



<b>Política de ayuda financiera</b>	<b>PSHCMG-051</b>
<b>Ciclo de Ingresos de Penn State Health - Community Medical Group</b>	<b>Fecha de vigencia: 9/13/2017</b>

## **OBJETIVO**

Definir los criterios conforme a los cuales se solicita y aprueba la ayuda financiera para pacientes elegibles que reciben atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria de acuerdo con la misión de Penn State Health Community Medical Group (PSHCMG).

## **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 médicamente necesaria, que no son elegibles para recibir cobertura del Estado u otro tipo de cobertura de seguro y que tienen ingresos familiares iguales o menores al 300 % del Nivel Federal de Pobreza de los EE. UU. serán elegibles para obtener atención gratuita bajo el 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, un plan conforme a 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 y Federal de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, SCHIP [Programa Estatal de Seguro Médico para Niños] y Tricare), un seguro de indemnización por accidentes laborales, cajas de ahorros para gastos médicos u otra cobertura para el pago de la totalidad o de una parte de la factura. Los pacientes que hayan agotado su cobertura de seguro médico o que tengan servicios no cubiertos, según lo detallado en su póliza de seguro, no se considerarán como pacientes sin seguro médico.

**Ayuda financiera con presunción** hace referencia a aquellas personas que supuestamente son indigentes y elegibles para recibir ayuda financiera cuando el paciente brinda la información pertinente o cuando se usan fuentes tecnológicas que permiten que PSHCMG determine que el paciente reúne los requisitos para obtener dicha ayuda. Los factores que respaldan un acto de beneficencia con presunción incluyen, entre otros, la carencia de hogar, la falta de ingresos, la

elegibilidad para el Women, Infants and Children Program (Programa de Mujeres, Bebés y Niños o WIC, por sus siglas en inglés), la elegibilidad para cupones de alimentos, la vivienda para personas de bajos ingresos proporcionada como dirección válida, los pacientes fallecidos sin dejar herencia conocida o la elegibilidad para los programas de medicamentos recetados financiados por el estado.

**Médicamente necesario(a)** hace referencia a los servicios de atención médica que un proveedor, al ejercer un criterio clínico prudente, proporcionar á a un paciente a fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión 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 Registro Federal todos los años en enero. <http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm#guidelines>.

**Definición de “monto generalmente facturado” (AGB, por sus siglas en inglés):** el PSHCMG calcula el AGB o el límite en los cargos brutos utilizando una metodología retroactiva de conformidad con la norma final de IRS 501R. PSHCMG utilizar á esta metodología para calcular el pago promedio de todas las reclamaciones abonadas por compañías de seguro médico privadas y por Medicare. A las personas elegibles no se les cobrar á más que los montos generalmente facturados para la atención de emergencia o la atención médicamente necesaria. PSHCMG proporcionar á una copia impresa y gratuita del cálculo actual del AGB a 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 depósito, bonos, acciones, fondos comunes o prestaciones jubilatorias. 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 pondrá a disposición del público esta Política de ayuda financiera, la solicitud de ayuda financiera y un resumen escrito en un lenguaje simple.
- b) Los estados de facturación 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 PSHCMG.
- 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 más del 10 % de los residentes en el área geográfica de PSHCMG, la Política de ayuda financiera estará disponible en ese idioma.
- f) La Política de ayuda financiera y la solicitud estarán disponibles en los eventos de extensión comunitaria en los que participe PSHCMG.

### **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:**

- a) La ayuda financiera se aprueba según los ingresos familiares que estén por encima del 300 % del Nivel Federal de Pobreza. Los pacientes elegibles recibirán atención 100 % gratuita respecto de los servicios médicamente necesarios que obtengan.
- b) Al completar una solicitud de ayuda financiera, se inicia una evaluación de ayuda financiera. Dicha solicitud debe estar completa, estar firmada por el garante y tener una fecha actual. (Ver adjunto).
- c) El paciente debe ser ciudadano estadounidense o residente permanente legal (debe haber residido en los Estados Unidos durante al menos un año).
- d) El paciente debe presentar una solicitud de Asistencia médica, Mercado Federal o Estatal de Seguros (a menos que se entregue comprobante de exención) o cualquier otra fuente de pago aplicable de terceros antes de recibir la aprobación para recibir ayuda financiera.

- 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 pagos alternativas podrá 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 produce una dificultad indebida para el paciente.
  - (2) Se otorgará ayuda financiera a cualquier paciente fallecido según los criterios establecidos en el **Procedimiento en caso de fallecimiento para determinar la responsabilidad y la resolución de la cuenta.**
  - (3) Como resultado de los programas con clínicas de atención gratuita (es decir, 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, artículos o 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 la ayuda financiera.
  - (6) El período de elegibilidad para la ayuda financiera es de un año. Según su criterio, PSHCMG tiene derecho a requerir una nueva solicitud y evaluación sobre la capacidad del paciente para pagar.

#### **PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD:**

- a) Las solicitudes de ayuda financiera estarán disponibles en el sitio web de PSHCMG, en cualquier centro de la clínica para retirarse 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) última declaración presentada de impuestos federales sobre la renta;
  - (2) últimos cuatro (4) recibos de sueldo;
  - (3) últimos cuatro (4) estados de cuenta bancarios;
  - (4) determinación de ingresos del Seguro Social;
  - (5) ingresos por desempleo;

- (6) ingresos de 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 seguro médico;
  - (9) comprobante de ciudadanía o de estado de residencia permanente legal (tarjeta de residencia);
  - (10) carta por parte de la(s) persona(s) que está(n) ayudando a pagar los gastos de subsistencia si el grupo familiar no tiene ingresos;
  - (11) toda información que PSHCMG considere necesaria para revisar 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 en la solicitud es insuficiente para hacer una determinación adecuada, se 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:

<b>Nivel de personal:</b>	<b>Asesores financieros</b>	<b>Asociado principal</b>	<b>Director de equipo/ Gerente</b>	<b>Director principal o director del Ciclo de Ingresos</b>	<b>Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o director financiero</b>
<b>Monto:</b>	<\$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 de ayuda financiera documentará la cuenta del paciente (sistemas de facturación de Eclipsys y firma) 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 reúne los requisitos para recibir ayuda financiera y es elegible para obtener los beneficios conforme a COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), PSHCMG, como institución, podrá elegir pagar la prima mensual del seguro.

- 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 busca asesoramiento financiero o si no se presenta ni se completa en su totalidad la solicitud, se podrán iniciar las acciones 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 PSHCMG.
  - (3) Las solicitudes adicionales de ayuda financiera en el mismo año calendario podrán no requerir documentación de respaldo, a menos que haya cambios en la información que ya se tiene en los expedientes.
  - (4) La gerencia puede aplicar 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 PSHCMG y para su impresión a solicitud.

Esta política establece un objetivo benéfico y voluntario por parte de Penn State Health Community Medical Group. En consecuencia, ni esta política ni el incumplimiento de esta serán interpretados para crear una obligación legal por parte del hospital o un derecho para cualquier paciente o tercero.

## DOCUMENTOS Y REFERENCIAS RELACIONADOS

El apéndice de esta política incluye lo siguiente:

1. PSHCMG-051: Normas Federales de Pobreza
2. PSHCMG-051: Apéndice de la lista de proveedores
3. PSHCMG-051: Apéndice de los sitios de los proveedores

## APROBACIONES

	Nombre	Título	Fecha
Autorizado por:	Steve Massini	Director financiero y director de operaciones	9/13/2017
Aprobado por:	Dan Angel	Vicepresidente Operaciones del Ciclo de Ingresos	9/13/2017

## FECHA DE ORIGEN Y REVISIONES

Fecha de origen: 9/13/2017

## REVISORES Y COLABORADORES DE CONTENIDO

Directores de operaciones hospitalarias y profesionales del Ciclo de Ingresos