Central Maine Healthcare

Política/procedimiento: Política de Asistencia Financiera (FAP)	
ENTIDAD: **Central Maine Healthcare (CMH)** **CMH incluye Central Maine Medical Center (CMMC), Bridgton Hospital (BH), Rumford Hospital (RH), Central Maine Medical Group (CMMG), Maine College of Health Professions, centros de atención a largo plazo, clínicas y diversas otras subsidiarias.**	**LIBRO: Administrativo**
	CAPÍTULO: Finanzas
	FECHA DE ORIGEN: 29/11/2019
	FECHA DE APROBACIÓN FINAL: 30/07/2026

REALIZADO POR
Esta política se aplica a las instalaciones, consultorios, entidades, servicios y miembros del equipo de Central Maine Medical Center, Bridgton Hospital y Rumford Hospital.

OBJETIVO

Las entidades de Central Maine Healthcare (CMH) mencionadas anteriormente, incluidos todos los consultorios de proveedores asociados, ofrecen asistencia financiera para los servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios recibidos como paciente hospitalizado o ambulatorio por personas sin seguro, con seguro insuficiente o que, por otros motivos, no pueden pagar la atención. La asistencia financiera se administra de manera justa, uniforme, respetuosa y objetiva, y es esencial para cumplir la misión, visión y valores de CMH.
Esta política tiene por objeto eliminar las barreras económicas que impiden acceder a la atención médicamente necesaria y, al mismo tiempo, respaldar el compromiso de CMH de brindar atención segura, confiable y de alta calidad a todos los pacientes, todos los días. Establece procedimientos estandarizados para identificar a los pacientes posiblemente elegibles, tramitar solicitudes, determinar la elegibilidad y comunicar las opciones de asistencia financiera.
Esta política está diseñada para garantizar el cumplimiento de las leyes federales y estatales aplicables, incluido el artículo 501(r) del Código de Rentas Internas y la legislación de Maine, en particular 22 M.R.S. §1716-A, vigente desde el 1 de julio de 2026. Los requisitos relativos a la elegibilidad para atención benéfica, los plazos para tramitar solicitudes, las notificaciones a pacientes, las protecciones de facturación y las limitaciones de planes de pago se incorporan a lo largo de esta política.

PROCEDIMIENTO/PROCESO

I. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES POTENCIALMENTE ELEGIBLES

A. Cuando sea posible, antes de la fecha de prestación del servicio, CMH realizará una entrevista previa a la admisión con el paciente, el garante y/o su representante legal. Si no es posible realizarla antes de la admisión, deberá efectuarse en el momento del servicio o tan pronto como sea posible después, en los casos de importes elevados.

B. En caso de una admisión de emergencia, CMH no evaluará las alternativas de pago hasta que se haya proporcionado la atención médica necesaria. Durante la entrevista inicial con el paciente se recopilará la siguiente información, sin que ello retrase la evaluación ni el tratamiento:

- Datos demográficos habituales y completos; y
- Información completa sobre toda cobertura existente de terceros pagadores.

C. Se ofrecerá a todos los pacientes la oportunidad de solicitar asistencia financiera. Si el paciente solicita asistencia después de abandonar el centro, un asesor de asistencia financiera enviará por correo una Solicitud de Asistencia Financiera al paciente o tutor para que la complete.

D. La identificación de pacientes posiblemente elegibles puede realizarse en cualquier momento durante el Período de Solicitud.

E. Por lo general, los asesores de asistencia financiera están disponibles durante el horario laboral habitual para prestar los siguientes servicios:

- Identificar posibles fuentes de pago, como seguros de responsabilidad por accidentes o COBRA.
- Evaluar la posible cobertura de los pacientes mediante programas de asistencia estatales, federales o locales, incluida la asistencia financiera hospitalaria.
- Ayudar a los pacientes a solicitar programas de seguro de salud y asistencia financiera patrocinados por el gobierno federal o estatal.
- Abordar cualquier consulta financiera.
- Establecer acuerdos de pago.
- Proporcionar presupuestos de precios.
- Entregar a los pacientes una factura detallada cuando la soliciten.

F. CMH puede utilizar información obtenida de otras fuentes para determinar si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia.

II. MEDIDAS PARA DIFUNDIR AMPLIAMENTE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA EN LA COMUNIDAD

CMH y sus organizaciones integrantes cumplirán todas las leyes, normas y reglamentos aplicables sobre la notificación a los pacientes acerca de la asistencia financiera, incluidas las siguientes medidas:

A. Se colocarán letreros y avisos individuales sobre la disponibilidad de asistencia financiera en áreas públicas importantes del hospital, incluidas, entre otras: Registro Central/Acceso de Pacientes, sala de espera de Emergencias, clínicas, salas de espera de consultorios médicos empleados por el hospital, oficinas de asesores financieros y Oficina Administrativa.

B. Habrá copias impresas de esta política, de la Solicitud de Asistencia Financiera y de su resumen en lenguaje sencillo en los lugares indicados en el apartado A; asimismo, se ofrecerán a los pacientes durante el registro o el alta.

C. La información, como los folletos, se incluirá en las carpetas de servicios o información para pacientes y/o estará disponible en las áreas de registro, así como previa solicitud por teléfono, internet o en persona.

Todas las políticas oficiales de Central Maine Healthcare se mantienen electrónicamente y están sujetas a cambios. Ninguna versión impresa se considerará oficial salvo en la medida en que coincida con la política vigente conservada electrónicamente.

D. Todas las facturas incluirán un aviso destacado sobre la disponibilidad de asistencia financiera, el número telefónico de la oficina o departamento del hospital que puede informar sobre esta política y el proceso de solicitud, y la dirección web donde se pueden obtener copias de esta política, la Solicitud de Asistencia Financiera y su resumen en lenguaje sencillo.

E. Toda la información pública y/o los formularios sobre la prestación de asistencia financiera, incluidos, entre otros, esta política, la Solicitud de Asistencia Financiera y su resumen en lenguaje sencillo, utilizarán idiomas adecuados para el área de servicio del centro, de conformidad con el artículo 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio. CMH ofrecerá traducciones de la solicitud de atención benéfica y del resumen a todo idioma hablado por el 5 % de la población del estado o por 1.000 personas en el estado, lo que sea menor; también a los idiomas adicionales hablados por el 5 % de la comunidad atendida por el hospital o por 1.000 personas de dicha comunidad, lo que sea menor.

F. La Solicitud de Asistencia Financiera, las instrucciones y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles en https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/financial-assistance/

G. CMH hará esfuerzos razonables para informar verbalmente a la persona sobre la Política de Asistencia Financiera del hospital y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud al menos 30 días antes de iniciar acciones extraordinarias de cobro (ECA) en su contra.

H. Si en cualquier momento durante el Período de Solicitud el paciente manifiesta que no puede pagar, se le informará sobre la disponibilidad de asistencia financiera y se le proporcionará una Solicitud de Asistencia Financiera. La solicitud y las instrucciones están disponibles en https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/financial-assistance/

III. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

El paciente debe recibir y completar una Solicitud de Asistencia Financiera por escrito y proporcionar todos los datos y documentos justificativos necesarios para verificar su elegibilidad. Los tipos de información y documentos requeridos se indican en las instrucciones de la Solicitud de Asistencia Financiera.

A. Requisitos generales de solicitud

CMH hará esfuerzos razonables para identificar a pacientes que puedan reunir los requisitos para recibir asistencia financiera y, si lo solicitan, les ayudará a completar el trámite. Los pacientes pueden solicitar asistencia en cualquier momento durante el período de solicitud aplicable.

CMH solicitará únicamente la documentación razonablemente necesaria para determinar la elegibilidad conforme a esta política. No exigirá la certificación notarial de los materiales de solicitud ni de la documentación justificativa.

B. Plazos de tramitación de solicitudes

CMH observa todos los plazos aplicables para la revisión y determinación previstos por la legislación de Maine, incluido 22 M.R.S. §1716-A, vigente desde el 1 de julio de 2026.

C. Elegibilidad presunta: Determinación por la que se presume que un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera a partir de criterios económicos y antecedentes. La determinación definitiva se realizará después de completar y revisar la solicitud de asistencia financiera. Criterios:

- La persona es elegible para ciertos programas estatales, como SNAP o TANF.
- La persona es actualmente elegible para Medicaid, pero no lo era en la fecha del servicio.
- La persona no tiene hogar.
- La persona ha fallecido y no se conoce patrimonio sucesorio que permita pagar las deudas hospitalarias.
- El estado ha determinado que la persona es elegible para recibir asistencia en virtud de la Ley de Indemnización a Víctimas de Delitos Violentos o la Ley de Indemnización a Víctimas de Agresión Sexual.

D. La Solicitud de Asistencia Financiera servirá como registro de la aprobación o denegación de la asistencia.

E. Una Solicitud de Asistencia Financiera aprobada por cualquiera de las entidades de CMH se utilizará para presumir la elegibilidad durante seis meses a partir de la fecha de aprobación, salvo que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- Prestación posterior de servicios de hospitalización.
- Cambio de ingresos.
- Cambio en el tamaño de la familia.
- Cambio en la situación laboral.

F. Las personas pueden comunicarse con cualquier hospital de CMH para obtener información y ayuda con el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera. Pacientes que solicitan atención médica de emergencia: los hospitales de CMH prestarán, sin discriminación, atención por afecciones médicas de emergencia (según el artículo 1867 de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. 1395dd), independientemente de la elegibilidad para recibir asistencia conforme a esta política, y según lo exige la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA). Los hospitales de CMH no realizarán actividades que desalienten la búsqueda de atención médica de emergencia, como exigir el pago antes del tratamiento o permitir medidas de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención de emergencia sin discriminación.

IV. ACCIONES EXTRAORDINARIAS DE COBRO (ECA)

A. Requisitos generales antes de iniciar ECA: Los hospitales de CMH no podrán iniciar ninguna ECA hasta que hayan transcurrido al menos 120 días desde la primera factura emitida después del alta por la atención prestada y hasta que la persona haya recibido información sobre la Política de Asistencia Financiera (FAP). Antes de emprender ECA, los hospitales deberán hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la persona conforme a la FAP, de acuerdo con la sección 1 siguiente. No se podrán emprender ECA si el paciente ha establecido un acuerdo de pago satisfactorio con el hospital. Antes de iniciar cualquier ECA, el director financiero (CFO) o su representante designado deberá determinar que el hospital ha realizado esfuerzos razonables para verificar la elegibilidad y que ha cumplido esta política. No podrá iniciarse ninguna ECA antes de esa determinación.

Todas las políticas oficiales de Central Maine Healthcare se mantienen electrónicamente y están sujetas a cambios. Ninguna versión impresa se considerará oficial salvo en la medida en que coincida con la política vigente conservada electrónicamente.

B. Esfuerzos razonables: Se considerará que un hospital de CMH ha hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad conforme a la FAP cuando: (i) determine que la persona cumple los requisitos para una determinación de elegibilidad presunta; o (ii) le proporcione información adecuada sobre la FAP y tramite cualquier solicitud presentada, esté completa o incompleta.

- Para determinar la elegibilidad presunta, el hospital deberá establecer que la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera basándose en información distinta de la facilitada por la propia persona o en una determinación anterior de elegibilidad conforme a la FAP.
- Para informar adecuadamente a una persona sobre la FAP, los hospitales de CMH deberán notificarla por escrito al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA. El aviso indicará que la asistencia financiera está disponible para personas elegibles, identificará las ECA previstas para obtener el pago y señalará una fecha límite después de la cual podrán iniciarse; dicha fecha no podrá ser anterior a 30 días desde la entrega del aviso escrito.
- Adjuntar al aviso escrito un resumen de la FAP en lenguaje sencillo.
- Hacer esfuerzos razonables para informar verbalmente a la persona sobre la FAP y la manera de obtener ayuda con el proceso de solicitud.

C. Procedimientos adicionales cuando se presenta una solicitud incompleta de la FAP: Además de cumplir los requisitos de notificación descritos en el apartado A anterior, los hospitales de CMH deberán informar a quienes presenten una solicitud incompleta durante el Período de Solicitud sobre cómo completarla y ofrecerles una oportunidad razonable para hacerlo. Para cumplir estos requisitos, deberán efectuar todas las siguientes acciones:

- No iniciar ECA ni continuar las ECA que ya se hayan iniciado.
- Entregar a la persona un aviso escrito que describa la información y/o documentación exigida por la FAP o por el formulario de solicitud para completar el trámite.
- Proporcionar datos de contacto, incluidos el teléfono y la ubicación física, de: (i) la oficina o departamento del hospital que puede informar sobre la FAP; y (ii) la oficina o departamento del hospital que puede prestar ayuda con la solicitud, o al menos una organización sin fines de lucro o agencia gubernamental que CMH haya identificado como fuente de ayuda para las solicitudes de la FAP.

D. Procedimientos adicionales cuando se presenta una solicitud completa de la FAP: Además de cumplir los requisitos de notificación descritos en el apartado A anterior, los hospitales de CMH deberán hacer todo lo siguiente respecto de una persona que presente una solicitud completa durante el Período de Solicitud:

- No iniciar ECA ni continuar las ECA que ya se hayan iniciado.
- Determinar si la persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera conforme a la FAP.
- Notificar por escrito a la persona la determinación de elegibilidad, incluida la asistencia para la que es elegible y los fundamentos de la decisión.
- Si se determina que la persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a la FAP, el hospital de CMH deberá tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA emprendida para obtener el pago de la atención (por ejemplo, dejar sin efecto una sentencia, cancelar un gravamen o embargo y eliminar información adversa de un informe de crédito).

E. Remisión de deudas a agencias de cobro: Además de cumplir los requisitos generales sobre ECA establecidos en el apartado A anterior, los hospitales de CMH deberán cumplir los siguientes requisitos adicionales al remitir una cuenta a una agencia de cobro de deudas:

- Los hospitales de CMH exigen a las agencias de cobro garantías por escrito de que cumplen la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act) y los Códigos de Ética y Responsabilidad Profesional de la American Collections Association (ACA).

Todas las políticas oficiales de Central Maine Healthcare se mantienen electrónicamente y están sujetas a cambios. Ninguna versión impresa se considerará oficial salvo en la medida en que coincida con la política vigente conservada electrónicamente.

F. Notificación a agencias de informes crediticios: Además de cumplir los requisitos generales sobre ECA establecidos en el apartado A anterior, los hospitales de CMH deberán cumplir los siguientes requisitos adicionales al comunicar información a cualquier agencia de informes crediticios (por ejemplo, TransUnion, Experian o Equifax):

- Las cuentas remitidas a una agencia de cobro podrán registrarse ante una agencia nacional de informes crediticios si la parte responsable no paga la totalidad de la deuda ni establece un acuerdo de pago satisfactorio con la agencia de cobro.

V. FACTURACIÓN Y PROTECCIONES PARA LOS PACIENTES

A. Aviso sobre servicios no cubiertos

CMH informará a todo paciente que haya sido considerado elegible para recibir asistencia financiera si alguna parte de un servicio médico, tratamiento, procedimiento, prueba u otro servicio prestado por el hospital no está cubierta por el Programa de Asistencia Financiera. Siempre que sea razonablemente posible, se notificará antes de prestar el servicio y se describirá claramente el servicio no cubierto y la posible responsabilidad económica del paciente.

B. Limitación de la facturación por servicios no cubiertos que no se hayan comunicado

Si CMH no avisa con antelación de que un servicio médico, tratamiento, procedimiento, prueba u otro servicio hospitalario no está cubierto por el Programa de Asistencia Financiera, no facturará dicho servicio al paciente. Nada de esta sección impide que CMH facture esos servicios a la aseguradora de salud del paciente cuando la ley lo permita.

VI. LISTA DE PROFESIONALES QUE PRESTAN ATENCIÓN DE EMERGENCIA U OTROS SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS

Puede consultarse la Lista de Profesionales de Asistencia Financiera de CMH en:

https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/financial-assistance/

Esta página contiene una lista de los profesionales de los hospitales de CMH que prestan atención de emergencia y/o atención médicamente necesaria y que NO están cubiertos por esta política. CMH actualiza periódicamente su lista de profesionales no empleados para mantenerla correcta y al día. Sin embargo, puede haber ocasiones en que aún no se haya incluido a un profesional nuevo o reflejado un cambio en su condición de cubierto o no cubierto por esta política. CMH recomienda consultar con uno de sus asesores financieros, siempre que sea posible, para confirmar la exactitud de la información de un profesional determinado.

VII. SUPERVISIÓN E INFORMES

A. Se mantendrá un registro de solicitudes de asistencia financiera, del cual podrán generarse informes periódicos, por separado de otros estados financieros exigidos.

B. Las actividades de asistencia financiera se comunicarán anualmente a la comunidad sobre la base de los costos estimados de los servicios.

Todas las políticas oficiales de Central Maine Healthcare se mantienen electrónicamente y están sujetas a cambios. Ninguna versión impresa se considerará oficial salvo en la medida en que coincida con la política vigente conservada electrónicamente.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

I. LIMITACIONES:

A. Esta política se aplica a:

- Residentes de Maine que reciben atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios, según el criterio clínico del profesional de salud y con independencia de la situación económica del paciente, y que reúnen los requisitos indicados a continuación.
- No residentes de Maine que solicitan atención de emergencia y reúnen los requisitos indicados a continuación.

B. La asistencia financiera no:

- Proporciona seguro de salud.
- Sustituye ni complementa el seguro de salud.
- Garantiza beneficios.
- Cubre a proveedores de atención médica ajenos a CMH.
- Excluye los copagos mínimos exigidos por la normativa o por razones clínicas (por ejemplo, programas de intervención para agresores o programas de tratamiento de adicciones a narcóticos).
- Cubre cirugía estética electiva ni servicios que no cumplan los criterios de necesidad médica.

II. ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA:

A. La asistencia financiera para atención médicamente necesaria está disponible para residentes de Maine que:

- No tienen seguro de salud o cuentan con una cobertura que paga solamente parte de la factura; y
- Cumplen los criterios de ingresos indicados a continuación.

B. La asistencia financiera para atención de emergencia está disponible para residentes y no residentes de Maine que:

- No tienen seguro de salud o cuentan con una cobertura que paga solamente parte de la factura; y
- Cumplen los criterios de ingresos indicados a continuación.

C. Los hospitales de CMH proporcionan asistencia financiera del 100 % (atención gratuita) conforme a los siguientes criterios:

- El ingreso bruto es inferior o igual al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL).
- El paciente es residente de Maine y recibe servicios y suministros de emergencia o médicamente necesarios.
- El paciente no es residente de Maine y recibe atención de emergencia.
- Se han agotado todas las fuentes de pago de terceros, incluidos los gastos deducibles para alcanzar el umbral de cobertura (spend down), cuando corresponde.

D. Los hospitales de CMH proporcionan atención parcialmente gratuita (la asistencia parcial equivaldrá al 100 % de los cargos elegibles menos el AGB, pero nunca será inferior al 55 %).

- El ingreso bruto es superior al 200 % e inferior o igual al 250 % del FPL.

Todas las políticas oficiales de Central Maine Healthcare se mantienen electrónicamente y están sujetas a cambios. Ninguna versión impresa se considerará oficial salvo en la medida en que coincida con la política vigente conservada electrónicamente.

- El paciente es residente de Maine y recibe servicios y suministros de emergencia o médicamente necesarios.
- El paciente no es residente de Maine y recibe atención de emergencia.
- Se han agotado todas las fuentes de pago de terceros, incluidos los gastos deducibles para alcanzar el umbral de cobertura (spend down), cuando corresponde.

E. Los hospitales de CMH ofrecen planes de pago que no superan el 4 % del ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) para solicitantes con MAGI inferior al 400 % del Nivel Federal de Pobreza.

F. A ninguna persona elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria más que el AGB calculado.

Para consultas sobre la asistencia financiera de Central Maine Healthcare, comuníquese al

(207) 786-1803 o visite el sitio web:

https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/.

DEFINICIONES

Importes generalmente facturados (AGB): Importes que se facturan generalmente por atención de emergencia u otra atención médicamente
necesaria a personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención. Cuando corresponda, el AGB se determinará mediante el «método retrospectivo», dividiendo el total de pagos recibidos por el hospital de todos los planes comerciales y Medicare durante el ejercicio fiscal anterior entre el total de los cargos hospitalarios facturados a dichos planes comerciales y Medicare durante ese mismo ejercicio.
Los pacientes que reúnan los requisitos de asistencia recibirán un descuento igual o superior al concedido a las personas aseguradas.
Los porcentajes de AGB que figuran a continuación se aplican a cualquier atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria prestada a una persona elegible para la FAP a partir de la fecha de aprobación de esta política.

Hospitales integrantes	**Central Maine Medical Center**	**Rumford Hospital**	**Bridgton Hospital**
AGB (%)	45,0 %	51,2 %	50,3 %
Descuento requerido (%)	55,0 %	48,8 %	49,7 %
Descuento ofrecido (%) *	55,0 %	55,0 %	55,0 %
Pago directo sin seguro	Tarifa de Medicare	Tarifa de Medicare	Tarifa de Medicare

Período de Solicitud: El período para solicitar asistencia financiera por una fecha de servicio vence 240 días después de la primera factura emitida tras el alta. La cobertura de este período de solicitud de asistencia financiera tiene vigencia durante 180 días después de la fecha de determinación para los servicios ambulatorios. Los servicios de hospitalización posteriores a la determinación inicial requieren una solicitud actualizada.
Acciones extraordinarias de cobro (ECA): Medidas adoptadas por un hospital sin fines de lucro contra una persona para obtener el pago de bienes o servicios de atención médica proporcionados

por el hospital. Antes de adoptar estas medidas, el hospital debe hacer esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera (26 U.S.C. § 501(r)(6)).

Las ECA no incluyen la imposición de gravámenes hospitalarios sobre bienes del paciente para obtener el producto de acuerdos, sentencias o transacciones derivados de una demanda del paciente contra un tercero que haya causado sus lesiones.

Las ECA tampoco incluyen la venta de la deuda de una persona por parte del hospital a un tercero si, antes de la venta, el hospital celebra un acuerdo escrito jurídicamente vinculante con el comprador de la deuda que contenga las cuatro condiciones siguientes:

- El comprador de la deuda debe comprometerse a no emprender ninguna ECA para cobrarla.
- El comprador debe comprometerse a no cobrar intereses sobre la deuda superiores a la tasa vigente conforme al artículo 6621(a)(2) del Código de Rentas Internas en el momento de la venta (u otra tasa establecida por aviso o directrices publicadas en el Boletín de Rentas Internas).
- La deuda debe poder devolverse o recuperarse por el hospital si este o el comprador determina que la persona es elegible para la FAP; y
- Si se determina que la persona es elegible para la FAP y la deuda no se devuelve ni recupera por el hospital, el comprador deberá seguir los procedimientos establecidos en el acuerdo para garantizar que la persona no pague, ni tenga obligación de pagar, al comprador y al hospital en conjunto más de lo que le correspondería pagar personalmente como persona elegible para la FAP. Las ECA tampoco incluyen la presentación de una reclamación en un procedimiento de quiebra.

Cirugía estética electiva: Manual de Hospitales de Medicare de CMS, sección 250.11. La cirugía estética comprende cualquier intervención quirúrgica destinada a mejorar la apariencia, excepto cuando es necesaria para reparar oportunamente (es decir, tan pronto como sea médicamente posible) una lesión accidental o mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación.

Atención de emergencia:

- Una persona se presenta en el Departamento de Emergencias (ED) y solicita evaluación o tratamiento por cualquier afección médica; o
- El paciente recibe atención en un departamento o consultorio que se presenta públicamente (por su nombre, letreros, publicidad u otros medios) como un lugar donde se tratan afecciones médicas de emergencia con urgencia y sin necesidad de una cita previa (por ejemplo, un centro de atención urgente, una unidad de trabajo de parto y parto fuera del campus hospitalario, etc.).

Familia: «Ingreso familiar» significa el ingreso acumulado del paciente y su familia. No incluye los ingresos de una persona que vive en el hogar del paciente pero que no pertenece a su familia. A efectos de este párrafo, «familia» significa un grupo de dos o más personas vinculadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven juntas y entre quienes existen obligaciones legales de manutención. Todas esas personas emparentadas se consideran miembros de una misma familia.

Ingreso familiar

Incluye:

- Sueldos y salarios brutos antes de cualquier deducción.

- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia, agrícola o no agrícola (ingresos de un negocio propio o de una granja propia o arrendada, después de deducir los gastos empresariales o agrícolas).
- Pagos periódicos del Seguro Social, jubilación ferroviaria, prestaciones por desempleo, indemnización por accidentes laborales, beneficios de huelga de fondos sindicales y prestaciones para veteranos.
- Asistencia pública, incluidos los pagos en efectivo del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y de Asistencia General.
- Asignaciones para capacitación.
- Manutención de hijos, asignaciones militares para familiares u otra ayuda periódica de un familiar ausente o de alguien que no vive en el hogar.
- Pensiones privadas, pensiones de empleados públicos y pagos periódicos de seguros o anualidades.
- Dividendos, intereses, alquileres, regalías o pagos periódicos de sucesiones o fideicomisos.
- Ganancias netas de juegos de azar o loterías.

No incluye:

- Ganancias de capital.
- Activos líquidos, incluidos retiros bancarios o el producto de la venta de bienes.
- Devoluciones de impuestos.
- Regalos, préstamos y herencias recibidas en un solo pago.
- Pagos únicos de seguros u otras compensaciones únicas por lesiones.
- Prestaciones no monetarias, como la parte del seguro de salud pagada por el empleador o sindicato y otros beneficios complementarios de los empleados.
- El valor de los alimentos y combustibles producidos y consumidos en granjas y el valor imputado del alquiler de viviendas agrícolas o no agrícolas ocupadas por sus propietarios.
- Programas federales de prestaciones no monetarias, incluidos Medicare, Medicaid, cupones de alimentos, almuerzos escolares y «focusing assistance» (término utilizado en el original).

Persona elegible para la FAP: Persona que reúne los requisitos para recibir asistencia financiera conforme a la FAP, independientemente de que haya solicitado dicha asistencia.
Nivel Federal de Pobreza (FPL): Directriz federal de ingresos de pobreza que determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y se publica en el Registro Federal.

Solicitud de Asistencia Financiera: Solicitud completada de acuerdo con el procedimiento indicado en la sección III de esta política.

Cargos brutos: Precio completo y establecido por el hospital para la atención médica, cobrado de manera uniforme y consistente a los pacientes antes de aplicar reducciones contractuales, descuentos o deducciones.

Atención médicamente necesaria: Servicios o suministros médicos que:

- Son indicados por un médico y son apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica o de salud mental, incluidos ciertos servicios preventivos.
- Se proporcionan para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de una afección médica o de salud mental.
- Cumplen las normas de buena práctica médica en la comunidad sanitaria y de salud mental del área de servicio.

Todas las políticas oficiales de Central Maine Healthcare se mantienen electrónicamente y están sujetas a cambios. Ninguna versión impresa se considerará oficial salvo en la medida en que coincida con la política vigente conservada electrónicamente.

- No están destinados principalmente a la conveniencia del paciente ni de un proveedor; y
- Representan el nivel o suministro de servicio más apropiado que puede prestarse de manera segura o, cuando sea necesario, según determine el proceso de revisión de utilización.

Hogar con varias familias: Si un hogar incluye más de una familia y/o más de una persona sin parentesco, los criterios de ingresos se aplicarán por separado a cada familia y/o persona sin parentesco, y no al hogar en su conjunto.

Residente:
«Residente del estado» significa una persona que:

(1) Vive en el estado con la intención de permanecer en él indefinidamente.

(2) Ingresa en el estado por un compromiso de trabajo permanente, temporal, estacional o de otro tipo, o está buscando empleo.

«Residente del estado» no incluye a una persona que se encuentra temporalmente en el estado como turista o visitante.

DECLARACIONES DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Las circunstancias atenuantes pueden hacer necesario apartarse de los términos de una política. Se reconoce que pueden surgir situaciones de emergencia que exijan una resolución inmediata. Cuando corresponda, deberá elaborarse documentación adecuada que justifique la necesidad de tales excepciones.

REFERENCIAS CRUZADAS

Política de Facturación y Cobros de Central Maine Healthcare.

REFERENCIAS Y FUENTES DE EVIDENCIA

Requisitos para hospitales 501(c)(3) conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, artículo 501(r). (s. f.). Consultado el 16 de diciembre de 2019 en https://www.irs.gov/charities-non-profits/charitable-organizations/requirements-for-501c3-hospitals-under-the-affordable-care-act-section-501r.

Estatutos Revisados de Maine, Título 24-A, Código de Seguros de Maine, según sus modificaciones. Las políticas y procedimientos se administrarán de conformidad con todas las disposiciones aplicables del Título 24-A de los Estatutos Revisados de Maine y los reglamentos estatales relacionados.

RESUMEN DE REVISIÓN / APROBACIÓN
SUSTITUYE A: No corresponde
FECHAS DE REVISIÓN: 20/11/2020, (04/02/2022), 23/08/2023, 22/10/2025, 30/07/2026
APROBACIONES: Comité de Finanzas

Todas las políticas oficiales de Central Maine Healthcare se mantienen electrónicamente y están sujetas a cambios. Ninguna versión impresa se considerará oficial salvo en la medida en que coincida con la política vigente conservada electrónicamente.