



Política de Ayuda Financiera	PFS-051
Ciclo de Ingresos de Penn State Health Servicios Financieros para Pacientes	Fecha de entrada en vigencia: 11/19/2018

OBJETIVO

Definir los criterios conforme a los cuales se solicita y aprueba la ayuda financiera para los pacientes elegibles que reciben atención de emergencia y otros tipos de atención necesaria por razones médicas, de acuerdo con la misión de Penn State Health (PSH).

ALCANCE

Todo el personal que pueda tener contacto con un paciente que exprese dificultades económicas.

DEFINICIONES

Ayuda financiera hace referencia a la capacidad para recibir atención gratuita o con descuento. Los pacientes con/sin seguro médico que reciben atención necesaria por razones médicas, que no son elegibles para recibir cobertura del Estado u otro tipo de cobertura de seguro, y que tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 300% del nivel federal de pobreza de EE. UU. serán elegibles para obtener atención gratuita en virtud del auspicio de esta política.

Paciente sin seguro médico hace referencia a una persona que no tiene cobertura de atención médica a través de una aseguradora externa, un plan conforme a la ley ERISA (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados), el Federal Health Care Program (Programa Federal de Atención Médica) (incluidos el Mercado Estatal o Federal de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, State Children's Health Insurance Program [Programa Estatal de Seguro Médico para Niños o SCHIP, por sus siglas en inglés] y Tricare), compensación de los trabajadores, cuentas de ahorros para gastos médicos u otra cobertura para el pago de la totalidad o de una parte de la factura. Los pacientes que ya no cuentan con cobertura de seguro médico o que tienen servicios no cubiertos, según lo detallado en su póliza de seguro, no se considerarán pacientes sin seguro.

Presunta ayuda financiera hace referencia a aquellas personas que son presuntos indigentes y elegibles para recibir ayuda financiera cuando proporcionan la información pertinente, o cuando la información se obtiene a través de fuentes tecnológicas que permiten que PSH determine si reúnen o no los requisitos para obtener tal ayuda. Los factores que respaldan un presunto acto de beneficencia incluyen, entre otros: carencia de hogar, falta de ingresos, elegibilidad para el Women, Infants and Children Program (Programa de Mujeres, Bebés y Niños o WIC, por sus

siglas en inglés), elegibilidad para cupones de alimentos, vivienda para personas de bajos ingresos proporcionada como dirección válida, pacientes fallecidos sin conocimiento de herencia o elegibilidad para los programas de medicamentos recetados financiados por el Estado (Medicaid).

Necesario por razones médicas hace referencia a los servicios de atención médica que un proveedor, al ejercer un criterio clínico prudente, proporcionaría a un paciente a fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o síntomas, y que cumplen los siguientes requisitos:

- (1) Se proporcionan de conformidad con las normas de la práctica médica generalmente aceptadas.
 - (a) Para tales fines, “las normas de la práctica médica generalmente aceptadas” hacen referencia a las normas que se basan en evidencia científica convincente publicada en la literatura médica revisada por pares que sea generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o coherente con las normas establecidas en publicaciones de políticas que implican el criterio clínico.
- (2) Son clínicamente adecuados en cuanto al tipo, la frecuencia, el grado, el lugar y la duración, y se consideran eficaces para la enfermedad o lesión del paciente.
- (3) No se proporcionan principalmente para la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica, ni son más costosos que un servicio o una secuencia de servicios alternativos que tengan, al menos, la misma probabilidad de producir resultados de diagnóstico y terapéuticos equivalentes al diagnóstico o al tratamiento de la enfermedad o lesión de ese paciente.
- (4) Los servicios, artículos o procedimientos considerados experimentales o de investigación se abordarán según el caso.

Los **niveles federales de pobreza** son publicados por el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos o HHS, por sus siglas en inglés) en el Federal Registry (Registro Federal) todos los años en enero. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Definición de “Amount Generally Billed” (monto generalmente facturado, AGB): el PSH calcula el AGB o el límite en los cargos brutos utilizando una metodología retroactiva de conformidad con la norma final de 501(r) del Internal Revenue Service (Servicio de Rentas Internas o IRS, por sus siglas en inglés). El PSH utilizará esta metodología para calcular el pago promedio de todas las reclamaciones abonadas por compañías de seguros médicos privadas y Medicare. A las personas elegibles no se les cobrará más que los montos generalmente facturados para la atención de emergencia o necesaria por razones médicas únicamente. El PSH pondrá a disposición una copia escrita y gratuita del actual cálculo del AGB para los pacientes que la soliciten.

Activos contables son los activos que se consideran disponibles para el pago de deudas de atención médica, como dinero en efectivo/cuentas bancarias, certificados de depósitos, bonos,

acciones, fondos comunes o beneficios de pensión. Tal como se define en el Boletín de Asistencia Médica del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud o DHS, por sus siglas en inglés), los activos contables de los planes de beneficencia y del Hospital Uncompensated Care Program (Programa de Atención Hospitalaria no Compensada) no incluyen activos no líquidos, como viviendas, vehículos, enseres domésticos, IRA (cuentas individuales de jubilación) y cuentas 401K.

DECLARACIONES DE POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS

NOTIFICACIÓN:

- a) A pedido, se pondrán a disposición del público esta Política de Ayuda Financiera, la solicitud de ayuda financiera y un resumen escrito en un lenguaje simple.
- b) Los resúmenes de cuenta de los pacientes incluirán información sobre la disponibilidad de ayuda financiera.
- c) Se publicará un aviso de disponibilidad de este programa en las áreas de registro de pacientes dentro de hospitales y clínicas, y en el sitio web de PSH.
- d) La Política de Ayuda Financiera y la solicitud estarán disponibles en todos los centros de clínicas de atención ambulatoria.
- e) Si el idioma principal de una población constituye el 5 % de los residentes o 1,000 residentes de la comunidad atendida, lo que sea menor, la FAP (Política de Ayuda Financiera) se ofrecerá en ese idioma.
- f) La Política de Ayuda Financiera y la solicitud estarán disponibles en los eventos de extensión comunitaria en los que participe PSH.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

- a) La ayuda financiera se aprueba según los ingresos familiares de acuerdo con las pautas que se encuentran a continuación. Los pacientes que califiquen serán elegibles para recibir atención 100 % gratuita para los servicios necesarios por razones médicas.

Cantidad de personas que residen en la vivienda	Ingresos brutos	Descuento por ayuda financiera
1	\$36,420.00	100 %
2	\$49,380.00	100 %
3	\$62,340.00	100 %
4	\$75,300.00	100 %
5	\$88,260.00	100 %
6	\$101,220.00	100 %
7	\$114,180.00	100 %
8	\$127,140.00	100 %

***Para las familias con más de 8 (ocho) integrantes, agregue \$12,960.00 por cada persona adicional.**

- b) Al completar una solicitud de ayuda financiera, se inicia una evaluación de ayuda financiera. Debe estar completa, firmada por el garante y tener una fecha actual (ver anexo).
- c) El paciente debe ser ciudadano o residente legal permanente de los Estados Unidos o residente de PA (Pensilvania) que pueda proporcionar un comprobante de residencia (quedan excluidos los ciudadanos no estadounidenses que viven fuera de los Estados Unidos).
- d) El paciente debe presentar una solicitud para recibir asistencia médica, para el Mercado Federal o Estatal de Seguros (a menos que se entregue comprobante de exención) o para cualquier otra fuente de pago aplicable de terceros antes de recibir la aprobación para recibir ayuda financiera.
 - (1) Puede ofrecerse ayuda financiera parcial a los niños que pagan por cuenta propia que están exentos de solicitar asistencia médica.
- e) Se deben haber agotado todas las demás opciones de pago de facturas médicas, incluso la recaudación de fondos privada o eclesiástica, las subvenciones o los programas de beneficencia, entre otros. La falta de cooperación por parte del paciente o del garante al momento de buscar opciones de pago alternativas podría excluirlos de la consideración para recibir ayuda financiera.
 - (1) Es posible que no se ofrezca ayuda financiera si el paciente tiene suficientes activos contables para pagar las facturas y si la liquidación de dichos activos contables no constituirá una dificultad indebida para el paciente.

- (2) Se otorgará ayuda financiera a cualquier paciente fallecido según los criterios establecidos en la **Política RC-12, Resolución de cuenta del garante/paciente fallecido**.
- (3) Como resultado de los programas con clínicas de atención gratuita (por ejemplo, Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.), se puede otorgar ayuda financiera según la información financiera recopilada y según lo determine la clínica de atención gratuita.
- (4) Los servicios, los artículos o los procedimientos se consideran electivos; por ejemplo, los cosméticos, la fecundación in vitro/infertilidad, los anteojos, los audífonos, algunos procedimientos de derivación gástrica, etc.
- (5) Los planes de seguro basados en ingresos con saldos de copago y deducible para el paciente pueden considerarse elegibles para recibir ayuda financiera.
- (6) El período de elegibilidad para recibir ayuda financiera es de un año. El PSH tiene derecho a exigir una nueva solicitud y evaluación sobre la capacidad de pago del paciente, según lo estime conveniente.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD:

- a) Las solicitudes de ayuda financiera estarán disponibles en el sitio web del PSH, en cualquier centro de la clínica para retirarlas en persona o por correo.
- b) Se debe proporcionar la siguiente documentación de respaldo adecuada y completa sobre la vivienda a fin de garantizar que el paciente cumpla con los requisitos de ingresos y tamaño de la familia.
 - (1) La última declaración presentada de impuestos federales sobre la renta.
 - (2) Los últimos cuatro (4) recibos de sueldo.
 - (3) Los últimos cuatro (4) estados de cuentas bancarias.
 - (4) Determinación de ingresos del Seguro Social.
 - (5) Ingresos por desempleo.
 - (6) Ingresos por jubilación.
 - (7) Confirmación de distribución de las liquidaciones de herencias o deudas (la ayuda financiera no se considerará hasta la liquidación final de la herencia o del litigio).
 - (8) Determinación de asistencia médica o del Mercado de Seguros Médicos.
 - (9) Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia legal permanente (tarjeta de residencia).

- (10) Si el grupo familiar no tiene ingresos, una carta de las personas que ayudan con los gastos de subsistencia.
- (11) Toda información que PSH considere necesaria para evaluar adecuadamente la solicitud de ayuda financiera y determinar si el paciente reúne o no los requisitos para recibir ayuda financiera.
- c) Si la información proporcionada con la solicitud es insuficiente para tomar una determinación adecuada, se lo contactará al garante para que proporcione información adicional.

MÉTODO Y PROCESO DE EVALUACIÓN

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

Nivel de personal:	Asesores financieros	Asociado principal	Director de equipo/gerente	Director de Ciclo de Ingresos	Vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos o director financiero
Cantidad:	<\$500	<\$5,000	<\$25,000	<\$50,000	>\$50,000

- b) Una vez revisada la solicitud, se hará una llamada telefónica y se enviará una carta al paciente o al garante para comunicarles la determinación.
- c) La persona responsable de la determinación respecto de la ayuda financiera documentará la cuenta del paciente en el sistema de facturación como corresponde, y firmará el formulario de “Solicitud de revisión”. La cuenta se remitirá al miembro del personal correspondiente para su posterior tramitación.
- d) Si un paciente califica para recibir ayuda financiera y es elegible para recibir los beneficios en virtud de la ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), PSH, como institución, podría elegir pagar la prima de seguro mensual.
- e) Tras la aprobación para recibir ayuda de beneficencia, las deudas informadas a cualquier agencia de información crediticia serán retiradas en un plazo de 30 días.
- f) Una vez que se hayan hecho los ajustes de ayuda financiera en las cuentas por cobrar del paciente, se le reembolsarán a dicho paciente los pagos anteriores o posteriores que se hayan recibido.

- g) Los pacientes cuyas cuentas ya se hayan remitido a una agencia de cobros aún pueden presentar la solicitud y obtener la aprobación para recibir ayuda financiera.
- h) Si se aprueba la ayuda financiera, el miembro del personal correspondiente ingresará el ajuste en el sistema e identificará y revisará todos los casos abiertos con el número de expediente médico del paciente, y solicitará el descuento por ayuda financiera.
- (1) Si no se solicita asesoramiento financiero o si no se presenta ni se completa en su totalidad la solicitud, se podrían tomar las medidas que se describen en la **Política de cobros y créditos para pacientes RC-002**.
 - (2) Se conservará una copia de la solicitud de ayuda financiera o de la información financiera durante siete años de acuerdo con las políticas de conservación de PSH.
 - (3) Las solicitudes adicionales de ayuda financiera en el mismo año calendario podrían no requerir documentación de respaldo, a menos que haya cambios en la información que ya consta en los expedientes.
 - (4) La gerencia puede usar su criterio para circunstancias extenuantes; a continuación, se incluyen algunos ejemplos:
 - (i) Los ingresos del paciente están por encima de las normas de beneficencia; sin embargo, su deuda médica supera los ingresos anuales debido a un acontecimiento médico catastrófico.
 - (ii) El paciente recibe una liquidación de una demanda que es inferior al saldo de su cuenta y no tiene suficientes ingresos/activos contables personales para pagar la diferencia.
 - (iii) El paciente está dispuesto a pedir un préstamo para pagar, pero no reúne los requisitos para recibir todo el monto adeudado en la cuenta (se requiere la verificación de la institución crediticia).
 - (iv) El paciente está dispuesto a liquidar otros activos que cubran parte del saldo.
 - (v) El paciente no completa una solicitud de ayuda financiera, pero se obtiene información suficiente sobre sus ingresos/situación financiera para tomar una decisión.

Todas las políticas a las que se hace referencia en este documento están disponibles para su revisión en el sitio web de PSH y para su impresión previa solicitud.

Esta política establece un objetivo benéfico y voluntario de Penn State Health. En consecuencia, no se deberá interpretar que de esta política o del incumplimiento de esta surgirán obligaciones legales para el hospital ni derechos para un paciente o tercero.

DOCUMENTOS Y REFERENCIAS AFINES

El apéndice de esta política incluye lo siguiente:

1. PFS-051: Lista de proveedores, apéndice A del Hershey Medical Center
2. PFS-051: Sitios de proveedores, apéndice B del Hershey Medical Center
3. PFS-051: Lista de proveedores y sitios, apéndice C del CPMG
4. Resumen en lenguaje simple y solicitud de ayuda financiera

APROBACIONES

	Nombre	Cargo	Fecha
Autorizado por:	Paul Swinko	Director financiero de Finanzas	11/19/2018
Aprobado por:	Dan Angel	Vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos	11/19/2018

FECHAS DE ORIGEN Y DE REVISIÓN

Fecha de origen: 10/1/2010

Fechas de revisión: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18

Modificado el: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16. Fechas de reemplazo: 10/10 (política); 6/17, 2/18, 10/18, 11/18

REVISORES Y COLABORADORES DE CONTENIDO

Directores de Operaciones Hospitalarias y Profesionales del Ciclo de Ingresos