



Política de ayuda financiera	ADM-CRP-008
St. Joseph Regional Health Network: Servicios financieros para pacientes	Fecha de entrada en vigor: Enero de 2020

OBJETIVO

Dar directrices para completar la plantilla del documento de la política.

ALCANCE *El documento es aplicable a las personas y procesos de los siguientes componentes de Penn State Health que se especifican abajo:*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penn State Health System | <input type="checkbox"/> Penn State College of Medicine |
| <input type="checkbox"/> Milton S. Hershey Medical Center | <input checked="" type="checkbox"/> St. Joseph’s Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Community Medical Group | |

OBJETIVO

Definir los criterios conforme a los que se solicita y aprueba la ayuda financiera para los pacientes elegibles que reciben la atención necesaria por razones médicas que ofrece un centro o proveedor de atención médica cubierto, de acuerdo con la misión de Penn State Health (PSH) St. Joseph Medical Center.

El apéndice A: Lista de proveedores es una lista de proveedores y servicios de atención médica que están cubiertos o no por esta Política de ayuda financiera.

ALCANCE

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

DEFINICIONES

Cantidad que generalmente se factura: PSH calcula la cantidad que generalmente se factura o el límite en los cargos brutos utilizando una metodología retroactiva de conformidad con la norma final 501(r) del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS). PSH utilizará esta metodología para calcular el pago promedio de todas las reclamaciones pagadas por compañías de seguros médicos privadas y Medicare. A las personas elegibles no se les cobrará más que la cantidad que generalmente se factura por la atención de emergencia o necesaria por razones médicas únicamente. PSH pondrá a disposición una copia escrita y gratis del actual cálculo de la cantidad que generalmente se factura para los pacientes que la pidan. Esto no debe confundirse con el descuento de atención benéfica (ayuda financiera) que se aplica al 100 % si se aprueba la Política de ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de las personas.

Los **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 Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services, DHS), los activos contables de los planes de beneficencia y del Programa de Atención Hospitalaria no Compensada (Hospital Uncompensated Care Program) no incluyen activos no líquidos, como viviendas, vehículos, enseres domésticos, cuentas individuales de jubilación (individual retirement account, IRA) y cuentas 401K.

Atención de emergencia: atención que se presta a un paciente que tiene una condición médica emergente, que se define como:

- condición médica manifestada por síntomas agudos de gravedad suficiente (como dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias, etc.) tales que, si el paciente no obtuviera atención médica inmediata, podría suceder lo siguiente:
 - Correría riesgo grave su salud (o, en caso de una mujer embarazada, su salud o la salud del bebé que espera).
 - Las funciones orgánicas se verían gravemente afectadas.
 - Se produciría insuficiencia grave de un órgano o una parte del cuerpo.
 - En el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, que el tiempo sea insuficiente para hacer un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o que el traslado constituya un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o la del bebé que espera.

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

“**Ayuda financiera**” hace referencia a la capacidad para recibir atención gratis 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 recibir atención gratis en virtud del auspicio de esta política.

“**Necesario por razones médicas**” hace referencia a los servicios de atención médica que un proveedor, al ejercer un criterio clínico prudente, prestaría a un paciente para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, patología o síntomas, y que:

- Se ofrecen de conformidad con las normas generalmente aceptadas del ejercicio de la medicina.
 - Para tales fines, “las normas generalmente aceptadas del ejercicio de la medicina” hacen referencia a las normas que se basan en pruebas científicas convincentes publicadas en la bibliografía médica revisada por pares, que sean generalmente reconocidas por la comunidad médica pertinente o coherentes con las normas establecidas en publicaciones de políticas que implican el criterio clínico.
- Son clínicamente adecuados en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración y, a su vez, se consideran eficaces para la enfermedad, dolencia o lesión del paciente.
- No se prestan principalmente por conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica, y no son más costosos que un servicio o secuencia de servicios alternativos que tengan, al menos, la misma posibilidad de producir resultados de diagnóstico y terapéuticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o al tratamiento de la enfermedad, dolencia o lesión de ese paciente.
- Los servicios, artículos o procedimientos considerados en fase de investigación o experimentales se tratarán según el caso.
- Tratamiento médico necesario por una condición médica de emergencia.
- PSHSJ respeta las *Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos*.

“Presunta ayuda financiera” hace referencia a aquellas personas que son presuntos indigentes y elegibles para recibir ayuda financiera cuando presentan 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 recursos tecnológicos incluyen portales web seguros de elegibilidad de asistencia médica y verificación, como, por ejemplo, Compass y NaviNet. Los factores que respaldan un presunto acto de beneficencia incluyen, entre otros, la falta de vivienda, la falta de ingresos, la elegibilidad para el Programa de Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children Program, WIC), la elegibilidad para cupones de comida, la vivienda para personas de bajos ingresos dada como dirección válida, pacientes fallecidos sin dejar herencia conocida o la elegibilidad para los programas financiados por el Estado para obtener medicamentos recetados.

“Paciente sin seguro médico” hace referencia a una persona que no tiene cobertura de atención médica a través de una aseguradora externa, de un plan conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), del Programa Federal de Atención Médica (incluidos el Mercado Estatal o Federal de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños [State Children's Health Insurance Program, SCHIP] y Tricare), de un seguro de indemnización por accidentes laborales, de cajas de ahorros para gastos médicos o de otra cobertura para pagar la totalidad o 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 pacientes sin seguro médico.

DECLARACIONES DE POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS

NOTIFICACIÓN:

- A pedido, se pondrán a disposición del público la Política de ayuda financiera, la solicitud de ayuda financiera y un resumen escrito en lenguaje simple.
- Los resúmenes de cuenta de los pacientes incluirán información sobre la disponibilidad de la ayuda financiera.
- Se publicará un aviso de disponibilidad de este programa en las áreas de registro de pacientes dentro de hospitales, clínicas y en el sitio web de PSH.
- La Política de ayuda financiera y la solicitud estarán disponibles en todos los centros de clínicas de consulta externa.
- Si el idioma principal de una población constituye el 5 % de los residentes o 1000 residentes de la comunidad atendida, lo que sea menor, la Política de ayuda financiera se ofrecerá en ese idioma.
- La Política de ayuda financiera y la solicitud estarán disponibles en los eventos de extensión comunitaria en los que participe PSH.
- Regla de los 120 a 240 días: período de 120 días en el que el centro hospitalario debe informarle a la persona sobre la Política de ayuda financiera, y período de 240 días en el que un centro hospitalario debe procesar la solicitud enviada por la persona. PSH enviará avisos durante el período de notificación que finaliza, como mínimo, 120 días después de la fecha del primer resumen de cuenta. El centro hospitalario no puede iniciar medidas de cobro extraordinarias (extraordinary collection actions, ECA) contra una persona cuya elegibilidad para la Política de ayuda financiera no haya sido determinada antes de los 120 días después de la primera declaración posterior al alta.
- Penn State Health cumple la política 501R de facturación y cobro.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

- La ayuda financiera se aprueba según los ingresos familiares de acuerdo con las directrices que están abajo. Los pacientes que califican serán elegibles para recibir atención 100 % gratis para los servicios necesarios por razones médicas. PSH no cobrará más que la cantidad que generalmente se factura por atención de emergencia y otros tipos de atención necesaria por razones médicas a las personas no aseguradas independientemente de que sean o no elegibles para la Política de ayuda financiera.

Cantidad de miembros del grupo familiar	Ingresos brutos	Descuento por ayuda financiera
1	\$38,280.00	100 %
2	\$51,720.00	100 %
3	\$65,160.00	100 %
4	\$78,600.00	100 %
5	\$92,040.00	100 %
6	\$105,480.00	100 %
7	\$118,920.00	100 %
8	\$132,360.00	100 %

***Para las familias con más de 8 (ocho) integrantes, agregue \$13,440.00 por cada persona extra.**

- 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 adjunto).
- El paciente debe ser un ciudadano o residente legal permanente de los Estados Unidos o residente de PA (Pensilvania) que pueda presentar un comprobante de residencia (quedan excluidos los ciudadanos no americanos que viven fuera de los Estados Unidos).
- El paciente debe presentar una solicitud para recibir asistencia médica, para el Mercado Federal o Estatal de Seguros Médicos (a menos que se entregue un comprobante de exención) o para cualquier otra fuente de pago aplicable de terceros antes de recibir la aprobación para recibir ayuda financiera.
 - Puede ofrecerse ayuda financiera parcial a los niños que pagan por cuenta propia y que están exentos de solicitar asistencia médica.
- Se deben haber agotado todas las demás opciones de pago de facturas médicas, incluida la recaudación de fondos privada o eclesiástica, las subvenciones o los programas de beneficencia, entre otras. 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.
 - Es posible que no se ofrezca ayuda financiera si el paciente tiene suficientes activos contables como para pagar sus facturas, y si la liquidación de dichos activos contables no constituiría una dificultad indebida para el paciente.
 - Se otorgará ayuda financiera a cualquier paciente fallecido según los criterios establecidos en la **Política RC-12, Resolución de cuenta del garante/paciente fallecido.**
 - Como resultado de los programas con clínicas de atención gratis (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.

- No están cubiertos por esta Política de ayuda financiera los servicios electivos como, por ejemplo, servicios cosméticos, fecundación in vitro/infertilidad, anteojos, audífonos, implantes penianos, o algunos procedimientos de derivación gástrica y cualquier otra restricción en consonancia con las *Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos*.
- Los planes de seguro según los ingresos con saldos de copago y deducible para el paciente pueden considerarse elegibles para recibir ayuda financiera.
- El período de elegibilidad para recibir ayuda financiera es de un año. PSH tiene derecho a pedir una nueva solicitud y evaluación sobre la capacidad del paciente de pagar, según lo estime conveniente.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD:

- Las solicitudes de ayuda financiera estarán disponibles en el sitio web de PSH, en las clínicas para retirarlas en persona o por correo.
- Se debe entregar la siguiente documentación del grupo familiar de respaldo adecuada y completa de la familia para garantizar que el paciente cumpla los criterios de ingresos y tamaño de la familia.
 - Última declaración presentada de impuestos federales sobre la renta.
 - Últimos cuatro (4) recibos de sueldo.
 - Últimos cuatro (4) estados de cuentas bancarias.
 - Determinación de ingresos del Seguro Social.
 - Ingresos por desempleo.
 - Ingresos por jubilación.
 - Confirmación de distribución de las liquidaciones de herencias o deudas (no se considerará la provisión de ayuda financiera hasta la liquidación final de la herencia o del litigio).
 - Determinación de asistencia médica o del Mercado de Seguros Médicos.
 - Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia legal permanente (tarjeta de residencia).
 - Si el grupo familiar no tiene ingresos, una carta de las personas que ayudan con los gastos de subsistencia.
 - Toda información que PSH considere necesaria para evaluar debidamente la solicitud de ayuda financiera y determinar si el paciente reúne o no los requisitos para recibir ayuda financiera.
- Si la información presentada con la solicitud es insuficiente para tomar una determinación adecuada, se lo contactará al garante para que presente más información.

MÉTODO Y PROCESO DE EVALUACIÓN

- PSH suspenderá cualquier medida de cobro extraordinaria contra un paciente una vez que el paciente haya enviado una solicitud de ayuda financiera, independientemente de que la solicitud esté completa o no.

Los niveles de aprobación para recibir ayuda financiera son:

Nivel de personal:	Asesores financieros	Asociado principal	Director del equipo/ Gerente	Director de Ciclo de Ingresos	Vicepresidente de operaciones del Ciclo de Ingresos y Director de finanzas
Cantidad:	<\$500	<\$5,000	<\$25,000	<\$50,000	>\$50,000

- Una vez revisada la solicitud, se hará una llamada telefónica y se enviará una carta al paciente o al garante para comunicarles la determinación.
- 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 “Pedido de revisión”. La cuenta se remitirá al miembro del personal correspondiente para su posterior tramitación.
- Si un paciente califica para recibir ayuda financiera y es elegible para recibir los beneficios en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), PSH, como institución, podría elegir pagar la prima de seguro mensual.
- Tras la aprobación para recibir ayuda de beneficencia, las deudas informadas a cualquier agencia de información crediticia se retirarán en un plazo de 30 días.
- 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.
- Los pacientes cuyas cuentas ya se hayan remitido a una agencia de cobranzas aún pueden presentar la solicitud y obtener la aprobación para recibir ayuda financiera.
- Si se aprueba la ayuda financiera, el miembro del personal correspondiente ingresará el ajuste en el sistema, identificará y revisará todos los casos abiertos con el número de expediente médico del paciente, y solicitará el descuento por ayuda financiera.
 - Si no se cumple el pago, o no se busca 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 RC-002, Cobros y créditos para pacientes**.
 - 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.
 - Las demás solicitudes de ayuda financiera en el mismo año calendario podrían no requerir documentación de respaldo, a menos que se haya modificado la información que ya consta en los expedientes.
 - La gerencia puede usar su criterio para circunstancias extenuantes, incluidas, entre otras (se incluyen algunos ejemplos):
 - Los ingresos del paciente están por encima de las directrices de beneficencia; sin embargo, su deuda médica supera los ingresos anuales por un acontecimiento médico catastrófico.
 - El paciente recibe un acuerdo de una demanda que es inferior al saldo de su cuenta y no tiene suficientes ingresos/activos contables personales para pagar la diferencia.
 - El paciente está dispuesto a tomar dinero prestado para pagar, pero no califica para toda la cantidad adeudada en la cuenta (se requiere verificación de la institución crediticia).
 - El paciente está dispuesto a liquidar otros activos que cubran parte del saldo.
 - 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 si se piden previamente.

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:

- Apéndice A: Proveedores/Servicios cubiertos por el Programa de Ayuda Financiera de St. Joseph Regional Medical Center.
- Resumen en lenguaje simple y solicitud de ayuda financiera.

Nota: Por lo general, Penn State Health St. Joseph Medical Center respetará este Programa de Ayuda Financiera, excepto por lo mencionado en el apéndice.

APROBACIONES

	Nombre	Cargo	Fecha
Autorizado por:	Paula Tinch	Vicepresidenta principal y Directora de finanzas	1/1/2020
Aprobado por:	Dan Angel	Vicepresidente de operaciones del Ciclo de Ingresos	1/1/2020

FECHAS DE ORIGEN Y DE REVISIÓN

Fecha de origen: 10/1/2010

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

Fechas de modificación: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16. Fechas de reemplazo: 10/10 (política); 6/17, 2/18, 10/18, 11/18, 2/19, 1/20

REVISORES Y COLABORADORES DE CONTENIDO

Directores principales de Ciclo de Ingresos; Gerente de Acceso de Pacientes al Asesoramiento Financiero

Apéndice A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Proveedores/Servicios cubiertos por el Programa de Ayuda Financiera

***Consulte los proveedores/servicios no cubiertos por el Programa de Ayuda Financiera**

- Anestesia
- Atención urgente
- Cardiología: cirugía cardiotorácica
- Cirugía general*
- Cirugía ortopédica
- Cirugía plástica*
- Cirugía torácica
- Cirugía vascular
- Cuidado de heridas
- Enfermedades infecciosas
- Especialistas en medicina hospitalaria
- Especialistas en medicina hospitalaria pediátrica
- Facultad de residencia
- Farmacia
- Manejo del dolor
- Medicina de emergencia
- Medicina deportiva
- Medicina interna
- Medicina paliativa
- Medicina pélvica femenina
- Neonatología
- Neurocirugía
- Neurología
- Neurología: apoplejía
- Obstetricia y ginecología
- Oncología
- Patología clínica
- Radiología
- Residentes de medicina familiar
- Robótica
- Uroginecología y cirugía mínimamente invasiva

Proveedores/Servicios no cubiertos por el Programa de Ayuda Financiera

- Cirugía estética
- Algunos procedimientos de derivación gástrica
- Cualquier restricción en consonancia con las *Directivas éticas y religiosas para el servicio de atención médica católico*

Para los médicos no empleados por Penn State Health, esta política no se aplica a sus tarifas. El pago de los costos profesionales facturados por estos proveedores de atención médica es responsabilidad del paciente y no califica para un descuento o ayuda financiera según esta política. Esta política solo corresponde a los costos de los centros para emergencias y otros tipos de atención necesaria por razones médicas que se ofrecen en Penn State Health St. Joseph Medical Center.