



Política de ayuda económica	PFS-053
Holy Spirit Health System – Servicios financieros para pacientes	Fecha de entrada en vigor: Octubre de 2020

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

<input type="checkbox"/> Servicios compartidos de Penn State Health	<input type="checkbox"/> Penn State College of Medicine
<input type="checkbox"/> Milton S. Hershey Medical Center	<input type="checkbox"/> Grupo médico, División de Práctica Académica
<input type="checkbox"/> St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/> Grupo médico, División de Práctica Comunitaria
<input checked="" type="checkbox"/> Holy Spirit Medical Center únicamente	

DECLARACIONES DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Definir los criterios para la solicitud y aprobación de ayuda económica para los pacientes elegibles que reciban atención médicamente necesaria o atención de emergencia en un centro o por un proveedor de atención médica cubiertos, de acuerdo con la misión de Penn State Health Holy Spirit Health System. (PSH HSHS)

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

ALCANCE

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

DEFINICIONES

Cantidad generalmente facturada (AGB): PSH calcula la AGB o el límite en los cargos brutos usando una metodología retroactiva de conformidad con la norma final 501(r) del Servicio de Impuestos Internos (IRS). PSH usará esta metodología para calcular el pago promedio de todas las reclamaciones pagadas por compañías de seguros médicos privadas y por Medicare. A las personas elegibles no se les cobrará más que las cantidades generalmente facturadas para la atención médicamente necesaria o de emergencia únicamente. PSH pondrá a disposición una copia por escrito y gratis del cálculo actual de la AGB para los pacientes que la pidan. Esto no debe confundirse con el descuento de atención benéfica (ayuda económica) que se aplica al 100 % si se aprueba la Política de ayuda económica (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 o en cuentas bancarias, certificados de depósitos, bonos, acciones, fondos comunes o beneficios de pensión. 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 (IRA) y cuentas 401(k).

La “**atención de emergencia**” es la atención que se le da a un paciente que tiene una condición médica de emergencia, que se define como:

- una condición médica manifestada por síntomas agudos de gravedad suficiente (p. ej., dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias, etc.), de modo que, si el paciente no obtiene atención médica inmediata, podría suceder lo siguiente:
 - La salud del paciente (o, en el caso de una embarazada, la salud de la mujer o la de su bebé nonato) estaría en riesgo grave.
 - Sus 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 tenga 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 de su bebé nonato.

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 todos los años en enero.
<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

La “**Ayuda económica**” implica la capacidad para recibir atención gratis o con descuento. Los pacientes con o sin seguro médico que reciban atención médicamente necesaria, que no son elegibles para recibir cobertura del Estado ni otro tipo de cobertura de seguro y que tengan ingresos familiares iguales o inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza de EE. UU. serán elegibles para recibir atención gratis con el auspicio de esta política.

“**Médicamente necesario**” 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, dolencia o síntomas, y que:

- Se ofrecen de conformidad con las normas de la práctica médica generalmente aceptadas.
 - 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 bibliografía médica revisada por pares, que es generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o coherente con las normas establecidas en publicaciones de políticas sobre el criterio clínico.
- Son clínicamente adecuados en cuanto a su tipo, frecuencia, grado, lugar y duración y, a su vez, se consideran eficaces para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente.
- No se prestan principalmente para la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica, ni 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, lesión o dolencia de ese paciente.
- Los servicios, artículos o procedimientos considerados en fase de investigación o experimentales se tratarán según el caso.
- Son un tratamiento médico necesario para una condición médica de emergencia.
- PSH-HSHS respeta las *Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos*.

“Presunta ayuda económica” hace referencia a aquellas personas que son indigentes presuntos y son elegibles para recibir ayuda económica cuando presentan la información pertinente, o cuando la información se obtiene mediante fuentes tecnológicas que permiten que PSH determine si reúnen o no los requisitos para obtener tal ayuda. Las fuentes tecnológicas incluyen portales web seguros de elegibilidad de asistencia médica y verificación, como, por ejemplo, Compass y NaviNet, entre otros. 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 un domicilio válido, 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 mediante 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 (incluyendo 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 petición, se pondrán a disposición del público la Política de ayuda económica, la Solicitud de ayuda económica y un resumen escrito en lenguaje simple.
- Los resúmenes de cuenta de los pacientes incluirán información sobre la disponibilidad de la ayuda económica.
- 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 económica y la Solicitud estarán disponibles en todas las clínicas ambulatorias.
- Si al menos el 5 % de los residentes o 1000 residentes de la comunidad atendida hablan el idioma principal de esa población, la FAP estará disponible en ese idioma.
- La Política de ayuda económica 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 informar a la persona sobre la FAP, y período de 240 días en el que un centro hospitalario debe procesar la solicitud presentada 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 (ECA) contra una persona cuya elegibilidad para la FAP no haya sido determinada antes de los 120 días después de la primera declaración posterior al alta.
- Penn State Health cumple la política 501(r) de facturación y cobro.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

- La ayuda económica se aprueba según los ingresos familiares de acuerdo con las directrices de abajo. Los pacientes que califiquen serán elegibles para recibir atención 100 % gratis para los servicios médicamente necesarios. PSH no cobrará más que la AGB por atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria a las personas no aseguradas elegibles o no elegibles para la FAP.

Cantidad de miembros del grupo familiar	Ingresos brutos	Descuento por ayuda económica
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.

- Para iniciar una evaluación de ayuda económica, se debe completar una Solicitud de ayuda económica. Debe estar completa, firmada por el garante y tener una fecha actual (ver adjunto).
- El paciente debe ser ciudadano o residente legal permanente de los Estados Unidos, o residente de PA (Pensilvania) que pueda aportar prueba de residencia (quedan excluidos los ciudadanos no americanos que vivan fuera de los Estados Unidos).
- El paciente debe presentar una solicitud para Medical Assistance, 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 de terceros aplicable antes de recibir la aprobación para la ayuda económica.
 - Se puede ofrecer ayuda económica parcial a los niños que paguen por cuenta propia y que estén exentos de solicitar Medical Assistance.
- Se deben haber agotado todas las demás opciones de pago de facturas médicas, incluyendo 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 económica.
 - Es posible que no se dé ayuda económica si el paciente tiene activos contables suficientes como para pagar sus facturas, y si la liquidación de dichos activos contables no constituiría una dificultad indebida para el paciente.
 - Se dará ayuda económica 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 dar ayuda económica según la información financiera reunida por la clínica de atención gratuita y lo que esta determine.
 - No están cubiertos por esta FAP los servicios electivos como, entre otros, servicios cosméticos, fecundación in vitro/infertilidad, anteojos, audífonos, implantes penianos, o algunos procedimientos de derivación gástrica ni 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 la ayuda económica.

- El período de elegibilidad para la ayuda económica 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 económica estarán disponibles en el sitio web de PSH, en las clínicas para retirarlas en persona o por correo.
- Se debe entregar la siguiente documentación de respaldo adecuada y completa del grupo familiar para garantizar que el paciente cumpla los criterios de ingresos y de tamaño de la familia.
 - Última declaración de impuestos federales sobre la renta presentada.
 - Últimos cuatro (4) recibos de sueldo.
 - Últimos cuatro (4) estados de cuenta bancaria.
 - 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 económica hasta la liquidación final de la herencia o del litigio).
 - Determinación de Medical Assistance o del Mercado de Seguros Médicos.
 - Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia legal permanente (tarjeta de residencia permanente).
 - Si el grupo familiar no tiene ingresos, una carta de las personas que ayuden con los gastos de subsistencia.
 - Toda información que PSH considere necesaria para evaluar adecuadamente la solicitud de ayuda económica y determinar si el paciente reúne o no los requisitos para la ayuda económica.
- Si la información presentada con la solicitud es insuficiente para tomar una determinación adecuada, se contactará al garante para que presente más información.

MÉTODO Y PROCESO DE EVALUACIÓN

- PSH suspenderá cualquier ECA contra un paciente una vez que el paciente haya presentado una solicitud de FAP, independientemente de que la solicitud esté completa o no.

Los niveles de aprobación para la ayuda económica son:

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

- Una vez revisada la solicitud, se llamará por teléfono y se enviará una carta al paciente o al garante para comunicar la determinación.
- La persona responsable de la determinación respecto de la ayuda económica 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 la ayuda económica y es elegible para recibir los beneficios según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), PSH, como institución, puede 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 económica en las cuentas por cobrar del paciente, se reembolsará a dicho paciente por los pagos anteriores o posteriores que se hayan recibido.
- Los pacientes cuyas cuentas ya se hayan remitido a una agencia de cobranza aún pueden presentar la solicitud y obtener la aprobación para la ayuda económica.
- Si se aprueba la ayuda económica, el miembro del personal correspondiente hará el ajuste en el sistema, identificará y revisará todos los casos abiertos con el número de expediente médico del paciente y aplicará el descuento por ayuda económica.
 - Si no se paga, no se busca asesoría financiera o 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 económica o de la información financiera por siete años, de acuerdo con las políticas de conservación de PSH.
 - Otras solicitudes de ayuda económica 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 en circunstancias atenuantes, 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 ingresos o activos contables personales suficientes 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 económica, pero se obtiene información suficiente sobre sus ingresos o su situación económica 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 pueden imprimirse, a petición.

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 un tercero.

POLÍTICAS RELACIONADAS Y REFERENCIAS

El apéndice de esta política incluye:

- Apéndice A: Proveedores/Servicios cubiertos por el Programa de Ayuda Económica de Holy Spirit Health System.
- Resumen en lenguaje simple y Solicitud de ayuda económica

Nota: Por lo general, Penn State Health Holy Spirit Health System cumplirá este Programa de Ayuda Económica, con las excepciones mencionadas en el apéndice.

APROBACIONES

Autorizado por:	Paula Tinch, vicepresidenta principal y directora financiera
Aprobado por:	Dan Angel, vicepresidente del Ciclo de Ingresos

FECHAS DE ORIGEN Y DE REVISIÓN

Fecha de origen: 10/1/2020

Fechas de revisión:

REVISORES Y COLABORADORES DE CONTENIDO

Directores principales del Ciclo de Ingresos; gerente de Acceso de Pacientes a Asesoría Financiera

Apéndice A

PSH Holy Spirit Health System