

INSTALACIÓN: Reading Hospital	
MANUAL: Organizacional (Administrativo)	CARPETA: Derechos y responsabilidades del individuo
TÍTULO: Ayuda financiera para el paciente	TITULAR DEL DOCUMENTO: Director de Acceso del paciente
ADMINISTRADOR DEL DOCUMENTO: Vicepresidente del Ciclo de ingresos	PALABRAS CLAVE:
FECHA ORIGINAL: Junio de 2004	FECHA DE REVISIÓN: Noviembre de 2015, mayo de 2016, septiembre de 2017, Marzo de 2019

ALCANCE:

A los fines del presente documento, la abreviatura RHS corresponde a las siguientes entidades subsidiarias de Reading Health System (RHS): Reading Hospital (incluso Reading Health Rehabilitation Hospital) y Reading Health Physician Network. Esta política y este procedimiento no se aplican a los médicos no empleados que brindan atención a pacientes de RHS.

PROPÓSITO:

Garantizar que se establezcan y se practiquen procedimientos estándar a través de RHS en relación con la identificación y la asistencia sistemática de los pacientes que necesitan ayuda financiera. RHS se designa como una organización benéfica en virtud del Artículo 501(c) (3) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés). De conformidad con el Artículo 501(r) del IRC, se requiere establecer y difundir ampliamente la política de ayuda financiera de la organización. La intención de la política es identificar y atender a pacientes con necesidades financieras, así como crear una mayor conciencia de la disponibilidad de ayuda financiera en todo el sistema de salud y la comunidad.

POLÍTICA:

Como parte de la misión de RHS de brindar atención de salud compasiva, accesible, de alta calidad y rentable a la comunidad, se reconoce que no todos los pacientes tienen la misma capacidad de pagar por los servicios médicos. RHS divulgará ampliamente la disponibilidad de ayuda financiera para la comunidad a través del sitio web del Sistema de Salud, folletos y participación con grupos de defensa de la comunidad. Los asesores financieros instruirán a los pacientes y a las familias con respecto a los recursos disponibles y brindarán asistencia con la solicitud de ayuda financiera y el proceso de aprobación, para garantizar que todos los pacientes continúen teniendo la oportunidad de acceder a la atención que necesitan.

DEFINICIONES:

Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés): La Sección 501(r)(5)(A) requiere que una organización hospitalaria limite los montos cobrados por emergencias u otra atención médicamente necesaria brindada a las personas elegibles para asistencia bajo el Programa de ayuda alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés) de la organización (individuos elegibles para el Programa de ayuda alimentaria) a no más de las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Los Montos

generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) se calculan utilizando el método prospectivo basado en la tarifa de Medicare para las tarifas de servicio.

EMTALA (Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto): requisito reglamentario federal que establece que todos los hospitales que acepten pagos de Medicare deben proporcionar atención a todos los pacientes que lleguen a su departamento de emergencia para recibir tratamiento, independientemente de la ciudadanía del paciente, su situación legal en los Estados Unidos o su capacidad para pagar por los servicios.

Pautas Federales de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): estas pautas se publican anualmente en el registro federal y se utilizan para determinar una referencia para el nivel de pobreza. El Departamento de Salud y Servicios Humanos publica esta información estadística.

Ayuda financiera: atención médica que se brinda a los pacientes sin expectativa del pago por los servicios, en su totalidad o en parte, según lo determine la incapacidad financiera del paciente.

Garante: el individuo que es legal y financieramente responsable del pago de la factura de un paciente.

Servicios por sumas elevadas: para los fines de esta política, los servicios por sumas elevadas se definen, sin carácter restrictivo, como los servicios generados por departamentos de alto costo, como diagnóstico por imágenes de alta gama, cardiología, servicios perioperatorios, admisiones programadas y servicios respiratorios, como así también servicios de terapia ambulatoria.

Composición del hogar: se determina por el tamaño del hogar fiscal. El tamaño del hogar incluye, a mero título ilustrativo, al declarante de impuestos, el cónyuge del declarante de impuestos y otras personas a cargo a los fines fiscales.

Ingresos del hogar: los ingresos de quienes residen en el hogar incluyen, entre otros, salarios, intereses, dividendos, beneficios del Seguro Social, beneficios de veteranos, pensiones e ingresos del cónyuge. A los fines de la elegibilidad para recibir ayuda financiera, ejemplos de los ingresos que se excluyen son los beneficios de ayuda temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), los beneficios del programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), los beneficios del programa de asistencia para el pago de energía en hogares de bajos ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y los beneficios de acondicionamiento contra las inclemencias del tiempo.

Medicaid: un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Servicios médicamente necesarios: servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplan con las normas aceptadas de la medicina.

Pacientes presuntamente elegibles: pacientes que se supone que son elegibles para recibir ayuda financiera en función de circunstancias de la vida tales como falta de vivienda, ingreso nulo o elegibilidad previa para programas de ayuda financiera.

Pacientes subasegurados: pacientes que tienen cobertura de seguro que resulta en una alta responsabilidad financiera del paciente para el pago de sus facturas médicas.

Pacientes no asegurados: pacientes que no tienen cobertura de seguro disponible para sus necesidades médicas.

PROCEDIMIENTO:

1) Creación de conciencia sobre la opción de ayuda financiera para el paciente

- a) La política actual de ayuda financiera y las solicitudes de ayuda financiera están disponibles, en inglés y en español, en: <https://reading.towerhealth.org/patients-families/billing-and-insurance/financial-assistance/>. Además, Tower Health conserva y actualiza, al menos de forma trimestral, una lista de todos los proveedores (identificados por nombre, grupo de práctica/entidad, departamento del hospital u otro tipo de servicio) que prestan servicios de emergencia u otros cuidados médicos necesarios en Reading Hospital; esta lista especifica los proveedores que están cubiertos por esta política de ayuda financiera para pacientes y los que no lo están. Esta lista de proveedores está disponible en línea en la siguiente dirección web de Reading Hospital: <https://reading.towerhealth.org/find-doctor>, y puede obtener una copia en papel de forma gratuita comunicándose con The Referral Line (Línea de referencias) al 484-628-HELP. Las tarifas por los servicios proporcionados por médicos que no son empleados de Reading Hospital están excluidas de la política de ayuda financiera.
- b) Folletos impresos en inglés y español estarán disponibles en el hall y las áreas de espera en todo RHS. Estos folletos proporcionan un resumen del programa de ayuda financiera fácil de leer, con información de contacto de los empleados de RHS que ayudarán a los pacientes con el proceso de solicitud. Estos folletos también se distribuyen a los pacientes en los puntos de registro en todo RHS. Los pacientes que no tienen seguro o que manifiestan incapacidad para pagar en el punto de servicio reciben el folleto. Los pacientes de emergencia en estas situaciones reciben el folleto en el momento del alta.
- c) El estado de cuenta del paciente por los servicios de RHS contiene orientación e instrucciones sobre la disponibilidad del programa de ayuda financiera. Además, el reverso del estado de cuenta es una solicitud de ayuda financiera.
- d) RHS trabajará en estrecha colaboración con los programas de promoción en la comunidad. La disponibilidad de la política de ayuda financiera de RHS se comparte con esas agencias. Algunos ejemplos son Berks Western Clinic, Opportunity House, Berks Encore, Berks Community Health Center y el Centro Hispano Daniel Torres, así como también la Oficina de Asistencia del Condado.

2) Identificación de pacientes que necesitan ayuda financiera para servicios médicamente necesarios:

- a) Como resultado del proceso de verificación de cobertura de los servicios financieros para pacientes de RHS, habrá oportunidad de identificar a los pacientes no asegurados y a los pacientes con seguro insuficiente. Los recursos de asesoramiento financiero de RHS ayudarán a estos pacientes con el proceso de solicitud de Medicaid.
- b) Los pacientes a los que se les niega la cobertura de Medicaid o que son evaluados y se determina que no cumplen con los criterios de cobertura de Medicaid serán considerados para el programa de ayuda financiera para el paciente.
- c) Los servicios financieros para pacientes de RHS utilizarán los recursos de elegibilidad disponibles para determinar la cobertura de seguro y los beneficios disponibles para todos los pacientes. Para los pacientes programados, la verificación de la cobertura tendrá lugar antes de la llegada del paciente para todos los servicios por sumas

elevadas (por ej., resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (TC), procedimientos quirúrgicos, servicios de cardiología). A los pacientes programados que reciben servicios que no están definidos como por sumas elevadas, así como a los pacientes no programados, se les verificará la cobertura en el momento del ingreso. Como resultado de la verificación del proceso de cobertura, se puede solicitar a los pacientes que paguen el monto de su responsabilidad del paciente confirmada antes del ingreso. A los pacientes de emergencia se les hará una verificación de cobertura después del examen de detección en el punto de atención médica, según lo exigen las pautas de EMTALA.

- d) La política de facturación y cobranza del Brandywine Hospital describe el proceso mediante el cual el Brandywine Hospital cobrará y facturará a los pacientes no asegurados, y continuará el cobro de los saldos pendientes. La tasa no asegurada es del 70% de los Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) y se aplica en el momento en que se realiza un pago inicial. Esta política separada de facturación y cobro del Brandywine Hospital está disponible en línea en el sitio web del Brandywine Hospital, y se puede obtener una copia en papel, sin cargo, enviando un correo electrónico a call.center@towerhealth.org o llamando al 484-628-5683.

3) Determinación de elegibilidad para ayuda financiera

- a) Los pacientes que buscan o han recibido servicios médicamente necesarios y que demuestran incapacidad para pagar los servicios serán considerados para la política de ayuda financiera.
- b) Los pacientes de otro país que están de visita y requieren servicios de emergencia son elegibles para la consideración para recibir ayuda financiera. No obstante, los pacientes que visitan los Estados Unidos con la intención de recibir atención que no es de emergencia, por lo general, no son elegibles para recibir ayuda financiera.
- c) Se solicitará a los pacientes que proporcionen una verificación de los ingresos del hogar junto con los nombres de las personas que residen en el hogar como un requisito del proceso de solicitud. Esta información se utiliza para determinar dónde se ubica el hogar en las Pautas Federales de Nivel de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). La categoría de FPL determinará el monto de la contribución del paciente o el garante a su factura médica según lo indicado en el cuadro a continuación:
- d) Se asigna un monto de asignación a cada categoría del Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) y se calcula utilizando el porcentaje asignado de la tarifa de Medicare por tarifa de servicio. Para los pacientes que superan el 400% del Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), se aplica la tarifa sin seguro.

Categoría FPL	Subsidio	Pago máximo del paciente por encuentro/visita
= < 200% del FPL	subsidio de ayuda financiera del 100%	\$0
entre 201% y hasta 250% del FPL	subsidio del 90% en la tasa de Tarifa por Servicio (FFS, por sus siglas en inglés) del Informe de Costos de Medicare (MCR, por sus siglas en inglés)	\$300
entre 251% y hasta 300% del FPL	subsidio del 80% en la tasa de FFS del MCR	\$500
entre 301% y hasta 350% del FPL	subsidio del 70% en la tasa de FFS del MCR	\$1,000
entre 351% y hasta 400% del FPL	subsidio del 50% en la tasa de FFS del MCR	\$2,000

- e) También se puede determinar que los pacientes son presuntamente elegibles para recibir ayuda financiera en función de sus circunstancias actuales. RHS utilizará todos los recursos disponibles para verificar la presunta elegibilidad. Por ejemplo: se tendrán en cuenta los recursos de verificación electrónica, las cartas de administración de los miembros de la familia o albergues, o la propia descripción del paciente de sus circunstancias de vida actual. Los pacientes que estén calificados para una presunta elegibilidad recibirán ayuda financiera del 100%.
- f) Se recomienda a los pacientes que comiencen a solicitar ayuda financiera lo antes posible en el proceso de acceso a la atención médica. Cuanto antes RHS tome conocimiento de la necesidad financiera, mayor será la oportunidad de conectar exitosamente al paciente con recursos potenciales como Medicaid u otra asistencia o programas de seguro. Si bien lo ideal es iniciar el proceso lo antes posible, los pacientes son elegibles para solicitar una consideración para ayuda financiera en cualquier momento del ciclo de facturación y cobro. Si la solicitud de ayuda financiera se inicia mientras la cuenta se encuentra en el proceso de cobro, la actividad de cobro cesará hasta que se haya determinado la elegibilidad.
- g) A los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera se les cobrará menos que los cargos brutos por cualquier atención no urgente y no médicamente necesaria que brinde el hospital.
- h) Las decisiones relativas a la elegibilidad para recibir ayuda financiera se tomarán dentro de los catorce días posteriores a la recepción de una solicitud de ayuda financiera completa. Se revisarán las solicitudes incompletas y se realizarán intentos de comunicarse con el paciente/garante para obtener información adicional. Se enviará al paciente una carta de confirmación en inglés y español y un estado de cuenta del paciente revisado que describa el resultado de la decisión. El estado de cuenta revisado tendrá en cuenta cualquier excedente de pago realizado por el paciente para determinar el monto adeudado.
 Cuando se apruebe la ayuda financiera, la carta de confirmación también servirá como un medio para especificar el período de tiempo cubierto por la determinación de ayuda financiera. La carta de confirmación contendrá un nombre de contacto para que el paciente lo conserve como referencia y un recurso para preguntas adicionales.
- i) Si la ayuda financiera no se aprueba, se enviarán cartas en inglés y español que describan los motivos de la decisión, así como información sobre otras opciones de

pago. Si los pacientes desean apelar la decisión tomada, también se proporcionarán instrucciones sobre el proceso de apelación.

- j) Los pacientes o garantes que no estén de acuerdo con el resultado de la decisión de elegibilidad para ayuda financiera tendrán la oportunidad de apelar la decisión. La revisión de la solicitud de apelación será responsabilidad del Director de Acceso del Paciente, el Vicepresidente del Ciclo de ingresos y, de ser necesario, el Vicepresidente Sénior y el Director Financiero.

PAUTA:

PROTOCOLO DEL PROVEEDOR:

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN:

El equipo de Administración de Acceso del paciente será responsable de la educación anual sobre las expectativas cubiertas en esta política. Los empleados nuevos de Acceso del paciente recibirán la capacitación como parte de su orientación inicial.

REFERENCIAS:

APROBACIONES DEL COMITÉ/CONSEJO:

CANCELACIÓN:

El contenido de este documento reemplaza todas las políticas, los procedimientos, los protocolos, las pautas, los memorandos u otras comunicaciones anteriores correspondientes a este documento.