

 Sheppard Pratt		Policy Number: HS-130.4.a
		Page 1 of 6
Manual: Sheppard and Enoch Pratt Hospital Administrative Manual		Effective: 2/26/2021
Section: 100 - Health System	Sub-section: 130 - Finance	Prepared by: Kelly Savoca
Title: Financial Assistance – Patient Financial Services - Spanish		

## **POLÍTICA:**

Sheppard Pratt Health System (el "Sistema de Salud") tiene por objeto proporcionar a los pacientes atención médica y servicios de la más alta calidad. Para ayudar a nuestros pacientes, ofrecemos asistencia financiera a los pacientes que no puedan pagar los servicios prestados y que cumplan los criterios establecidos en la presente política de asistencia financiera ("PAF"), independientemente de su raza, color, religión, ascendencia u origen nacional, sexo, edad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética o en función de su discapacidad.

## **OBJETIVO:**

Establecer los criterios de elegibilidad y el proceso de solicitud/aprobación de asistencia benéfica para los clientes del Sistema de Salud.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **1. Definiciones**

Montos facturados normalmente o AGB, por sus siglas en inglés: Los montos normalmente facturados por la atención médica de urgencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubre dichos servicios, como se explica en el apartado 3 del presente documento.

Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos: La sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y los reglamentos promulgados en virtud de este, según se modifique periódicamente.

Atención de emergencia: La atención inmediata necesaria para evitar que la salud del paciente corra grave peligro, el deterioro grave de las funciones corporales o que algún órgano o parte del cuerpo sufra una disfunción grave.

Cargos brutos: El importe total cobrado por el Sistema de Salud por los bienes y servicios antes de la aplicación de descuentos, ajustes contractuales o deducciones.

Hogar: A la hora de determinar los ingresos familiares/del hogar de un paciente, se considerará que el hogar está formado por el paciente y cualquiera de las siguientes personas: (i) un cónyuge, independientemente de si el paciente y el cónyuge prevén presentar una declaración de impuestos federal o estatal conjunta; (ii) hijos biológicos, hijos adoptados o hijastros; y (iii) cualquier persona por la que el paciente reclame una exención personal en una declaración de impuestos federal o estatal. En el caso de que el paciente sea un niño, el hogar estará formado por el niño y las siguientes personas: (i) padres biológicos, padres adoptados o padrastros o tutores; (ii) hermanos biológicos, hermanos adoptados; o (iii) hermanastros; y (iii) cualquier persona por la que los padres o tutores del paciente reclamen una exención personal en una declaración de impuestos federal o estatal.

Atención médicamente necesaria: Los servicios o la atención médica que se determinan como necesarios desde el punto de vista médico, tras la determinación del mérito clínico por parte del médico que los admite o de otro médico autorizado.

Paciente: Aquellas personas que reciben atención médica de urgencia o médicamente necesaria en el Sistema de Salud y las personas responsables económicamente de la atención de un paciente.

Elegibilidad presunta: El proceso mediante el cual el Sistema de Salud puede utilizar determinaciones de elegibilidad anteriores o información de fuentes distintas a la persona para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

No asegurado: Aquellos pacientes sin seguro o sin asistencia de terceros para ayudar a resolver su responsabilidad financiera con los proveedores de servicios médicos.

Seguro insuficiente: Los pacientes que tienen una cobertura médica limitada, o una cobertura que deja al paciente con obligaciones a su propia cuenta y, por lo tanto, pueden requerir asistencia financiera.

Persona responsable: En relación con los servicios prestados por el Sistema de Salud, son el paciente, el garante de la cuenta u otras personas responsables del pago de dichos servicios.

## 2. Requisitos para la asistencia financiera

### A. Criterios generales

Entre los servicios que pueden cumplir los requisitos de la asistencia financiera son: la atención de urgencia, los servicios considerados médicamente necesarios por el Sistema de Salud y, en general, la atención que no es electiva y que es necesaria para evitar la muerte o los efectos perjudiciales para la salud del paciente.

Por otro lado, los servicios que no se consideren de urgencia o médicamente necesarios, según lo establece el Sistema de Salud a su entera discreción, no son elegibles para la asistencia financiera bajo esta PAF. Entre los servicios excluidos se incluyen, entre otros, los servicios electivos, los Programas Educativos, el Retiro y la Casa Ruxton, así como cualquier servicio auxiliar relacionado con las categorías mencionadas anteriormente.

Por otra parte, los cuáqueros pueden optar a una asistencia especial o adicional en virtud de la Política de Asistencia Financiera para Cuáqueros del Sistema de Salud. Para más información sobre la Política de Asistencia Financiera para Cuáqueros, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

En ausencia de circunstancias atenuantes, según lo determine el Sistema de Salud, la asistencia financiera proporcionada por el Sistema de Salud en virtud de esta PAF tiene carácter secundario en relación con otros terceros y otros recursos financieros disponibles para el paciente, incluidos, entre otros, el seguro de indemnización laboral, Medicaid y otros programas locales, estatales o federales ("Asistencia de Terceros"). Cualquier paciente que no proporcione o se niegue a proporcionar la información solicitada al Sistema de Salud podrá ser considerado como no elegible para la asistencia financiera bajo esta PAF a la sola discreción del Sistema de Salud. Asimismo, un paciente que proporcione información falsa o engañosa en relación con esta PAF podrá ser considerado no elegible para la asistencia financiera en virtud de la presente PAF a la sola discreción del Sistema de Salud.

### B. Criterios financieros

Los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente pueden ser beneficiarios de la asistencia en función de determinados criterios financieros, limitaciones y excepciones, según se indica a continuación:

- Los pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 300 % de lo establecido en las Pautas Federales de Pobreza pueden recibir atención gratuita (un descuento del 100 %).
- Los pacientes que tengan ingresos familiares por debajo del 500 % de lo establecido en las Pautas Federales de Pobreza y que además tengan dificultades económicas pueden recibir también un descuento del 50 % como Atención Médica de Costo Reducido. A efectos de esta disposición, se entiende por dificultades económicas la deuda médica (gastos por cuenta propia, excluidos los copagos, el coseguro y los deducibles, por gastos médicos facturados por un hospital) contraída por una familia durante un periodo de 12 meses que supere el 25 % de los ingresos familiares.

Independientemente de los criterios anteriores, los pacientes que tengan un patrimonio acumulado de 10 000 dólares por persona o 25 000 dólares por hogar (ajustado por inflación anualmente a partir del 1 de octubre de 2020 de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor) solo podrán optar a una asistencia del

50 %. Para efectos de esta prueba de activos, los siguientes activos se excluirán del umbral mencionado: (i) el patrimonio de una residencia principal que no exceda 150 000 dólares; (ii) los activos de jubilación a los que el Servicio de Impuestos Internos haya concedido un tratamiento fiscal preferente como cuenta de jubilación, incluidos, entre otros, los planes de compensación diferida calificados según el Código de Impuestos Internos o los planes de compensación diferida no calificados; (iii) un (1) vehículo de motor utilizado para las necesidades de transporte del paciente o de cualquier miembro de su familia; (iv) cualquier recurso excluido a la hora de determinar la elegibilidad financiera en virtud del Programa de Asistencia Médica de la Ley de Seguridad Social; y (v) fondos de educación superior prepagados en una cuenta del Programa Maryland 529.

Un paciente cuyos ingresos y activos superen las directrices de elegibilidad establecidas, pero que declare que no puede pagar la totalidad o parte del saldo de su cuenta, podrá ser evaluado de manera más detallada en función de su caso particular. La elegibilidad para la asistencia financiera total o parcial se determinará después de considerar la situación financiera total del paciente, así como una consideración de las circunstancias atenuantes. Otros criterios utilizados para determinar el estatus de elegibilidad incluyen la situación laboral, la capacidad de ingresos futuros y otros recursos financieros. Los pacientes que tengan un ingreso familiar de entre el 300 % y el 500 % de lo establecido en las Pautas Federales de Pobreza serán elegibles para un plan de pago conforme con la política de facturación y cobranza del Sistema de Salud (ver la Sección 9 a continuación) y de acuerdo con la misión del Sistema de Salud y con el área de servicio.

A la hora de determinar la elegibilidad de los pacientes, el Sistema de Salud no toma en cuenta la ciudadanía o el estatus migratorio del paciente. Además, el Sistema de Salud no retendrá la asistencia financiera ni denegará una solicitud de asistencia financiera por motivos de raza, color, religión, ascendencia u origen nacional, sexo, edad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética o discapacidad.

#### C. Proceso de determinación de elegibilidad

Al revisar una solicitud de asistencia financiera presentada, el Sistema de Salud deberá: (i) determinar si el paciente tiene seguro médico; (ii) determinar si el paciente es presuntamente elegible para recibir atención gratuita o de costo reducido según la ley de Maryland; (iii) determinar si los pacientes no asegurados son elegibles para acceder a un seguro médico público o privado; (iv) en la medida de lo posible, ofrecer asistencia a los pacientes no asegurados si el paciente opta por solicitar un seguro médico público o privado; (v) en la medida de lo posible, determinar si el paciente reúne los requisitos para participar en otros programas públicos que puedan ayudar a sufragar los costos de la atención médica; y (vi) utilizar la información que posee el Sistema de Salud, cuando esté disponible, para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir atención gratuita o de costo reducido según la política de asistencia financiera del hospital.

### 3. **Determinación del importe de la asistencia financiera**

Una vez establecida la elegibilidad para la asistencia financiera, el Sistema de Salud no les cobrará a los pacientes que reúnan los requisitos para la asistencia financiera un importe superior a los montos normalmente facturados, o AGB, a los pacientes que disponen de seguro médico para la atención de emergencia o médicamente necesaria ("limitación AGB"). En la medida en que sea aplicable, el monto máximo que se cobrará al paciente por la Atención Médica de Costo Reducido no será superior al monto cobrado por el Sistema de Salud menos el margen de ganancia del Sistema de Salud por dicha atención (ver el siguiente párrafo para información sobre el margen de ganancia).

De acuerdo con la ley de Maryland, los cargos a los cuales corresponde un descuento son los que establece la agencia de regulación de tarifas de Maryland conocida como la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud ("HSCRC", por sus siglas en inglés) y son los mismos para todos los responsables del pago. Por lo tanto, en la medida en que sea aplicable, los AGB se determinan según el método prospectivo y se basan en las tarifas establecidas por la HSCRC para el Sistema de Salud. Además, el Sistema de Salud no aplica ningún margen de ganancia u otra comisión sobre las tarifas establecidas por la HSCRC.

### 4. **Solicitud de asistencia financiera**

La determinación de elegibilidad para la asistencia financiera requerirá que los pacientes, incluidas las personas responsables, presenten una solicitud completa de asistencia financiera que incluya toda la documentación de respaldo requerida en la solicitud y puede ser necesario concertar citas o discutir con un representante del

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes del Sistema de Salud. Los pacientes deberán proporcionar la información y documentación necesarias al solicitar la asistencia financiera. La información requerida se especifica en la solicitud y en las instrucciones correspondientes.

Las solicitudes de ayuda financiera archivadas en el Sistema de Salud pueden utilizarse durante un período de hasta 12 meses después de la fecha de presentación si las circunstancias financieras no han cambiado.

Se aceptan solicitudes de asistencia financiera en cualquier momento del ciclo de facturación, incluso cuando un caso ha sido remitido a una agencia de cobranza o alguna otra instancia. Sin embargo, los pacientes que dispongan de asistencia de terceros, o que reúnan los requisitos para recibirla, deberán solicitar y agotar primero dicha asistencia de terceros antes de que se procese o considere una solicitud de asistencia financiera en virtud de esta PAF, según lo determine el Sistema de Salud a su entera discreción.

## 5. Notificación de aprobación o denegación de la asistencia

El departamento de Servicios Financieros para Pacientes notificará al paciente por escrito, en un plazo de 14 días a partir de la recepción de la solicitud de asistencia financiera debidamente completada, si ésta ha sido aprobada o denegada. Si la solicitud ha sido aprobada, la carta incluirá el importe de la ayuda aprobada. Si la solicitud ha sido denegada, se indicará en la carta el motivo de la denegación. En el caso de las solicitudes incompletas, se proporcionará a los pacientes una lista por escrito de la información o documentación que aún se necesita para completar la solicitud de asistencia financiera y dónde presentar la información que falta.

Los motivos de la denegación incluyen:

- Información incompleta en la solicitud.
- Exceso de ingresos o recursos.

## 6. Recursos

Todos los pacientes que se determinen como no elegibles para la asistencia financiera o elegibles por un monto inferior al nivel más generoso de asistencia (100 %) disponible de acuerdo con esta Política de Asistencia Financiera (PAF), tendrán 30 días para presentar un recurso de reconsideración para solicitar más asistencia financiera. El paciente podrá presentar información adicional en ese momento para respaldar su solicitud.

La Unidad de Educación y Apoyo a la Salud de Maryland (HEAU) está disponible para ayudar a los pacientes en la presentación y mediación de una solicitud de reconsideración. La información de contacto de la HEAU es la siguiente:

Línea directa de la HEAU:

Lun-Vie 9:00 a. m a 4:30 p. m.

410-528-1840

Llamada gratuita: 1-877-261-8807

FAX: 410-576-6571

[heau@oag.state.md.us](mailto:heau@oag.state.md.us)

[www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau/default.aspx](http://www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau/default.aspx)

Los reclamos relativos a supuestas infracciones de los artículos 19-214.1 o 19-214.2 del Código de Maryland pueden ser presentados por un paciente o su representante autorizado en forma conjunta ante la HSCRC (Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud) y la HEAU (Unidad de Educación y Apoyo a la Salud) a través del correo electrónico [hsrc.patient-complaints@maryland.gov](mailto:hsrc.patient-complaints@maryland.gov).

## 7. Elegibilidad presunta

En determinadas circunstancias que se consideren razonables y comprensibles, la falta de una solicitud de asistencia financiera y de la documentación de respaldo no supondrá necesariamente la denegación de la ayuda. Si un paciente no proporciona suficiente información para respaldar la elegibilidad de la asistencia financiera, el Sistema de Salud puede recurrir a fuentes externas o a otros recursos de inscripción en el programa para determinar si el paciente reúne los requisitos para la presunta elegibilidad. Salvo lo dispuesto a continuación, la presunta elegibilidad solo cubrirá la fecha específica de atención del paciente. La determinación de la presunta elegibilidad se basará en los siguientes criterios:

- Pacientes beneficiarios de Medicaid. Cuentas de un paciente que actualmente es elegible para la cobertura completa de Medicaid, pero que no lo era en la fecha del servicio.
- Paciente sin hogar.
- Paciente con un informe de crédito desfavorable u otra información financiera de terceros.
- Paciente fallecido sin bienes patrimoniales.
- Paciente con elegibilidad de Medicaid fuera del estado que actualmente reside fuera de Maryland.

Adicionalmente, un paciente que no sea elegible para el Programa de Asistencia Médica de Maryland o el Programa de Salud Infantil de Maryland calificará para la presunta elegibilidad si se aplica alguno de los siguientes criterios:

- Vive en un hogar con niños inscritos en el programa de comidas gratuitas o de bajo costo.
- Recibe beneficios a través del Programa Federal de Asistencia Nutricional Suplementaria.
- Recibe beneficios a través del Programa Estatal de Asistencia Energética.
- Recibe beneficios a través del Programa Federal de Alimentación Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños.
- Recibe beneficios por parte de cualquier otro programa de servicios sociales según lo establecido por el Departamento de Salud de Maryland y la HSCRC.

## 8. Publicación de la Política de Asistencia Financiera

La PAF del Sistema de Salud, el formulario de solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo (incluidas las traducciones) están disponibles en forma gratuita para los pacientes que lo soliciten. Adicionalmente, los pacientes que requieran asistencia lingüística pueden solicitar servicios de traducción a español, ruso, coreano, mandarín (chino), tagalo, urdu, vietnamita y francés, así como a otros idiomas (sujeto a disponibilidad y programación).

La PAF, el formulario de solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles, previa solicitud, en los siguientes lugares del Sistema de Salud:

- Lugares de registro y admisión de pacientes
- Clínica para Crisis sin Cita Previa
- Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Towson, Maryland)

Durante el registro del paciente para la admisión al hospital, los pacientes reciben un paquete con el resumen en lenguaje sencillo de la PAF.

También es posible obtener vía correo postal la PAF, la solicitud de ayuda financiera y el resumen en lenguaje sencillo, solicitándolo por teléfono en los siguientes números:

- Departamento de Servicios Financieros para Pacientes - (410)-938-3370 o al número de llamada gratuita 1-(800)-264-0949
- Todas las agencias de cobranza en las que el Sistema de Salud asigna sus cuentas

Los pacientes también pueden encontrar la PAF, el formulario de solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo en el sitio web del Sistema de Salud:

- [www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/](http://www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/)

Además, el Sistema de Salud comunica la disponibilidad de ayuda financiera por distintas vías:

- Notificación en todos los estados de cuenta de los pacientes
- Carteles en las zonas de registro y admisión
- Carteles colocados en la Clínica para Crisis sin Cita Previa
- Folletos para pacientes en los que se resume la PAF y cómo solicitar la ayuda ofrecida durante la hospitalización
- Esfuerzos adicionales de divulgación

## 9. Acciones en caso de incumplimiento de pago

Las acciones de cobranza que el Sistema de Salud puede llevar a cabo si no se recibe una solicitud de asistencia financiera o un pago se describen en una política de facturación y cobranza aparte. En síntesis, el Sistema de Salud hará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes información sobre la PAF antes de que se lleven a cabo ciertas acciones para cobrar una factura. Los importes asignados a una agencia de cobranza aún pueden ser objeto de una reducción por asistencia financiera si se cumplen los criterios de elegibilidad. La política de facturación y cobranza (incluidas las traducciones) puede obtenerse de la misma manera y en los mismos lugares indicados en la sección 7 anterior.

## 10. Proveedores elegibles

Además de la atención médica prestada por el Sistema de Salud, la atención de urgencias y medicamento necesaria prestada por los proveedores que se indican a continuación en el centro hospitalario también está cubierta por esta PAF:

- Sheppard Pratt Physicians, P.A.

### Referencias:

HS-130.11 Asistencia financiera para el paciente - Resumen en lenguaje sencillo

### Anexos:

### Fechas de revisión:

2/14, 6/18, 7/18, 11/19, 2/20, 11/20, 1/21

### Fechas de verificación:

12/05, 5/08, 10/11, 3/14, 6/18, 7/18, 11/19, 2/20, 11/20, 1/21

### Firmas:

Harsh Trivedi: 1/26/21

Kelly Savoca: 1/12/21

### References:

### Attachments:

### Revised Dates:

11/19, 5/20, 2/21

### Reviewed Dates:

7/18, 11/19, 5/20, 2/21

### Signatures:

Harsh Trivedi: 2/21/21

Kelly Savoca: 2/26/21