisito de elegibilidad para la Asistencia Financiera ni retendrá la Asistencia Financiera ni denegará la solicitud de Asistencia Financiera de un paciente por motivos de raza, color, religión, ascendencia u origen nacional, sexo, edad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética o discapacidad.

1. CRÉDITO Y COBRANZA

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. FHH/FHMG espera que los pacientes paguen los servicios al momento de recibirlos o dentro de los treinta (30) días posteriores al primer estado de cuenta para los servicios no cubiertos por el seguro o la asistencia financiera, a menos que el paciente y FHH/FHMG hayan acordado un plan de pago aprobado de acuerdo con esta política.
2. FHH/FHMG debe tomar medidas efectivas para mantener una rotación oportuna de las cuentas por cobrar y garantizar que el valor de las mismas se registre con precisión. Para ello, las cuentas de los pacientes se clasificarán por antigüedad y se darán de baja como deudas incobrables o para beneficencia, y podrán ser remitidas a agencias de cobranza para su seguimiento.
3. Se brindarán servicios de emergencia a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios programados se brindarán una vez que FHH/FHMG confirme los acuerdos financieros correspondientes. De conformidad con esta Política y la legislación aplicable, FHH/FHMG podrá exigir depósitos antes de programar los servicios, y la falta de pago de dichos depósitos podría resultar en la reprogramación de los servicios no urgentes.
4. FHH/FHMG podrá recurrir a agencias de cobranza externas para actividades administrativas, legales y/o de cobranza adicionales, con el fin de gestionar el cobro de las cuentas de los pacientes. FHH/FHMG supervisará activamente a cualquier agencia de cobranza que gestione el cobro de deudas en su nombre, y dichas agencias deberán cumplir con esta política.

A. COBRO EN EFECTIVO

1. El pago de los copagos y deducibles identificados se solicitará antes o al momento de la prestación del servicio, según se describe en esta Política y de conformidad con la legislación aplicable. En el caso de servicios de emergencia, no se solicitará ningún pago hasta que el paciente haya recibido un examen médico y cualquier tratamiento estabilizador necesario.
2. FHH/FHMG acepta efectivo, cheques y tarjetas de crédito para el pago de cuentas pendientes.
3. La atención médicamente necesaria no se aplazará ni se denegará debido a un saldo pendiente por atención previamente prestada.
4. Durante el proceso de cobro descrito en esta política, pueden presentarse situaciones que resulten en la suspensión de las gestiones de cobro (denominada "suspensión administrativa") hasta que se proporcione información adicional. Todas las cuentas con suspensión administrativa se recopilarán en un informe por niveles para su revisión mensual por parte de la gerencia, y algunos niveles se revisarán semanalmente.
5. Un saldo de cuenta se considera moroso cuando no se ha recibido el pago completo dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción de la primera factura, a menos que el paciente haya suscrito un plan de pagos.

A. PLANES DE PAGO

1. FHH/FHMG podrá establecer planes de pago para que los pacientes liquiden saldos pendientes en un plazo razonable.
2. *Disponibilidad.* FHH/FHMG ofrecerá planes de pago basados en los ingresos para ayudar a todos los pacientes residentes en Estados Unidos, independientemente de sus ingresos, a pagar la atención hospitalaria médicamente necesaria en FHH, así como la mayoría de los servicios médicamente necesarios proporcionados por FHMG (a criterio de la administración), una vez recibida la atención.
 - a. Dichos planes de pago basados en los ingresos estarán disponibles para todos los pacientes residentes en Estados Unidos (incluidos aquellos que residan temporalmente en el país por motivos laborales o académicos), independientemente de su seguro médico, ciudadanía, estatus migratorio o elegibilidad para la Asistencia Financiera de acuerdo con esta Política.
 - b. FHH/FHMG no está obligado a ofrecer planes de pago basados en los ingresos a pacientes que residan fuera de Estados Unidos. En la medida en que FHH/FHMG ofrezca un plan de pago a un paciente que resida fuera de los Estados Unidos, no estará obligada a cumplir con los requisitos de la Sección II.C de esta Política. A modo de ejemplo, esto significa que FHH/FHMG puede exigir a un paciente que resida fuera de los Estados Unidos que realice pagos mensuales en un plan de pago que supere el 5 % de sus ingresos brutos mensuales ajustados del hogar.
 - c. Las disposiciones de la Sección II.C de esta Política se aplican a los planes de pago basados en los ingresos. FHH/FHMG no tiene la intención de ofrecer planes de pago no basados en los ingresos; sin embargo, cualquier plan de pago no basado en los ingresos ofrecido por FHH/FHMG deberá cumplir con todas las leyes y regulaciones aplicables.
3. *Planes de prepago.* Los criterios establecidos en la Sección II.C de esta Política no se aplican a los acuerdos para realizar pagos antes de la prestación de un servicio de FHH/FHMG (un "plan de prepago"). FHH/FHMG podrá ofrecer a los pacientes un plan de prepago siempre que cumpla con todas las leyes aplicables, incluyendo la notificación por escrito a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y planes de pago basados en los ingresos, así como el procesamiento de cualquier solicitud de asistencia financiera. Dicho plan de prepago finalizará una vez prestado el servicio correspondiente.

4. *Aviso.*

a. FHH/FHMG proporcionará información sobre la disponibilidad de planes de pago basados en los ingresos de la siguiente manera:

i. FHH/FHMG publicará un aviso sobre la disponibilidad de planes de pago basados en los ingresos y la información de contacto para obtener más detalles en lugares visibles dentro de sus instalaciones, incluyendo la oficina de facturación.

ii. FHH/FHMG se asegurará de que los proveedores correspondientes publiquen un aviso en un lugar visible de su sitio web o portal de pagos en línea sobre la disponibilidad de planes de pago basados en los ingresos y la información de contacto para obtener más detalles.

iii. FHH/FHMG proporcionará un aviso por escrito sobre la disponibilidad de planes de pago basados en los ingresos en la información que se entregue a los pacientes o a sus familiares, representantes autorizados o tutores legales antes de que el paciente reciba los servicios programados, antes del alta, junto con la factura médica, a solicitud del paciente y en cada comunicación escrita al paciente sobre el cobro de la deuda médica.

iv. FHH/FHMG proporcionará un aviso por escrito sobre la disponibilidad de un plan de pago basado en los ingresos antes de que el paciente se acoja a un plan de prepago, según lo descrito anteriormente.

v. FHH/FHMG proporcionará información sobre planes de pago basados en los ingresos en las facturas y portales de pago en línea, de conformidad con la ley.

a. FHH/FHMG notificará por escrito al paciente los términos de un plan de pago basado en los ingresos antes de que este acepte dicho plan, de conformidad con la ley aplicable.

b. FHH/FHMG proporcionará al paciente, de inmediato, una copia del plan de pago basado en los ingresos por escrito, con los términos requeridos, una vez firmado por todas las partes, al menos 20 días antes de la fecha de vencimiento del primer pago del paciente.

1. *Asistencia Financiera*; Documentación de Ingresos. Antes de establecer un plan de pago con un paciente, FHH/FHMG evaluará si el paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera (incluida la atención gratuita, la atención a costo reducido y la atención a costo reducido por dificultades médicas) de conformidad con esta Política.

a. FHH/FHMG aplicará cualquier reducción aplicable por Asistencia Financiera antes de establecer un plan de pago.

b. FHH/FHMG utilizará la información recopilada para determinar la Asistencia Financiera a fin de establecer el umbral de pago del paciente según el plan de pagos.

i. Si el paciente declara que no reúne los requisitos para recibir Asistencia Financiera, FHH/FHMG podrá aceptar la declaración del paciente sobre sus ingresos mensuales o anuales y el número de contribuyentes y dependientes que figuran en su declaración de impuestos, sin necesidad de documentación que confirme su inelegibilidad para la Asistencia Financiera y para establecer su umbral de pago según el plan de pagos.

1. *Criterios, incluyendo montos de pago mensuales, intereses y cargos.* Al celebrar acuerdos de planes de pago con los pacientes, FHH/FHMG:

a. No podrá exigir a un paciente que el total de pagos mensuales, bajo todos los planes de pago basados en ingresos proporcionados por FHH/FHMG, supere el 5% de los ingresos mensuales del hogar del paciente, calculados y determinados de acuerdo con esta Política, la legislación aplicable y las directrices de HSCRC, incluyendo, entre otros aspectos, la definición de ingresos mensuales del hogar y cómo considerar el tamaño del hogar al determinar el monto del pago mensual.

b. Podrá considerar la posibilidad de reducir el monto del pago mensual, teniendo en cuenta la información sobre los gastos del hogar proporcionada por el paciente.

- c. Prohibirá el pago de intereses o cargos a los pacientes que califiquen para Asistencia Financiera bajo esta Política.
- d. Podrá considerar la posibilidad de imponer intereses a los pacientes que no califiquen para Asistencia Financiera bajo esta Política. Dichos intereses deberán cumplir con las directrices aplicables de HSCRC y no podrán comenzar antes de los 240 días posteriores a la emisión de la factura inicial.
- e. Se prohibirán las penalizaciones o cargos por pago anticipado, pago por adelantado o pago atrasado.
- f. Se aplicarán los pagos parciales de la manera más favorable para el paciente.

1. *Duración.* FHH/FHMG determinará la duración del plan de pago del paciente, en meses, dividiendo el monto total adeudado más los intereses (si corresponde) entre el monto total del pago mensual, sujeto a la limitación de que ningún pago mensual podrá exceder el 5% de los ingresos del paciente, según se describe en esta Política.

2. *Prohibición de solicitud; reglas de pago anticipado.* FHH/FHMG no solicitará, dirigirá ni obligará a los pacientes a pagar un monto superior al pago mensual previsto en un plan de pago basado en los ingresos. Cualquier pago anticipado realizado voluntariamente por un paciente no está sujeto a la limitación de pago mensual por ingresos establecida en esta Política.

3. *Modificaciones.*

- a. FHH/FHMG solo modificará un plan de pago de manera que cumpla con esta Política y la legislación aplicable.
- b. Las solicitudes de modificación deberán realizarse contactando a la Oficina Administrativa de FHH/FHMG al 240-566-3055. FHH/FHMG responderá a todas estas solicitudes de manera oportuna y no podrá remitir el saldo pendiente a una agencia de cobranza ni iniciar acciones legales hasta transcurridos 30 días desde que se haya proporcionado una respuesta por escrito a la solicitud del paciente.
- c. Si un paciente notifica a FHH/FHMG que sus ingresos han cambiado, FHH/FHMG le ofrecerá modificar su plan de pago.
- d. Si un paciente solicita una modificación, FHH/FHMG deberá considerar su elegibilidad para la Asistencia Financiera y aplicar cualquier reducción por Asistencia Financiera a la modificación. FHH/FHMG también deberá considerar la información proporcionada por el paciente sobre los cambios en los gastos del hogar.
- e. FHH/FHMG no podrá aumentar la tasa de interés al modificar un plan de pago basado en los ingresos.
- f. FHH/FHMG no podrá modificar el plan de pago de manera que requiera que el paciente realice un pago mensual que exceda el límite del 5 % de los ingresos mensuales descrito anteriormente.
- g. El paciente y FHH/FHMG deberán acordar mutuamente cualquier plan de pago modificado, a menos que la ley lo permita.
- h. FHH/FHMG proporcionará al paciente una notificación por escrito de todos los términos del plan de pago, de conformidad con esta Política, al modificar un plan de pago.

1. *Cambios iniciados por el hospital.* FHH/FHMG podrá, en los términos de un plan de pago escrito con una duración superior a 3 años, prever recálculos periódicos del importe de las cuotas mensuales y de la duración del plan de pago en función de los cambios en los ingresos del paciente, siempre que dichos recálculos cumplan con esta Política, se haya notificado por escrito al paciente antes de su incorporación al plan y no se produzcan más de una vez cada 3 años. Si un paciente no proporciona información sobre sus ingresos cuando se le solicite, FHH/FHMG no modificará los importes de las cuotas mensuales siempre que el paciente esté al día con los pagos del plan vigente.

2. Tratamiento de los pagos atrasados.

a. **Primer pago atrasado.** Se considerará que los pacientes cumplen con un plan de pago si realizan al menos once (11) pagos mensuales programados en un período de doce (12) meses. FHH/FHMG cumplirá con la legislación aplicable en lo que respecta al tratamiento de los pagos atrasados, incluyendo lo siguiente:

- i. Dentro de los treinta (30) días posteriores al primer pago omitido, FHH/FHMG notificará al paciente sobre el pago omitido y le informará que podría incurrir en mora si no paga el monto omitido dentro de los doce (12) meses o si incumple pagos adicionales dentro de dicho período.
- ii. FHH/FHMG cumplirá con las directrices de HSCRC respecto a las opciones para que los pacientes paguen el monto omitido y cómo se designarán los pagos de recuperación.
- iii. FHH/FHMG podrá considerar que un paciente está en mora si el pago omitido no se paga en su totalidad al final del período de doce (12) meses que comienza en la fecha del primer pago omitido.
- iv. Los pagos de recuperación realizados por un paciente conforme a esta sección no están sujetos a la limitación de ingresos mensuales establecida en esta Política.

a. **Pagos Omitidos Adicionales.** FHH/FHMG podrá, a su entera discreción, decidir condonar el importe de cualquier pago adicional no realizado durante un período de doce (12) meses. Si FHH/FHMG decide condonar dicho importe, entonces:

- i. permitirá al paciente continuar participando en el plan de pagos;
- ii. no podrá remitir el saldo pendiente a una agencia de cobranza ni iniciar acciones legales;
- iii. recapitalizará el importe de dichos pagos no realizados como pagos adicionales al final del plan, extendiendo así su duración; y
- iv. notificará por escrito al paciente sobre el tratamiento de los pagos no realizados, incluyendo cualquier extensión de la duración del plan.

1. **Incumplimiento.** Los acuerdos de pago que se mantengan al día según lo establecido en este documento no se remitirán a agencias de cobranza de deudas incobrables, y FHH/FHMG no considerará a dichos pacientes en mora al tomar decisiones sobre la programación de los servicios de atención médica. Si un paciente incumple un plan de pagos y las partes no pueden llegar a un acuerdo sobre una modificación, FHH/FHMG deberá seguir las partes restantes de la Sección II de esta Política, incluyendo lo relativo a la remisión de la cuenta a agencias de cobro de deudas incobrables de conformidad con esta Política y la legislación aplicable.

2. **Libros y Registros.** FHH/FHMG conservará los libros y registros de los planes de pago durante al menos tres (3) años después de la finalización de cada plan.

A. CUENTAS CON SALDO A FAVOR

1. FHH/FHMG no reembolsará los pagos en exceso del seguro al garante (paciente o tutor) hasta que todas las cuentas de las que sea responsable estén saldadas en su totalidad. "Saldo saldado en su totalidad" significa que el saldo total de la(s) cuenta(s) adeudada(s) es cero y no está pendiente de pago del seguro.

2. Los reembolsos aprobados se emitirán de forma razonable y regular.

A. CUENTAS POR COBRAR

1. Se enviarán estados de cuenta, cartas o correos electrónicos a los pacientes cada 30 días. Los pacientes y/o garantes recibirán cuatro (4) o más estados de cuenta en un plazo aproximado de 120 días a partir de la fecha en que se haya determinado la responsabilidad financiera del paciente. Este plazo puede extenderse en ciertas circunstancias, por ejemplo, si un paciente solicita asistencia financiera.

2. Dependiendo del saldo del paciente, la antigüedad de la cuenta y otras variables, se podrán realizar llamadas telefónicas a los pacientes o garantes para el cobro de saldos pendientes.

3. Si el paciente o garante no ha efectuado ningún pago dentro de los 120 días posteriores a la primera fecha de facturación, o si no se cumplen los términos de un plan de pago aprobado, la cuenta podrá ser remitida a una agencia de cobranza.

4. Si el Servicio Postal de los Estados Unidos devuelve un estado de cuenta a FHH/FHMG con una dirección incorrecta, se investigará la cuenta para encontrar la dirección correcta. Si no se encuentra una dirección correcta, la cuenta se remitirá a una agencia de cobranza antes de que transcurran 120 días desde la primera fecha de facturación para facilitar las gestiones de cobro.

5. La información de contacto de FHH/FHMG y un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera y planes de pago se incluirán en todos los estados de cuenta u otras comunicaciones relacionadas con el cobro que se envíen al garante o paciente.

A. REVISIÓN DE CANCELACIÓN DE DEUDAS

1. Si una cuenta de paciente alcanza un plazo predeterminado sin actividad de pago, o si no se cumplen los términos de un plan de pago aprobado, se evaluará la cuenta para determinar si existe la posibilidad de cancelación por saldo pequeño, deuda incobrable o donación a organizaciones benéficas, de la siguiente manera:

a. **Cancelación por saldo pequeño:** Se utilizará un proceso automatizado para identificar las cuentas con saldo deudor. Estas cuentas se procesan con transacciones de ajuste y no se clasifican como deuda incobrable, sino que se les asignan los códigos establecidos para la cancelación por saldo pequeño, según lo estipulado en la sección de Responsabilidad de esta política.

b. **Cancelación por deuda incobrable:** Se generará un informe periódico para preseleccionar las cuentas de pacientes que pagan por cuenta propia o que pagan por cuenta propia después de la cobertura del seguro, que puedan cumplir con los criterios de deuda incobrable descritos en la sección de Responsabilidad. Dichas cuentas estarán sujetas a revisión por parte de la gerencia, incluso en función del saldo en dólares, antes de ser clasificadas como deuda incobrable.

i. Solo empleados específicos del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS) tendrán acceso a las funciones de gestión de deudas incobrables en el sistema de contabilidad de pacientes.

- ii. A menos que se aplique una retención administrativa a una cuenta que califique para la preinscripción de deudas incobrables, todas las cuentas se clasificarán como tales durante el procesamiento por lotes nocturno en el sistema de contabilidad de pacientes.
- iii. De conformidad con la ley de Maryland sobre facturación de saldos, las cuentas con un saldo de seguro de terceros que no hayan recibido ningún pago de la aseguradora durante sesenta (60) días podrán considerarse como pago directo. En ese momento, el paciente podrá comenzar a recibir estados de cuenta de la misma manera que un paciente que paga directamente.
- iv. Cuando corresponda, las cancelaciones de deuda se identificarán como atención caritativa de acuerdo con esta Política. Ninguna cancelación de deuda identificada de esta manera se remitirá a agencias de cobranza externas.
- v. Los pacientes pueden solicitar, o FHH/FHMG puede solicitarles, que soliciten Asistencia Médica (es decir, Medicaid) antes de que se les otorgue Asistencia Financiera. Esta solicitud puede realizarse antes del servicio, al momento del servicio o durante el ciclo de facturación y cobro. La cuenta en cuestión no se remitirá a una agencia de cobranza durante el proceso de solicitud de Asistencia Médica.

A. COBRANZA DE DEUDAS

1. Cuando corresponda, FHH/FHMG podrá recurrir a una agencia de cobranza de deudas incobrables para continuar intentando cobrar las cuentas con más de 120 días de antigüedad desde la primera factura (es decir, FHH/FHMG no remitirá las cuentas a una agencia de cobranza antes de que transcurran 120 días desde el primer estado de cuenta posterior al alta). Los pacientes con saldos que hayan sido remitidos a una agencia de cobranza deberán resolver los saldos impagos, solicitar un plan de pago de acuerdo con esta Política, impugnar los montos adeudados o solicitar Asistencia Financiera. Las agencias de cobranza podrán aplicar cargos financieros y comisiones sobre el saldo principal impago de la cuenta, en la medida permitida por la ley aplicable y esta Política.
 - a. No obstante cualquier disposición en contrario establecida en esta Política, para un paciente que reúne los requisitos para recibir Asistencia Financiera, FHH/FHMG (y cualquier agencia de cobranza que actúe en su nombre) no podrá: (i) cobrar intereses sobre la deuda pendiente del paciente antes de obtener una sentencia judicial; ni (b) cobrar honorarios ni ningún otro monto que exceda el cargo aprobado por el servicio hospitalario establecido por el HSCRC.
1. Para las cuentas de pago directo que no hayan sido evaluadas para determinar su elegibilidad para Asistencia Financiera, FHH/FHMG deberá notificar por escrito al paciente o a la persona responsable con al menos treinta (30) días de anticipación antes de remitir la cuenta a una agencia de cobranza. Dicha notificación por escrito deberá:
 - a. Informar al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera y planes de pago;
 - b. Identificar las acciones de cobro que FHH/FHMG planea iniciar para obtener el pago;
 - c. Establecer una fecha límite para el inicio de dichas acciones de cobro, la cual no podrá ser anterior a 30 días a partir de la fecha de entrega de la notificación por escrito; y
 - d. Incluir un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera de FHH/FHMG.

1. FHH/FHMG hará un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al individuo sobre la Política de Asistencia Financiera de FHH/FHMG y el proceso de solicitud.
2. Los saldos pendientes debido a denegaciones de seguro no se asignarán a una agencia de cobranza. Sin embargo, una agencia de cobranza podrá gestionar el cobro a las aseguradoras en casos de denegación de seguro, actuando como extensión de la oficina administrativa.
3. Circunstancias como la elegibilidad pendiente para la Asistencia Financiera o la cobertura de seguro con Medicaid pueden retrasar la asignación de una cuenta a una agencia de cobranza.
4. Los pacientes pueden presentar una queja o reclamación ante FHH/FHMG con respecto al tratamiento o las actividades indeseables realizadas por FHH/FHMG o sus agencias de cobranza contratadas en relación con la gestión de la factura del paciente, comunicándose con el Departamento de Excelencia en el Servicio al 240-566-3564 o a patientexperience@frederick.health. Se instruirá a las agencias de cobranza contratadas para que remitan a FHH/FHMG cualquier queja o reclamación de un paciente presentada ante dicha agencia.
5. FHH/FHMG no llevará a cabo las siguientes acciones extraordinarias de cobranza ("ACE") contra una persona para obtener el pago por la atención médica: (i) vender la deuda de una persona a un tercero, excepto a una entidad gubernamental o una entidad que tenga un contrato con dicha entidad, o a una organización sin fines de lucro, 501(c)(3) exenta de impuestos, con el único propósito de cancelar la deuda de conformidad con la ley aplicable de Maryland, incluyendo, entre otras, el Código de Maryland, Salud General § 19-214.2; (ii) aplazar, denegar o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por atención previamente prestada cubierta por la Política de Asistencia Financiera; (iii) solicitar un gravamen contra la residencia principal de una persona o forzar su venta o ejecución hipotecaria para cobrar una deuda adeudada por una factura médica; (iv) embargar el salario de una persona; (v) embargar o confiscar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal; (vi) causar el arresto de una persona; (vii) hacer que una persona sea objeto de una orden de detención; (viii) informar información adversa sobre una persona a agencias de informes de crédito al consumidor o burós de crédito; y (ix) presentar una acción civil para cobrar una deuda contra una persona cuya deuda pendiente sea igual o inferior a \$500.
6. Si bien FHH/FHMG no suele tomar tales medidas en el curso normal de la cobranza, se reserva el derecho de iniciar acciones de cobranza a través de las siguientes ECA (las "ECA Permitidas") bajo la dirección de la gerencia superior, previa verificación de la capacidad de pago del individuo y determinación de su elegibilidad para Asistencia Financiera: (i) iniciar una acción civil para cobrar una deuda contra un individuo cuya deuda pendiente sea superior a \$500; y (ii) solicitar un gravamen o forzar la venta o ejecución hipotecaria de un bien inmueble del individuo que no sea su residencia principal para cobrar una deuda por una factura médica.
7. FHH/FHMG no tomará las ECA Permitidas ni notificará por escrito a un paciente sobre la intención de iniciar una acción según lo establecido en la Sección II.G(11) hasta transcurridos 240 días desde la emisión de la factura inicial.
8. FHH/FHMG no puede reclamar contra el patrimonio de un paciente fallecido para cobrar una deuda por una factura médica si FHH/FHMG sabía que el paciente fallecido era elegible para atención gratuita bajo la Política de Asistencia Financiera o si el valor del patrimonio, después de pagar los impuestos, es inferior a la mitad de la deuda. FHH/FHMG puede ofrecer a la familia del paciente fallecido la posibilidad de solicitar Asistencia Financiera.

9. Al menos 45 días antes de iniciar una acción legal contra un paciente para cobrar la deuda por una factura médica, pero no antes de los 240 días posteriores a la emisión de la factura inicial, FHH/FHMG debe enviar una notificación por escrito al paciente sobre su intención de iniciar dicha acción, en un formato y manera que cumpla con la Sección 19-214.2 del Artículo General de Salud del Código de Maryland y sus reglamentos de aplicación.

10. Si FHH/FHMG presenta una acción para cobrar una deuda adeudada por una factura médica por un paciente, la demanda deberá cumplir con todos los requisitos aplicables de la Sección 19-214.2 del Artículo General de Salud del Código de Maryland, incluyendo, sin limitación, con respecto a los documentos e información que deben incluirse con o en dicha demanda.

11. FHH/FHMG deberá informar el cumplimiento de la obligación de pago de una persona dentro de los sesenta (60) días posteriores al cumplimiento de dicha obligación a cualquier agencia de informes de crédito al consumidor a la que haya informado información adversa sobre la persona, incluso si la deuda fue vendida a una unidad gubernamental o a una entidad contratada por dicha unidad o a una organización sin fines de lucro, exenta de impuestos según la sección 501(c)(3), con el único propósito de cancelar la deuda de conformidad con la ley aplicable de Maryland, incluyendo, sin limitación, el Código de Maryland, Sección 19-214.2 de Salud General. Si FHH/FHMG informó información adversa sobre un paciente a una agencia de informes de crédito al consumidor, deberá instruir a dicha agencia para que elimine la información adversa sobre el paciente antes del 1 de noviembre de 2025.

12. FHH/FHMG no delegará la actividad de cobranza a un cobrador de deudas ni aceptará las ECA permitidas si FHH/FHMG (i) fue notificado de conformidad con la ley federal por el paciente o la compañía de seguros de que existe una apelación o una revisión de una decisión de seguro médico pendiente dentro de los 60 días inmediatamente anteriores; (ii) está tramitando una solicitud de reconsideración de la denegación de atención gratuita o a costo reducido bajo la Política de Asistencia Financiera que fue debidamente completada por el paciente o ha completado la reconsideración dentro de los 60 días inmediatamente anteriores; o (iii) ha vendido la deuda a una unidad gubernamental o a una entidad contratada por dicha unidad o a una organización sin fines de lucro, 501(c)(3) exenta de impuestos, con el único propósito de cancelar la deuda de conformidad con la ley aplicable de Maryland, incluyendo, sin limitación, MD Code, Health-Gen. § 19-214.2.

13. Un cónyuge u otra persona no podrá ser responsable de la deuda contraída por una factura médica de una persona mayor de 18 años, a menos que dicha persona haya consentido voluntariamente en asumir la responsabilidad de la deuda y dicho consentimiento (i) conste en un documento aparte firmado por la persona; (ii) no se haya solicitado en una sala de urgencias ni durante una situación de emergencia; y (iii) no sea un requisito para la prestación de servicios de atención médica, ya sean de emergencia o no.

14. FHH podrá vender la deuda de un paciente con FHH por servicios hospitalarios a una entidad gubernamental o a una entidad que tenga un contrato con dicha entidad, o a una organización sin fines de lucro, exenta de impuestos según la sección 501(c)(3), con el único propósito de cancelar la deuda, siempre que FHH actúe de conformidad con la legislación aplicable de Maryland, incluyendo, entre otras, el Código de Maryland, Sección 19-214.2 de Salud General y cualquier reglamento de aplicación. Si FHH participa en cualquier venta de la deuda de un paciente, entonces FHH deberá (i) desestimar inmediatamente cualquier acción pendiente contra un paciente para el cobro de la deuda; (ii) se le prohíbe realizar actividades de cobro sobre el 100% del monto pendiente del cargo establecido por HSCRC para la deuda; (iii) se le prohíbe cobrar las sentencias dictadas sobre la deuda; y (iv) tomar cualquier otra medida requerida por esta Política.

15. FHH/FHMG deberá cumplir con el Código de Maryland, Sección 24-2502 de Salud General, incluyendo la prohibición de esta Política sobre la divulgación de deudas médicas a agencias de informes de crédito al consumidor y con respecto a los contratos celebrados con una entidad de cobranza para la compra o el cobro de deudas médicas.

1. RESPONSABILIDAD

Criterios de "preinscripción" de deudas incobrables utilizados antes de la colocación de la deuda en la lista de deudas incobrables:

	Criterios	Otros Criterios
Hospital	>\$10	Más de 120 días después del primer estado de cuenta posterior al alta o 30 días después de la notificación por escrito de la intención de iniciar acciones de cobro, lo que ocurra más tarde. La gerencia debe revisar la acción antes de enviarla.
FHMG / Servicio Profesional	>\$5	Más de 120 días después del primer estado de cuenta posterior al alta o 30 días después de la notificación por escrito de la intención de iniciar acciones de cobro, lo que ocurra más tarde. La gerencia debe revisar la acción antes de enviarla.

Criterios de saldo pequeño:

	Criterio
Hospital	\$9.99
FHMG/Servicio Profesional	\$4.99
Adjunto	
Apéndice A - Escala móvil de asistencia financiera y directrices federales sobre pobreza	
Apéndice B - Exclusiones de la asistencia financiera del FHMG	

Apéndice A

[Financial Assistance Sliding Scale and Federal Government Poverty Guidelines](#) (Not sure if the links should be translated, especially if where it takes you is not in Spanish)

Ver adjunto.

Apéndice B

Exclusiones de FHMG de la asistencia financiera

Adjunto

- [2025 Appendix A FA FPL Matrix Guidelines Revised 10012025.pdf](#)
- [2025 Appendix B 121625.pdf](#)
- [2026 Appendix A FA FPL Matrix Guidelines.pdf](#)

Approval Signatures

Step Description

Approver

Date

Senior Leader Approval	Hannah Jacobs: Senior Vice President CFO	03/2026
Owner Approval	Shawn McCardell: Consultant	01/2026

Standards

No standards are associated with this document

Document has been translated by Maria-Teresa Shuck, certified FHH in-house translator. 240-566-4350. Document text has been translated directly onto the English document. Must be reviewed by original ENG preparer for re-formatting and other spacing issues, and shifting that occurred during the placement of SPAN text. Please return to translator one final time for review before finalizing in order to make sure nothing was changed or omitted during the process. Please re-activate links.

COPY