

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL**

Asunto: Normas de crédito y Cobranza	Pág. 1 de 9
Fecha original de entrada en vigor: 7/86	Fecha de la revisión: 4/90, 3/05 Código de clasificación: 400.301 Fecha de revisión: 4/12, 4/14, 2/18, 9/19
Referencias: 101 CMR 613.00	Sección de las normas: IV Departamento o comité emisor: Finanzas

PROPÓSITO:

Establecer normas y prácticas financieras razonables para garantizar el cumplimiento de la legislación federal y estatal aplicable y asegurar que se reembolse al Hospital por los servicios médicos prestados.

NORMA:

Es norma del Hospital solicitar reembolso por los servicios prestados a los pacientes capaces de pagar, a los terceros aseguradores responsables de cubrir el costo de la atención al paciente, y a los programas gubernamentales y no gubernamentales de asistencia para los cuales el paciente es elegible. Además, el Hospital proporcionará servicios gratuitos o a costo reducido a los pacientes que pueden ser indigentes desde el punto de vista médico pero no reúnen los requisitos para recibir otras formas de asistencia. Asimismo, el Hospital proporcionará recursos y asesoramiento para ayudar a los pacientes a solicitar asistencia. El Hospital mantiene la confidencialidad de toda la información financiera y médica del paciente de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables de privacidad, seguridad y contra el robo de identidad.

RESPONSABILIDAD:

Aplicar y administrar las Normas de crédito y cobranza es responsabilidad del Departamento de Sistemas Financieros del Paciente.

PROCEDIMIENTO:

- A. Obtener información sobre los recursos financieros y la cobertura de seguro del paciente
- a) El Hospital colaborará con el paciente para notificarle su obligación de proporcionar la siguiente información clave:
- Antes de prestar cualquier servicio de salud (excepto los servicios que se prestan para estabilizar a un paciente cuando se determina que tiene un problema médico de emergencia o necesita atención urgente), el paciente tiene el deber de dar información oportuna y exacta sobre su situación actual de seguro, sus datos demográficos, los cambios en los ingresos familiares o en la cobertura de la póliza de seguro grupal (si la hubiera) y, si la sabe, información sobre los deducibles o copagos requeridos por su seguro o programa financiero. La información detallada para cada punto debe incluir, pero sin limitarse a:

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 2 de 9

- i) Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si tiene uno), opciones actuales de cobertura de seguros de salud, información de ciudadanía y residencia, y recursos financieros que correspondan del paciente que puedan usarse para pagar su factura;
- ii) Si corresponde, el nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si tiene uno), opciones actuales de cobertura de seguros de salud, y recursos financieros que correspondan que puedan usarse para pagar la factura del paciente; y
- iii) Otros recursos que puedan usarse para pagar la factura, incluyendo otros programas de seguro, pólizas de seguro de vehículos motorizados o de propietario de una vivienda si el tratamiento se debió a un accidente, programas de compensación laboral, pólizas de seguro estudiantil y cualquier otro ingreso familiar como herencias, regalos o distribuciones de un fideicomiso, entre otros.

El paciente también tiene el deber de llevar la cuenta de las facturas que le adeuda al hospital, incluyendo copagos, coseguros y deducibles pendientes, y de comunicarse con el Hospital si necesita asistencia para pagar una parte o la totalidad de la factura. Además, el paciente tiene la obligación de informar a su seguro de salud actual (si tiene uno), o a la agencia estatal que determina la elegibilidad de los pacientes para programas públicos, de cualquier cambio en los ingresos de la familia o en su situación de seguro. El Hospital también puede ayudar al paciente a actualizar su elegibilidad para un programa público si cambian sus ingresos familiares o su situación de seguro, siempre que el paciente informe al Hospital de cualquiera de estos cambios.

El Hospital colaborará con el paciente para asegurar que éste sepa que tiene el deber de notificar al Hospital y al programa que le brinda asistencia (por ejemplo, MassHealth, Connector, Health Safety Net o Medical Hardship [asistencia por dificultades médicas]) de cualquier información relacionada con un cambio en los ingresos de la familia, o si es parte de una reclamación de seguro que podría cubrir el costo de los servicios prestados por el Hospital. Si hubiera un tercero (por ejemplo, un seguro de propietario de una vivienda o de automóvil, pero sin limitarse a ellos) que sea responsable de cubrir el costo de la atención debido a un accidente o a otro tipo de incidente, el paciente colaborará con el Hospital o el programa correspondiente (incluyendo MassHealth, Conector o Health Safety, pero sin limitarse a ellos) para asignar el derecho a recuperar el importe que se haya pagado o esté sin pagar por tales servicios.

b) Obligaciones del Hospital:

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables y diligentes por cobrarle al seguro del paciente y por reunir otra información para verificar la cobertura de los servicios de salud prestados por el Hospital. Estos esfuerzos pueden ocurrir durante el registro inicial en persona del paciente en una sede del Hospital para un servicio, o en otro momento. Además, el Hospital notificará al paciente de la disponibilidad de opciones de cobertura por medio de programas de asistencia pública o de asistencia financiera del Hospital, como MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship (asistencia por dificultades médicas), para las facturas enviadas al paciente o

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 3 de 9

a su garante tras la prestación de servicios. Asimismo, el Hospital realizará una investigación de diligencia debida por medio de sistemas de verificación financiera públicos o privados para determinar la elegibilidad del paciente para la cobertura de un seguro público o privado. El Hospital intentará obtener esa información antes de prestar cualquier servicio médico que no sea urgente o de emergencia. El hospital pospondrá cualquier intento de obtener esta información mientras el paciente esté siendo tratado por un problema médico de emergencia o necesite atención urgente.

Los esfuerzos de diligencia debida del Hospital incluirán, entre otros, solicitar información sobre la situación de seguro del paciente, hacer averiguaciones en bases de datos de seguros públicos o privados, seguir las reglas de facturación y autorización y, según sea apropiado, apelar cualquier reclamación denegada cuando el servicio sea pagadero en su totalidad o en parte por una empresa de seguros conocida que pueda ser responsable de los costos de la atención médica reciente del paciente. Cuando el personal de registro o de admisiones reciba información del paciente sobre cambios en sus ingresos familiares o su situación de seguro, también deberá colaborar con el paciente para asegurar que la información pertinente se comunique a los programas públicos correspondientes; dicha información incluye cualquier litigio o reclamación del seguro que pueda cubrir el costo de los servicios prestados por el Hospital.

Si el paciente o su garante o tutor no pudieran dar la información necesaria, y el paciente da su consentimiento, el Hospital hará esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, el garante, el tutor u otras terceras partes apropiadas para obtener información adicional.

Los esfuerzos razonables de diligencia debida para investigar si un seguro de terceros o cualquier otro recurso podría ser responsable del costo de los servicios prestados por el Hospital incluirán, entre otros, preguntarle al paciente si existe una póliza que cubra el costo de las reclamaciones, por ejemplo: (1) póliza de seguro de vehículos motorizados o de propietario de una vivienda, (2) póliza contra accidentes o seguro de protección contra lesiones personales, (3) programas de compensación laboral, o (4) pólizas de seguro estudiantil, entre otras. Si el Hospital logra identificar a un tercero responsable o recibe el pago de un tercero o de otro recurso (por ejemplo, de una compañía de seguros privada u otro programa público), el Hospital informará el pago al programa y lo descontará, si correspondiera, de acuerdo a los requisitos de procesamiento de reclamaciones del programa, de cualquier reclamación que pueda haber sido pagada por el tercero o cualquier otro recurso. Si un programa estatal de asistencia pública ha pagado el costo de los servicios, el Hospital no está obligado a conseguir la asignación del derecho del paciente a la cobertura de los servicios por parte de terceros. En estos casos, el paciente debe ser consciente de que el programa estatal puede intentar solicitar la asignación de los costos de los servicios prestados al paciente.

B. Prácticas de facturación y cobranza del Hospital

El Hospital tiene un proceso uniforme y sistemático para enviar y cobrar las facturas presentadas a los pacientes, sea cual sea su situación de seguro. Específicamente, si el paciente tiene un saldo impago relacionado con servicios que se le han prestado y que no tienen cobertura pública o privada, el Hospital seguirá los procedimientos razonables de cobro o facturación que se detallan a continuación e incluyen:

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 4 de 9

- a) Una factura inicial enviada al paciente o la parte responsable de sus obligaciones financieras personales; la factura inicial incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera (incluyendo MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net y Medical Hardship [asistencia por dificultades médicas], pero sin limitarse a ellos) para cubrir el costo de la factura del hospital;
- b) Las facturas subsiguientes, llamadas telefónicas, cartas de cobranza, contacto personal, avisos por computadora o cualquier otro método de notificación que constituya un esfuerzo genuino por comunicarse con la parte responsable de la factura no pagada; esto incluirá también información sobre cómo el paciente puede comunicarse con el Hospital si necesita asistencia financiera;
- c) Si es posible, la documentación de los intentos alternativos de localizar a la parte responsable del pago o averiguar la dirección correcta si una factura es devuelta por el correo por tener la dirección incorrecta o ser imposible de entregar;
- d) Enviar un aviso final por correo certificado a pacientes sin seguro (no inscritos en un programa como el Health Safety Net o MassHealth) que contraen una deuda incobrable de más de \$1.000, sólo en el caso de servicios de emergencia en que los avisos no se han devuelto por tener una dirección incorrecta o ser imposibles de entregar; el aviso también informará a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera;
- e) La documentación de las medidas continuas de facturación o cobranza tomadas durante 120 días a partir de la fecha del servicio se mantiene y está a la disposición del programa federal o estatal correspondiente para que pueda verificar estos intentos;
- f) Comprobar en el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Massachusetts (EVS, por sus siglas en inglés) que el paciente no es una persona de bajos ingresos y no ha presentado una solicitud de cobertura a MassHealth, el programa de pago de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net o Medical Hardship (asistencia por dificultades médicas) antes de presentar reclamaciones a la Oficina de Deudas Incobrables de Health Safety Net.
- g) A los pacientes inscritos en un programa de asistencia pública, el Hospital sólo puede facturarles el copago, coseguro o deducible específico estipulado en las reglas estatales aplicables, que también puede estar indicado en el sistema estatal de gestión de información de Medicaid.

El Hospital buscará un pago específico de los pacientes que no reúnan los requisitos para un programa de asistencia pública de Massachusetts, por ejemplo, los residentes de otro estado, pero que cumplan con los criterios de elegibilidad financiera general de otro programa estatal de asistencia pública. En este caso, el Hospital notificará al paciente si tales recursos adicionales están disponibles de acuerdo a sus ingresos y a otros criterios, como se indica en las Normas de asistencia financiera del hospital.

El Hospital, cuando el paciente lo solicite y en base a una evaluación interna de su situación financiera específica, también puede ofrecerle un descuento adicional u otra ayuda de su propio programa de asistencia financiera, que se aplicará de manera uniforme y no discriminatoria a todos los pacientes y tomará en consideración su situación financiera documentada y su incapacidad de hacer un pago después de haberse tomado medidas de cobranza razonables. Todos los descuentos del Hospital cumplen con los requisitos federales y estatales y no influyen en el paciente para que reciba servicios del Hospital.

C. Grupos de pacientes exentos de las actividades de cobranza

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 5 de 9

Los siguientes grupos de pacientes están exentos de los procedimientos de cobranza o facturación conforme a las normas y reglamentos estatales: Los pacientes inscritos en un programa público de seguro de salud como MassHealth, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC); Children's Medical Security Plan (CMSP), si los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) son iguales o inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza; pacientes de bajos ingresos según lo determinado por MassHealth y Health Safety Net, incluyendo a aquellos cuyos ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) o ingresos familiares contables por dificultad médica están entre el 150,1 % y el 300 % del nivel federal de pobreza; con las siguientes excepciones:

- a) El Hospital puede tomar medidas para cobrarle los copagos y deducibles establecidos por cada programa específico a cualquier paciente inscrito en uno de los programas anteriores;
- b) El Hospital también puede facturarles o cobrarles a los pacientes que declaren que participan en un programa de asistencia financiera que cubre los costos de los servicios del Hospital, pero no presenten prueba de ello. Si recibe prueba satisfactoria de que el paciente participa en un programa de asistencia financiera (como un recibo o verificación de una solicitud firmada), el Hospital cesará sus actividades de facturación o cobranza;
- c) El Hospital puede continuar las actividades de cobranza con pacientes de bajos ingresos por servicios prestados antes de la determinación de que son de bajos ingresos, siempre que la condición de ser de bajos ingresos en la actualidad haya sido revocada, haya caducado o no se haya identificado en el sistema de verificación de elegibilidad del estado o el sistema de gestión de información de Medicaid. Sin embargo, una vez que se determine que el paciente es elegible y está inscrito en MassHealth, el programa de asistencia con el pago de la prima operado por el Health Connector, Children's Medical Security Plan, o Medical Hardship (asistencia por dificultades médicas), el Hospital cesará la actividad de cobranza (con la excepción de copagos y deducibles) de servicios prestados antes del comienzo de su elegibilidad.
- d) El Hospital puede tomar medidas para cobrarle a cualquier paciente que participe en los programas mencionados anteriormente los servicios no cubiertos de los que el paciente haya aceptado responsabilizarse, siempre que el Hospital obtenga de antemano el consentimiento por escrito del paciente para que se le facturen tales servicios. Sin embargo, aun en esas circunstancias, el Hospital no podrá facturarle al paciente reclamaciones relacionadas con errores médicos o denegadas por la compañía de seguros principal del paciente por un error administrativo o de facturación.

D. Procesos de cobranza del Hospital

- a) El Hospital no tomará ninguna "medida extraordinaria de cobranza". El Hospital aceptará y procesará solicitudes de asistencia financiera presentadas por el paciente, conforme a sus reglamentos de asistencia financiera, durante todo el "período de solicitud". El "período de solicitud" comenzará en la fecha en que se proporcionen los cuidados y finalizará 240* días después de la fecha de envío de la primera factura después del alta, sujeto a los siguientes requisitos adicionales. El período de solicitud no termina antes de 30 días después de que el Hospital le haya

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 6 de 9

proporcionado al paciente el aviso de los 30 días que se describe a continuación. Si el Hospital determina que un paciente es presuntamente elegible para recibir menos que la asistencia más generosa según las Normas de asistencia financiera, la solicitud no termina antes del final de un período razonable para que el paciente solicite una asistencia financiera más generosa, como se explica a continuación.

- b) El Hospital (i) le proporciona al paciente una notificación por escrito que indica que hay ayuda financiera disponible para los pacientes elegibles, (ii) le proporciona al paciente un resumen en lenguaje sencillo de las Normas de asistencia financiera; y (iii) hace un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente acerca de la Normas de asistencia financiera y las maneras en que éste puede conseguir ayuda con el proceso de solicitud de las Normas de asistencia financiera; con la salvedad de que se aplican requisitos especiales para el aplazamiento o la denegación de la atención médica necesaria, como se explica a continuación.
- c) Si un paciente presenta una solicitud completa o incompleta de asistencia financiera conforme a las Normas de asistencia financiera del Hospital, durante el período de solicitud, (i) el Hospital determinará si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con las Normas de asistencia financiera, o (ii) si la solicitud de asistencia financiera no está completa, el Hospital solicitará información y/o documentación adicional dentro de un plazo razonable. El Hospital también tomará medidas adicionales, dependiendo de si la solicitud está completa o incompleta, como se describe a continuación.
- d) Si el paciente presenta una solicitud completa de asistencia financiera durante el período de solicitud, el Hospital también determinará si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Si el Hospital determina que el paciente es elegible para recibir asistencia que no sea la atención gratuita, el Hospital (i) le proporcionará al paciente una factura que indique la cantidad que le corresponde pagar por la atención ofrecida como paciente elegible para recibir asistencia financiera, y que indicará o explicará cómo puede obtener información acerca de los importes que se facturan generalmente por este tipo de atención, (ii) le reembolsará al paciente cualquier suma que éste haya pagado por la atención recibida que exceda la cantidad que se determine que el paciente tiene la responsabilidad personal de pagar, y, si el paciente presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el período de solicitud, el Hospital, además, le hará llegar al paciente un aviso escrito que explica la información y/o documentación adicional requerida de acuerdo a las Normas de asistencia financiera y que incluye la información de contacto.
- e) El Hospital puede determinar presuntivamente que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo a las Normas de Asistencia Financiera, con base en información distinta de la presentada por el paciente, o con base en una determinación de elegibilidad previa. Si se determina que un paciente es elegible para recibir menos que la asistencia más generosa disponible de acuerdo a las Normas de Asistencia Financiera, el Hospital: (i) informará al paciente en qué se basa la presunción de la determinación de elegibilidad y cómo solicitar una ayuda más generosa conforme a las Normas de Asistencia Financiera; (ii) le dará al paciente un tiempo razonable para solicitar una ayuda más generosa; y (iii) si el paciente presenta una solicitud completa de asistencia financiera más generosa en el período de solicitud, determinará si es elegible para el descuento más generoso.
- f) El Hospital y sus agentes no continuarán las actividades de cobranza o facturación a pacientes involucrados en un procedimiento de quiebra, salvo para proteger sus derechos como acreedor en el orden apropiado (el programa de asistencia pública correspondiente que haya pagado los servicios podrá tomar medidas similares). Asimismo, ni el Hospital ni sus agentes cobrarán intereses sobre saldos vencidos a pacientes de bajos ingresos o personas que cumplan los criterios de cobertura por medio del programa de asistencia financiera interno del Hospital.

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 7 de 9

- g) El Hospital cumple con los requisitos de facturación y las normas federales y estatales aplicables relacionados con la falta de pago de servicios específicos que fueron consecuencia o estuvieron directamente relacionados con un evento grave de declaración obligatoria, con la corrección de tal evento, con una complicación posterior causada por el evento, o con un reingreso en el mismo hospital para recibir servicios relacionados con el evento. Los eventos graves de declaración obligatoria que no ocurran en el Hospital están excluidos de esta determinación de falta de pago siempre y cuando el establecimiento tratante y el responsable del evento no pertenezcan a la misma organización ni sean filiales de la misma corporación principal. El Hospital tampoco intentará cobrarle por medio del programa Health Safety Net a un paciente de bajos ingresos cuyas reclamaciones hayan sido denegadas inicialmente por un programa de seguros a causa de un error de facturación administrativo del Hospital.

E. Agencias de cobranzas externas

El Hospital podrá contratar a una agencia de cobranzas externa para que le ayude a cobrar ciertas cuentas, por ejemplo, importes que son responsabilidad del paciente y que no hayan sido resueltos después de 120 días de actividad de cobranza continua. El hospital también puede firmar contratos vinculantes con agencias de cobranzas externas. Cualquier contrato de este tipo que permita la venta de deudas que no sea tratado como medida de cobranza extraordinaria cumplirá los requisitos descritos anteriormente.

Todas las agencias de cobranzas externas contratadas por el Hospital le darán al paciente la oportunidad de presentar una queja y remitirán al Hospital los resultados de tales quejas del paciente. El Hospital requiere que toda agencia externa de cobranzas que utilice, opere en cumplimiento con las leyes federales y estatales sobre prácticas justas en el cobro de deudas.

F. Depósitos y planes de pago

Según lo dispuesto en los reglamentos de Health Safety Net de Massachusetts relativos a pacientes que: 1) se determine que son “de bajos ingresos” o (2) cumplan los requisitos para recibir asistencia por dificultades médicas (“Medical Hardship”), el Hospital le dará al paciente información sobre depósitos y planes de pago basándose en su situación financiera documentada. Cualquier otro plan se basará en el programa de asistencia financiera interno del hospital, y no se aplicará a pacientes que puedan pagar.

a) Servicios de emergencia

Un hospital no puede exigirles depósitos antes de la hospitalización o el tratamiento a pacientes que requieran servicios de emergencia o que se determine que son de bajos ingresos.

b) Depósitos de pacientes de bajos ingresos

Un hospital puede solicitarles un depósito a los pacientes que se determine que son de bajos ingresos. Dichos depósitos deben limitarse al 20 % de la cantidad deducible, hasta un máximo de \$500. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecido en 101 CMR 613.08(1)(g).

c) Depósitos de pacientes con dificultades médicas (“Medical Hardship”)

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 8 de 9

Un Hospital puede solicitarles un depósito a los pacientes elegibles para asistencia por dificultades médicas. Los depósitos se limitarán al 20 % de la contribución por dificultades médicas, hasta un máximo de \$1.000. Todos los saldos restantes están sujetos a las condiciones del plan de pago establecido en 101 CMR 613.08(1)(g).

- d) Planes de pago para pacientes de bajos ingresos según lo dispuesto en el programa Health Safety Net de Massachusetts

A un paciente con un saldo de \$1.000 o menos después del depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago sin intereses de al menos un año, con un pago mínimo mensual de no más de \$25. A un paciente con un saldo de más de \$1.000 después del depósito inicial, se le debe ofrecer un plan de pago sin intereses de al menos dos años.

- e) Deducible único de CommonHealth

El Hospital puede facturarle a un paciente de bajos ingresos, si lo solicita, para permitir que satisfaga el requisito de un deducible único de CommonHealth.

- f) Planes de pago para pacientes de bajos ingresos parciales de HSN, según lo dispuesto por el programa Health Safety Net de Massachusetts, para servicios prestados en un establecimiento de salud autorizado por el Hospital, incluyendo los siguientes lugares:

- *Brockton Hospital Outpatient Care Center*
 - o *130 Quincy Avenue, 1st and 2nd Floors, Brockton, MA*
- *Signature Healthcare Brockton Hospital*
 - o *110 Liberty Street, 1st Floor, Suite #1B, Brockton, MA*
- *Signature Healthcare Brockton Hospital Imaging*
 - o *31 Roche Brothers Way, Easton, MA*
- *Signature Healthcare Brockton Hospital Rehabilitation Services*
 - o *1215 Broadway, 1st and 2nd Floors, Raynham, MA*
- *Signature Healthcare Brockton Hospital @430 Liberty Street*
 - o *430 Liberty Street, Suite #7, Hanson, MA*
- *Signature Healthcare Brockton Hospital Rehabilitation Services East Bridgewater*
 - o *635 Plymouth Street, East Bridgewater, MA 02333*
- *Signature Healthcare Greene Cancer Treatment Center*
 - o *25 Libby Street, 1st and 2nd Floors, Brockton, MA*
- *Brockton Radiation Oncology, LLC*
 - o *25 Libby Street, Brockton, MA*
- *Shields Signature Imaging, LLC*
 - o *680 Centre Street, Brockton, MA*

- g) El Hospital también les ofrece a los pacientes de bajos ingresos parciales de Health Safety Net un plan de coseguro, que permite que el paciente pague el 20 % del pago de Health Safety Net por cada visita, hasta alcanzar el deducible anual del paciente. El saldo restante se descontará de Health Safety Net.

**SIGNATURE HEALTHCARE
BROCKTON HOSPITAL MANUAL DE
NORMAS ADMINISTRATIVAS**

Asunto: Normas de crédito y cobranza

Pág. 9 de 9

REFERENCIAS:

101 CMR 613.00 Requisitos reglamentarios de crédito y cobranza
I.R.C 501(r)

REVISADO POR:

FECHA:

Director financiero
Comité de Normas Administrativas
Comité de Finanzas
Consejo de Administración

9/2019
9/2019
9/2019
9/2019

