

Directiva para la Ayuda Financiera	
Hershey Medical Center – Servicios Financieros para Pacientes	Póliza n°: PFS-051
Sustituye: Directiva para la Ayuda Financiera Octubre 2010	Efectiva: July 2016
Autorizada por: Steve Massini, CFO	
Aprobada por: Dan Angel, Senior Director Revenue Cycle	

Objetivo: Definir los criterios bajo los cuales la ayuda financiera es solicitada y aprobada para pacientes calificados, que reciben cuidados emergentes y otros cuidados médicamente necesarios, en conformidad con el objetivo del Penn State Hershey Medical Center.

Directrices para el procedimiento:

1) DEFINICIONES:

- a) **Ayuda financiera** es la aptitud de recibir cuidados gratuitos o de descuento. Pacientes que están asegurados/no asegurados y reciben cuidados médicamente necesarios, los cuales no pueden contar con la cobertura médica de seguro estatal u otro tipo de seguro, y de los cuales el ingreso familiar es igual o inferior al 300% del nivel federal de pobreza estadounidense, serán elegibles para los cuidados gratuitos bajo el auspicio de esta directiva.
- b) **Paciente no asegurado** es una persona que no tiene cobertura de cuidados médicos por un asegurador tercero, plan ERISA, el Federal Health Care Program (incluyendo el mercado de seguros federales o estatales, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare), indemnización laboral, cuentas de ahorro médicas u otro tipo de cobertura para toda o cualquier parte de la factura. Pacientes que han agotado la cobertura de su seguro médico o han recibido servicios no cubiertos, según se expone en las condiciones generales de su póliza de seguro médico, no se considerarán como „pacientes no asegurados“.
- c) **Presunta ayuda financiera** se refiere a una persona presunta de ser indigente y apta para recibir Ayuda Financiera, cuando se facilite informaciones adecuadas por el paciente o por medios tecnológicos que le permitan determinar al PSHMC si el paciente califica para la ayuda financiera. Factores que apoyan la presunta caridad incluyen, pero no se limitan a: personas sin hogar, sin ingresos, aptas para programas dedicados a mujeres, bebés y niños (WIC), aptas para cupones alimenticios, viviendas destinadas a grupos de bajo ingreso, pacientes fallecidos sin conocimiento de sucesión alguna o aptitud desconocida en los programa de prescripción estatal.
- d) Como **médicamente necesarios** se entenderán los servicios de salud que un proveedor, aplicando un criterio clínico prudente, le provee a un paciente con la meta de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una afección, lesión, enfermedad o sus síntomas, y estos son

(1) De acuerdo con las normas de aceptación general de práctica médica

- (a) A estos efectos entenderemos „las normas de aceptación general de práctica médica“ como estándares que se basan en evidencia científica creíble, publicada en literatura examinada y revisada, así como generalmente reconocida por la comunidad médica relevante o de otra manera compatibles con los estándares establecidos en cuestiones normativas e implicando el juicio clínico.
 - (2) Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, grado, zona y duración, y se consideran efectivos para tratar la afección, lesión o enfermedad del paciente.
 - (3) No principalmente para la conveniencia del paciente, doctor u otro proveedor de atención médica, y que no sean más costosos que un servicio médico alternativo o secuencia de servicios alternativos que, por lo menos, produzcan resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes en lo que se refiere al diagnóstico o tratamiento de la afección, lesión o enfermedad del paciente.
 - (4) Servicios, objetos o procedimientos considerados experimentales o de investigación, se abordarán según cada caso en particular.
- e) **Niveles federales de pobreza** (Federal Poverty Income Levels) son publicados anualmente, en enero, por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU (Department of Health and Human Services), abreviado como HHS. <http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm#guidelines>
- f) **Definición del importe generalmente facturado (Amount Generally Billed - AGB):** El importe generalmente facturado (AGB) o la limitación a costes aproximados se calculan por el PSHMC usando una metodología retrospectiva, de acuerdo con el reglamento final IRS 501R. PSHMC usará esta metodología para calcular el pago medio de todas las reclamaciones pagadas por seguros de salud privados y Medicare. A personas aptas no se cobrará más que el importe generalmente facturado por cuidados emergentes o médicamente necesarios. El PSHMC pondrá a disposición una copia escrita gratuita del cálculo del importe generalmente facturado (AGB) a los pacientes que la soliciten.
- g) **Bienes contables** se definen como bienes que se consideran disponibles para el pago de pasivos sanitarios, tales como, dinero en efectivo/cuentas bancarias, certificados de depósito, bonos, acciones, fondos de inversión o prestaciones de pensiones. Como se define en el boletín de asistencia médica del Departamento de Servicios de Salud (DHS Medical Assistance Bulletin), el programa de atención hospitalaria gratuita (Hospital Uncompensated Care Program) y los planes caritativos (Charity Plans), los bienes contables no incluyen activos no líquidos como hogares, vehículos, enseres domésticos, cuentas IRAs y 401K (cuentas pensionarias).

2) NOTIFICACIÓN:

- a) Esta directiva, la solicitud para la ayuda financiera y un resumen escrito en lenguaje sencillo, se harán disponibles al público si así se solicita.
- b) Resúmenes de cuentas de los pacientes contendrán informaciones respecto a la disponibilidad de ayuda financiera.
- c) Notificaciones sobre la disponibilidad de este programa se publicarán en áreas de inscripciones de pacientes dentro del hospital, de clínicas y en el sitio web del PSHMC.
- d) La directiva y la solicitud para la ayuda financiera serán disponibles en todas ubicaciones de la policlínica.

- e) Si el idioma primario de cualquier población constituye más del 10% de los residentes en el área geográfico del PSHMC, la Directiva para la Ayuda Financiera se hará disponible en ese idioma.
- f) La directiva y la solicitud para ayuda financiera se harán disponibles en actividades de extensión comunitaria, en las cuales el PSHMC participe.

3) CRITERIOS DE ADMISIÓN:

- a) Ayuda financiera se aprueba sobre la base del ingreso familiar que asciende hasta el 300% del nivel de pobreza federal. Los pacientes calificados serán elegibles para la exención del 100% de los costos de los servicios médicamente necesarios que han tenido que incurrir.
- b) Una evaluación del derecho de recibir ayuda financiera comienza al completar la solicitud para la ayuda financiera. Esta debe ser completa, firmada por el garante y datada con la fecha actual. (véase el anexo)
- c) El paciente tiene que ser un ciudadano de los Estados Unidos o un residente legal permanente. (Tiene que haber residido en los Estados Unidos por un mínimo de un año)
- d) El paciente tiene que aplicar para asistencia médica en el mercado federal o estatal de seguros (salvo a que se presente un certificado de exención) o a cualquier otra fuente de pago apta, antes de ser aprobado para la ayuda financiera.
- e) Todas las demás opciones de pago de las facturas médicas han sido agotadas, incluyendo, pero no limitadas a: recaudaciones de fondos de iglesia o privadas, programas caritativos o donaciones. Si el paciente o garante no coopera en cuanto a buscar opciones de pago alternativas, se le puede descalificar de la consideración a recibir ayuda financiera.
 - (1) No se ofrece ayuda financiera si el paciente tiene suficientes bienes contables para pagar su factura y la liquidación de esos bienes contables no le causaría una „dificultad excesiva“ al paciente.
 - (2) Se garantiza ayuda financiera a los pacientes fallecidos según los criterios establecidos en el **Procedimiento para pacientes fallecidos (Deceased Patient Process)**.
 - (3) Como resultado de los programas con clínicas de cuidados gratuitos (las cuales son Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.) se garantizará ayuda financiera a base de la información financiera recolectada o determinada por la clínica de cuidados gratuitos.
 - (4) Los servicios, objetos o procedimientos se consideran opcionales, como por ejemplo, aunque no exclusivamente: cosméticos, inseminación artificial (fertilización in vitro), anteojos/gafas, aparatos auditivos o algunos procedimientos de bypass gástrico, etc.
 - (5) Planes de seguros basados en el ingreso, que sean de co-pago o saldos de pacientes que sean deducibles, se considerarán elegibles para la ayuda financiera.
 - (6) El período de subvencionabilidad de la ayuda financiera es de un año. El PSHMC tiene el derecho de requerir una nueva solicitud y evaluación de la habilidad de pago del paciente a discreción propia.

4) PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD:

- a) Las solicitudes para la ayuda financiera serán disponibles en línea en el sitio web del PSHMC, en persona en cualquier ubicación de la clínica o por correo electrónico.
- b) La siguiente documentación justificativa adecuada de la comunidad doméstica debe ser proporcionada con el fin de asegurarse de que el paciente cumpla los criterios sobre los ingresos y el tamaño de la familia.
 - (1) La última declaración federal de impuestos estadounidense
 - (2) Las últimas cuatro (4) nóminas
 - (3) Los últimos cuatro (4) extractos de cuenta
 - (4) La determinación de los ingresos del seguro social
 - (5) Ingresos por desempleo
 - (6) Ingresos de la pensión
 - (7) La confirmación sobre la distribución de herencias o regulaciones de pasivos (La ayuda financiera no se considerará hasta la liquidación final de los bienes o del pleito)
 - (8) Asistencia médica o aviso de determinación del ACA
 - (9) El comprobante sobre la nacionalidad o el estado de residencia permanente legal (green card)
 - (10) Si todos los miembros del hogar no tienen ingresos, se debe presentar una carta de la(s) persona(s) que ayuda(n) con los gastos de subsistencia.
 - (11) Cualquier información adicional considerada necesaria por el PSHMC para revisar adecuadamente la solicitud para la ayuda financiera y así determinar la aptitud para recibir ayuda financiera.
- c) Si la información proporcionada en la solicitud es insuficiente para tomar una decisión apropiada, se contactará al garante para proveer información adicional.

5) MÉTODO DE EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTO:

- a) Los niveles de autorización para la ayuda financiera son los siguientes:

Nivel del personal:	Asesores Financieros	Senior Associate	Team Manager/Manager	Director Revenue Cycle	Sr. Director Revenue Cycle o Chief Financial Officer
Importe:	< \$500	<\$5,000	<\$25,000	<\$50,000	>\$50,000

- b)
- b) En cuanto la solicitud haya sido revisada, se le comunicará la decisión al paciente por teléfono y por escrito.

- c) La persona que toma la decisión sobre la ayuda financiera documentará debidamente la cuenta del paciente (Sistemas de facturación Signatur y Eclipsys) y firmará el formulario „Solicitud de revisión“. La cuenta será referida al miembro del personal correspondiente para su posterior tramitación.
- d) Si un paciente califica para la ayuda financiera y es elegible para los beneficios „COBRA“, como institución, el PSHMC puede decidir pagar una prima mensual de seguro.
- e) Previo consentimiento de la organización benéfica, se revocará la deuda reportada a cualquier agencia de información crediticia dentro de 30 días.
- f) En cuanto los ajustes de la ayuda financiera se hayan incluido en la cuenta a cobrar del paciente, todos los pagos recibidos, sean anteriores o posteriores, serán reembolsados al paciente.
- g) Pacientes de los cuales las cuentas ya se han transferido a una agencia de cobro aún pueden aplicar y ser aprobados para la ayuda financiera.
- h) Si la ayuda financiera es aprobada, el miembro del personal correspondiente llevará a cabo un ajuste del sistema e identificará y revisará todos los encuentros abiertos bajo el número de registro médico del paciente y aplicará el descuento de la ayuda financiera.
 - (1) El no ponerse en contacto con la asesoría financiera y/o el no presentar o completar enteramente la solicitud puede llevar a las medidas expuestas en la **Directiva sobre las Responsabilidades del Paciente PFS-021 (Patient Responsibility Collection Policy PFS-021)**.
 - (2) La copia de la solicitud para la ayuda financiera y/o información financiera se guardará(n) por siete años, conforme a las políticas de conservación de documentos del PSHMC.
 - (3) Puede que en peticiones adicionales para la ayuda financiera, que se realicen en el mismo año civil, no se necesite documentación adicional, a menos que haya cambios a la información archivada.
 - (4) La dirección decidirá a discreción propia en circunstancias atenuantes, tales como, pero no limitadas a (a continuación algunos ejemplos):
 - (i) Los ingresos del paciente están por encima de la directriz de la organización benéfica, no obstante, sus deudas médicas exceden los ingresos anuales debido a un catastrófico acontecimiento médico.
 - (ii) El paciente recibe un pago de un pleito que es menor al saldo de la cuenta y no tiene suficientes bienes contables/ingresos para pagar la diferencia.
 - (iii) El paciente está dispuesto a pedir un préstamo, pero no califica para el importe total pendiente en la cuenta (se requiere una confirmación de la institución crediticia).
 - (iv) El paciente está dispuesto a liquidar otros bienes para cubrir una parte del saldo.
 - (v) El paciente no completa la solicitud para la ayuda financiera, pero se obtuvo suficiente información sobre los ingresos/información financiera para tomar una decisión.

- 6) Todas las directrices a las que se hace referencia en este documento están disponibles para su revisión en el sitio web del PSHMC y también en forma impresa, previa solicitud.
- 7) Esta directriz expone una meta voluntaria y benéfica del Penn State Milton S. Hershey Medical Center. Por consiguiente, ni esta directriz, ni cualquier brecha de esta debe ser interpretada para crear cualquier obligación legal de parte del hospital o cualquier derecho en beneficio de un paciente o tercero.
-

RESPONSABLE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECTIVA

Director, Servicios Financieros para Pacientes

Revisada: 10/10, 02/16

Revidiert: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16

Servicios Financieros para Pacientes	Póliza nº: PFS-051
Directiva para la Ayuda Financiera	Efectiva: November 2012