

Política de asistencia financiera	PFS-051
Ciclo de Ingresos de Penn State Health – Servicios financieros para los pacientes	Fecha de vigencia: 1/7/2017

PROPÓSITO

Definir los criterios en los que se solicita y aprueba la ayuda financiera para los pacientes que califican y reciben atención de emergencia y otros tipos de atención médica necesaria de acuerdo con la misión de Penn State Health Hershey Medical Center (PSHHMC).

ÁMBITO

Todo el personal que pueda tener contacto con un paciente que exprese inquietudes financieras.

DEFINICIONES

Asistencia financiera hace referencia a la capacidad para recibir atención gratuita o con descuento. Los pacientes que están con o sin seguro médico y reciben atención médica 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 con el auspicio de esta política.

Paciente sin seguro médico hace referencia a una persona que no tiene cobertura de atención médica a través de ningún asegurador de terceros, un plan en virtud de la ley ERISA, el Programa Federal de Atención Médica (incluidos el Mercado Estatal y Federal de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare), Compensación para trabajadores, Cajas de ahorros para gastos médicos u otra cobertura para el pago de toda o parte de la factura. Los pacientes que ya no cuentan con cobertura del seguro médico o que tienen servicios no cubiertos, según lo detallado en su póliza de seguro, no se considerarán como pacientes sin seguro.

Asistencia financiera con presunción hace referencia a aquellas personas que son presuntos indigentes y que son elegibles para recibir Asistencia financiera cuando el paciente brinda la información pertinente o cuando se hace a través de fuentes tecnológicas que permiten que PSHHMC determine que el paciente reúne los requisitos para obtener tal ayuda. Entre los factores que respaldan un acto de beneficencia con presunción, se incluyen, entre otros, vivir en la calle, no tener ingresos, elegibilidad para Women's, Infants' and Children's Programs (Programas para Mujeres, Bebés y Niños o WIC, por sus siglas en inglés), elegibilidad para cupones de alimentos, vivienda de bajos ingresos incluida como dirección válida, pacientes fallecidos sin conocimiento de herencias o elegibilidad en programas de recetas de medicamentos financiados por el estado.

El término **Medicamento necesario** hace referencia a los servicios de atención médica que un proveedor, al ejercer un criterio clínico prudente, ofrecería a un paciente a los efectos de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o síntomas y que cumplen con los siguientes requisitos:

- (1) Están en conformidad con los estándares de ejercicio médico, generalmente aceptados.
 - (a) Por estos motivos, “los estándares de ejercicio médico generalmente aceptados” hacen referencia a los estándares que se basan en evidencia científica veraz publicada en literatura médica revisada por los pares, que esté generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o que esté en coherencia con las normas establecidas en las publicaciones de políticas que involucren el criterio clínico.
- (2) Son clínicamente adecuados, en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración y, a su vez, se consideran efectivos para la enfermedad o lesión del paciente.
- (3) No son principalmente para comodidad 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 o lesión de ese paciente.
- (4) Los servicios, artículos o procedimientos considerados en fase de investigación o experimental se abordarán según el caso.

Los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza son publicados por el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales o HHS, por sus siglas en inglés) en el Registro Federal todos los años en enero. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Definición de Monto generalmente cobrado (AGB, por sus siglas en inglés): el PSHHMC calcula el AGB o el límite en los gastos brutos utilizando una metodología retroactiva de conformidad con la norma final de IRS 501R. PSHHMC utilizará esta metodología para calcular el pago promedio de todos los reclamos abonados por las compañías de seguro médico privadas y Medicare. A las personas elegibles no se les cobrará más que los montos generalmente cobrados para la emergencia o la atención médica necesaria. PSHHMC pondrá a disposición una copia escrita y gratis del actual cálculo del AGB para los pacientes que la soliciten.

Activos contables se definen como 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 el Programa de atención hospitalaria no compensada no incluyen activos no líquidos, como viviendas, vehículos, enseres domésticos, cuentas IRA y cuentas 401K.

DECLARACIONES DE LA POLÍTICA Y/O PROCEDIMIENTO

NOTIFICACIÓN:

- a) A pedido, se pondrán a disposición del público la Política de Asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés), la Solicitud de asistencia financiera y un resumen escrito en un lenguaje simple.
- b) Los resúmenes de cuentas de los pacientes incluirán información sobre la disponibilidad de la asistencia financiera.
- c) 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 PSHHMC.
- d) La Política de Asistencia financiera y la solicitud estarán disponibles en todos los centros de clínicas de cuidado ambulatorio.
- e) Si el idioma principal de una población constituye más del 10 % de los residentes en el área geográfica de PSHHMC, la FAP estará disponible en ese idioma.
- f) La Política de Asistencia financiera y la solicitud estarán disponibles en los eventos de servicio a la comunidad en los que participe PSHHMC.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

- a) La Asistencia financiera se aprueba según los ingresos familiares que estén por encima del 300 % del Nivel Federal de Pobreza. Los pacientes que califiquen serán elegibles para una atención gratuita en un 100 % para los servicios médicos necesarios en los que incurran.
- b) Una evaluación para la Asistencia financiera empieza al completar una Solicitud de asistencia financiera. Debe estar completa, firmada por el garante y tener fecha reciente. (Vea el anexo)
- c) El paciente debe ser ciudadano estadounidense o residente legal permanente. (Debe haber residido en los Estados Unidos durante al menos un año)
- d) El paciente debe hacer una solicitud para la Asistencia médica, Mercado Federal o Estatal de Seguros (a menos que entregue el comprobante de exención) o cualquier otra fuente de pago aplicable de terceros antes de recibir la aprobación para recibir la Asistencia financiera.
- e) Todas las demás opciones de pago de facturas médicas se agotaron, entre las que se incluyen, entre otros, la recaudación de fondos privada o de alguna iglesia, subvenciones o programas de beneficencia. La falta de cooperación por parte del paciente o garante al momento de buscar opciones alternativas de pagos podría excluirlos de la consideración para recibir la Asistencia financiera.

(1) Es posible que no se ofrezca Asistencia 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.

Se le otorgará Asistencia financiera a cualquier paciente fallecido según los criterios establecidos en la **RC-12 Política de resolución de cuentas de garantes/pacientes fallecidos.**

- (2) Como resultado de los programas con clínicas de atención gratuita (por ejemplo, Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.), se puede otorgar Asistencia financiera según la información financiera recopilada y según lo determine la clínica que ofrece atención gratuita.
- (3) Los servicios, artículos o procedimientos se consideran de carácter electivo, como por ejemplo, entre otros, cosméticos, servicios *in vitro*/por infertilidad, anteojos, audífonos o algunos procedimientos de derivación gástrica, etc.
- (4) Los planes de seguro según los ingresos con saldos de copago y deducible para el paciente pueden considerarse elegibles para la Asistencia financiera.
- (5) El período de elegibilidad para la Asistencia financiera es de un año. PSHHMC tiene derecho a requerir una nueva solicitud y evaluación sobre la capacidad del paciente para pagar, según su criterio.

PROCEDIMIENTO DE LA SOLICITUD:

- a) Las solicitudes de Asistencia financiera estarán disponibles en el sitio web de PSHHMC, personalmente en cualquier clínica o por correo postal.
- b) Se debe entregar la siguiente documentación de respaldo correspondiente y completa sobre el grupo familiar, con el fin de garantizar que el paciente reúna los criterios de tamaño familiar e ingresos.
 - (1) Declaración del Impuesto Federal sobre la Renta presentado más recientemente
 - (2) Los cuatro (4) recibos de nómina más recientes
 - (3) Los cuatro (4) resúmenes bancarios más recientes
 - (4) Determinación de los ingresos del seguro social
 - (5) Ingresos por desempleo
 - (6) Ingresos jubilatorios
 - (7) Confirmación de la distribución de liquidación de herencias o deudas (la Asistencia financiera no se considerará hasta que se realice la liquidación final de la herencia o litigio)
 - (8) Determinación de la Asistencia médica o Mercado de seguros médicos
 - (9) Comprobante de la ciudadanía o estado de residencia permanente y legítimo (tarjeta de residencia)
 - (10) Si no hay ingresos en el grupo familiar, una carta de la(s) persona(s) que está(n) ayudando con los gastos de subsistencia

(11) Toda información que PSHMC considere necesaria para revisar adecuadamente la Solicitud de asistencia financiera para determinar si el paciente califica o no para recibir la Asistencia financiera.

- c) Si la información proporcionada con la solicitud es insuficiente para realizar una determinación adecuada, se procederá a comunicarse con el garante para que proporcione información adicional.

MÉTODO Y PROCESO DE EVALUACIÓN

- a) Los Niveles de aprobación para la Asistencia financiera son los siguientes:

Nivel del personal:	Asesores financieros	Asociado sénior	Gerente de equipo/Gerente	Director del Ciclo de Ingresos	Vicepresidente del Ciclo de Ingresos-Operaciones o Director financiero
Monto:	<\$500	<\$5.000	<\$25.000	<\$50.000	>\$50.000

- b) Una vez que se revise la solicitud, se hará una llamada telefónica y se enviará una carta al paciente o garante para comunicarles la decisión.
- c) La persona que toma la decisión de asistencia financiera documentará la cuenta del paciente en el sistema de facturación en conformidad y firmará el formulario “Solicitud de revisión”. Se remitirá la cuenta al miembro idóneo del personal para que le dé el procesamiento adicional.
- d) Si un paciente califica para recibir la Asistencia financiera y es elegible para los beneficios en virtud de la ley COBRA, PSHHMC, como institución, podría elegir pagar la prima del seguro mensual.
- e) Tras la aprobación de beneficencia, se revocarán las deudas informadas a alguna agencia de información crediticia en un plazo de 30 días.
- f) Una vez que se hayan hecho los ajustes de asistencia financiera en las cuentas por cobrar del paciente, se le reembolsarán los pagos anteriores o calificados que se recibieron.
- g) Los pacientes cuyas cuentas ya se derivaron a una agencia de cobros aún pueden hacer la solicitud y obtener la aprobación para recibir asistencia financiera.
- h) Si se aprueba la Asistencia financiera, el miembro del personal correspondiente ingresará el ajuste en el sistema e identificará y revisará todos los casos abiertos bajo el número de registro médico del paciente y solicitará el descuento por asistencia financiera.

- (1) Si no se busca asesoramiento financiero o no se presenta o completa en su totalidad la solicitud, esto podría resultar en las acciones que se describen en [RC-002 Políticas de Crédito y Cobros para Pacientes](#).
- (2) Se conservará una copia de la Solicitud de asistencia financiera o de la información financiera durante siete años de acuerdo con las políticas de conservación de PSHHMC.
- (3) Las solicitudes adicionales de Asistencia financiera en el mismo año calendario podrían no requerir de documentación de respaldo, a menos que se haya modificado la información que ya se tiene en los expedientes.
- (4) La gerencia puede aplicar su criterio para circunstancias extenuantes, tales como las siguientes, entre otras (se incluyen algunos ejemplos):
 - (i) Los ingresos del paciente están por encima de los lineamientos de beneficencia; sin embargo, su deuda médica supera los ingresos anuales debido a un evento médico catastrófico.
 - (ii) 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.
 - (iii) El paciente está dispuesto a tomar dinero prestado para pagar pero no califica para 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 asistencia financiera pero se obtiene información suficiente sobre sus ingresos/situación financiera como para que se tome una decisión.

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

Esta política establece un objetivo benéfico y voluntario por parte de Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center. En consecuencia, no se interpretará que esta política ni una posible violación de la misma pueda crear una obligación legal por parte del hospital o ningún derecho para cualquier paciente o tercero.

DOCUMENTOS Y REFERENCIAS RELACIONADOS

El anexo a esta política incluye:

1. [PFS-051 - Lineamientos de Nivel Federal de Pobreza](#)
2. [PFS-051 - Anexo de lista de proveedores](#)
3. [PFS-051 - Anexo de sitios de proveedores](#)
4. [Resumen en lenguaje simple y Solicitud de Asistencia financiera](#)

APROBACIONES

	Nombre	Cargo	Fecha
Autorizado por:	Paul Swinko	Director financiero	1/7/2017
Aprobado por:	Dan Angel	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos-Operaciones	1/7/2017

FECHA DE ORIGEN Y REVISIONES

Fecha de origen: 1/10/2010

Fecha(s) de revisión: 10/10, 02/16, 6/17

Se modificó el: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – Se reemplazó el 10/10 Póliza; 6/17

REVISORES DEL CONTENIDO Y COLABORADORES

Directores de Ciclo de Ingresos-Operaciones Hospitalarias y Profesionales