



Política de ayuda económica	PFS-053
Servicios financieros para pacientes de St. Joseph Medical Center y Holy Spirit Medical Center	Fecha de entrada en vigor: 26 de enero de 2022

ALCANCE Y OBJETIVO: *El documento se aplica a las personas y los procesos de los 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 checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	Grupo Médico, División de Ejercicio Comunitario
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input type="checkbox"/>	Hampden Medical Center		

DECLARACIONES DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Definir los criterios para solicitar ayuda económica y aprobar la solicitud para los pacientes elegibles que reciben atención médicamente necesaria o de emergencia que da un centro o un proveedor de atención médica cubierto, según la misión de Penn State Health St. Joseph Medical Center (PSH-SJMC) y Holy Spirit Health System (PSH-HSHS).

El apéndice A es una lista de proveedores/servicios de atención médica que están cubiertos o no según 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 costos brutos usando una metodología retroactiva según la norma final 501(R) del IRS. PSH usará esta metodología para calcular el pago promedio de todos los reclamos pagados por compañías de seguros médicos privadas y por Medicare. A las personas elegibles no les cobrarán más que las cantidades generalmente facturadas por la atención de emergencia o médicamente necesaria únicamente. PSH les dará una copia por escrito gratis del actual cálculo de la AGB a 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 (FAP) de las personas.

Facturación de saldos y facturas sorpresa: Según la ley federal, la No Surprises Act (Ley de facturación sin sorpresas), Penn State Health tiene la obligación de proteger a los pacientes de recibir facturas sorpresa que recibirían si el centro o proveedor de Penn State Health que los atiende está fuera de la red de su plan médico. Cuando un proveedor o centro fuera de la red

factura a los pacientes por la diferencia entre lo que su plan médico acordó pagar y la cantidad total que cobra el proveedor o centro fuera de la red por el servicio, esto se denomina “facturación de saldos”. Las “facturas sorpresa” son las facturas de saldos inesperadas. La No Surprises Act protege a los pacientes de recibir una factura más alta cuando un proveedor o centro fuera de la red los atiende por una emergencia, o cuando un proveedor fuera de la red los atiende en un hospital dentro de la red. Si un centro o proveedor de Penn State Health está fuera de la red, Penn State Health no facturará saldos por servicios de emergencia o por servicios posteriores a la estabilización cubiertos.

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 mutuos o beneficios de pensión. Como se define en el Boletín de ayuda médica del Departamento de Servicios de Salud (DHS), los activos contables de los planes de beneficencia y del Programa de Atención Hospitalaria no Compensada (Hospital Uncompensated Care Program) no incluyen los activos no líquidos, como viviendas, vehículos, enseres domésticos, cuentas individuales de jubilación (IRA) y cuentas 401K.

Atención de emergencia: es la atención que recibe un paciente con una condición médica de emergencia y que se define como:

- condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (como dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias, etc.), de modo que, si el paciente no recibe atención médica inmediata, podría suceder lo siguiente:
 - La salud del paciente (o, si es una mujer embarazada, la salud de la mujer o la del feto) estaría en grave peligro.
 - Las funciones corporales se verían gravemente afectadas.
 - Se produciría insuficiencia grave de un órgano o de una parte del cuerpo.
 - Para una mujer embarazada que tenga contracciones, que el tiempo no sea suficiente 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 feto.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) publica el **Índice federal de pobreza** en el Registro Federal todos los años en enero: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Ayuda económica: hace referencia a la capacidad para recibir atención gratis o con descuento. Los pacientes con/sin seguro médico que reciben atención médicamente necesaria, que no son elegibles para recibir cobertura del Estado ni otro tipo de cobertura de seguro y que tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 300 % del Índice 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, ejerciendo un criterio clínico prudente, daría a un paciente para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o síntomas, y que:

- Se dan de conformidad con las normas de la práctica médica generalmente aceptadas.
 - Para tales fines, “las normas de la práctica médica generalmente aceptadas” se refieren 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 en las que se pone en juego 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, lesión o dolencia del paciente.
- No se prestan principalmente por 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 probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico 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-SJMC y PSH-HSHS respetan las *Directrices éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos*.

Presunta ayuda económica: hace referencia a las personas que son presuntos indigentes y que son elegibles para recibir ayuda económica si presentan la información pertinente o si la información se obtiene mediante fuentes tecnológicas que permitan a PSH determinar si son elegibles o no para recibir dicha ayuda. Las fuentes tecnológicas incluyen portales web seguros de elegibilidad y verificación para la ayuda médica, como 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 (WIC), la elegibilidad para cupones de comida, la vivienda para personas de bajos ingresos indicada como un domicilio válido, pacientes fallecidos que no dejan hacienda comprobada o la elegibilidad para los programas financiados por el Estado para obtener medicamentos con receta.

Paciente sin seguro médico: una persona que no tiene cobertura de atención médica mediante una aseguradora externa, un plan según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), el Programa Federal de Atención Médica (incluyendo el Mercado de Seguros Médicos federal o estatal, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare), un seguro de compensación a trabajadores, cuentas de ahorros para gastos médicos u otra cobertura para pagar la totalidad o una parte de la factura. Los pacientes que hayan agotado la cobertura de su seguro médico o que tengan servicios no cubiertos, según lo establecido en su póliza de seguro, no se considerarán pacientes sin seguro médico.

DECLARACIONES DE POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS

AVISO:

- Si se pide, el público puede recibir la Política de ayuda económica, la Solicitud de ayuda económica y un resumen escrito en lenguaje simple.

- Los estados 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 de hospitales y clínicas, y en el sitio web de PSH.
- La Política de ayuda económica 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 FAP se dará en ese idioma.
- La Política de ayuda económica y la solicitud estarán disponibles en los eventos de extensión comunitaria en los que PSH participe.
- Regla de los 120/240 días: período de 120 días en el que el centro hospitalario debe informar a la persona de la FAP y período de 240 días en el que un centro hospitalario debe procesar la solicitud que la persona presentó. PSH enviará avisos durante el período de aviso que finaliza, como mínimo, 120 días después de la fecha del primer estado 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.
- Cuando corresponda, PSH cumplirá la No Surprises Act.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

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

Tamaño del grupo familiar	Ingresos brutos	Descuento por ayuda económica
1	\$40,770.00	100 %
2	\$54,930.00	100 %
3	\$69,090.00	100 %
4	\$83,250.00	100 %
5	\$97,410.00	100 %
6	\$111,570.00	100 %
7	\$125,730.00	100 %
8	\$139,890.00	100 %

* Para las familias con más de 8 (ocho) miembros, se deben agregar \$14,160.00 por cada persona extra.

- Para iniciar una evaluación de ayuda económica, se debe completar una solicitud de ayuda económica. Dicha solicitud debe estar completa, estar firmada por el garante y tener una fecha actual (consultar adjunto).
- El paciente debe ser ciudadano o residente legal permanente de Estados Unidos o residente de Pensilvania (PA) que pueda aportar prueba de residencia (quedan excluidos los ciudadanos no americanos que viven fuera de Estados Unidos).
- El paciente debe presentar una solicitud para ayuda médica, para el Mercado de Seguros Médicos federal o estatal (a menos que se dé un comprobante de exención) o para cualquier otra fuente de pago pertinente de terceros antes de tener la aprobación para recibir ayuda económica.
 - Se puede dar ayuda económica parcial a los menores que paguen por cuenta propia y que estén exentos de solicitar ayuda médica.
- Se deben haber agotado todas las demás opciones de pago de facturas médicas, incluyendo, entre otras, la recaudación de fondos privada o eclesiástica, las subvenciones o los programas de beneficencia. La falta de cooperación del paciente o del garante para buscar opciones de pago alternativas podría excluirlo de la consideración para recibir ayuda económica.
 - Es posible que no se dé ayuda económica si el paciente tiene suficientes activos contables para pagar sus facturas y si la liquidación de dichos activos contables no causaría 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**.
 - Gracias a 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 recogida y según lo determine la clínica de atención gratis.
 - Los servicios electivos como, entre otros, las cirugías estéticas, la fecundación in vitro/el tratamiento contra la infertilidad, los anteojos, los audífonos, los implantes penianos o algunos procedimientos de derivación gástrica, y cualquier otra restricción que cumpla las *Directrices éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos* no están cubiertos por esta FAP.
 - Los planes de seguro por ingresos con saldos de copago y deducible para el paciente pueden considerarse elegibles para recibir ayuda económica.
 - El período de elegibilidad para recibir ayuda económica es de un año. PSH tiene derecho a pedir una nueva solicitud y una nueva evaluación sobre la capacidad del paciente para pagar, según lo considere 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 presentar 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 familia.
 - Última declaración presentada de impuestos federales sobre la renta.
 - 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 haciendas o deudas (la ayuda económica no se considerará hasta la liquidación final de la hacienda o del litigio).
 - Determinación de ayuda médica o del Mercado de Seguros Médicos.
 - Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia legal permanente (tarjeta de residencia).
 - Una carta de las personas que ayudan con los gastos de subsistencia si el grupo familiar no tiene ingresos.
 - Toda información que PSH considere necesaria para evaluar adecuadamente la solicitud de ayuda económica y determinar si el paciente califica para recibir dicha ayuda.
- Si la información de la solicitud es insuficiente para tomar una determinación adecuada, se contactará al garante para que dé más información.

MÉTODO Y PROCESO DE EVALUACIÓN

- PSH suspenderá todas las ECA contra un paciente cuando este haya presentado una solicitud de ayuda económica, independientemente de que la solicitud esté completa o no.

Estos son los niveles de aprobación para recibir ayuda económica:

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

- En cuanto se haya revisado la solicitud, se hará una llamada telefónica y se enviará una carta al paciente o al garante para comunicar la determinación.
- La persona responsable de la determinación de ayuda económica registrará la cuenta del paciente en el sistema de facturación según corresponda 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 económica y es elegible para recibir los beneficios según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), PSH, como institución, podría elegir pagar la prima mensual del seguro.
- Después de la aprobación para recibir ayuda de beneficencia, las deudas informadas a cualquier agencia de información crediticia se retirarán en un plazo de 30 días.
- Cuando se hayan hecho los ajustes de ayuda económica en las cuentas por cobrar del paciente, 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 cobro aún pueden presentar la solicitud y obtener la aprobación para recibir 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 solicitará el descuento por ayuda económica.
 - Si no se paga, no se busca asesoría financiera o no se presenta ni se completa la solicitud, se podrían tomar las medidas que se detallan en la **Política de cobros y créditos para pacientes RC-002**.
 - Se conservará una copia de la solicitud de ayuda económica o de la información financiera durante siete años según las políticas de conservación de PSH.
 - Las otras solicitudes de ayuda económica del mismo año calendario podrían no requerir documentación de respaldo, a menos que se haya modificado la información que ya está registrada.
 - La gerencia puede usar su criterio para circunstancias atenuantes, por ejemplo:
 - 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 muy grave.
 - 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.
 - El paciente está dispuesto a pedir dinero prestado para pagar, pero no califica para recibir 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 completó una solicitud de ayuda económica, pero se obtiene información suficiente sobre sus ingresos/su situación económica para tomar una decisión.

Todas las políticas a las que se hace referencia en este documento se pueden consultar en el sitio web de PSH y pedir en forma impresa.

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 ella 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 St. Joseph Regional Medical Center.
- Apéndice B: 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 St. Joseph Medical Center y Holy Spirit Health System cumplirán este Programa de ayuda económica, excepto por lo mencionado en el Apéndice.

APROBACIONES

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

FECHA DE CREACIÓN Y DE REVISIÓN

Fecha de origen: 10/1/2020

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

Revisado: 10/10, 1/12, 12/14, 2/16. Fechas de reemplazo: 10/10 (política); 6/17, 2/18, 10/18, 11/18, 2/19, 1/20, 3/21. Se combinaron las políticas de Holy Spirit Medical Center y St. Joseph Medical Center. Se quitó la política de SJMC n.º ADM-CRP-008, 11/21

REVISORES Y COLABORADORES DE CONTENIDO

Directores sénior del Ciclo de Ingresos; gerente de Acceso de pacientes a asesoría financiera

Apéndice A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Proveedores/Servicios cubiertos por el Programa de ayuda económica

***Consulte “Proveedores/Servicios no cubiertos por el Programa de ayuda económica”.**

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



Proveedores/servicios no cubiertos por el Programa de ayuda económica

- Cirugía estética
- Algunos procedimientos de derivación gástrica
- Toda restricción que cumpla las *Directrices éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos*.

Para los médicos no empleados por Penn State Health, esta política no se aplica a sus honorarios. El pago de los honorarios profesionales facturados por estos proveedores de atención médica es responsabilidad del paciente y no califica para un descuento ni para ayuda económica según esta política. Esta política solo se aplica a las tarifas del centro por atención de emergencia u otros tipos de atención médicamente necesaria que se dan en Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Apéndice B

PSH Holy Spirit Health System