

		Número de política: HS-130.4
		Página 1 de 6
Manual: Manual administrativo de Sheppard and Enoch Pratt Hospital		Vigente: 28/06/2018
Sección: 100 – Sistema de salud	Subsección: 130 - Finanzas	Preparado por: Kelly Savoca
Puesto: Ayuda financiera - Servicios financieros para pacientes		

## POLÍTICA:

Sheppard Pratt Health System ("Sistema de salud") se dedica a ofrecer a los pacientes la mejor calidad en atención y servicios. Se ofrecerá ayuda financiera a nuestros pacientes que no puedan pagar los servicios brindados y que cumplan con el criterio establecido en esta política de ayuda financiera (*financial assistance policy* o "FAP") independientemente de la raza, color, credo, religión, género, nacionalidad de origen, edad, estado civil, estado familiar, estado de discapacidad u otros factores discriminatorios.

## PROPÓSITO:

Establecer el criterio de elegibilidad y el proceso para la solicitud/aprobación de ayuda de carácter benéfico a los clientes del Sistema de salud.

## PROCEDIMIENTO:

### 1. Definiciones

Montos facturados por regla general o AGB: montos facturados por regla general por emergencias u otra atención médica necesaria a las personas con un seguro que cubre dicha atención, tal como se explica más adelante en la Sección 3 de este documento.

Sección del Código 501(r): Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y las reglamentaciones promulgadas a este respecto, en su forma actualizada.

Atención de emergencia: atención inmediata necesaria destinada a evitar un peligro grave para la salud, una discapacidad grave relacionada con las funciones corporales y/o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo del paciente.

Cargos brutos: monto total cobrado por el Sistema de salud por los componentes y servicios antes de aplicar descuentos, prestaciones contractuales o deducciones.

Atención médica necesaria: servicios o atención significa una atención que sea médicamente necesaria luego de la determinación clínica del médico que ingresa al paciente u otro médico con licencia.

Paciente: aquellas personas que reciben una atención médica o de emergencia necesaria en el Sistema de salud y la persona responsable en materia financiera de la atención del paciente.

Elegibilidad presunta: el proceso por el cual el Sistema de salud podría utilizar las determinaciones anteriores de elegibilidad y/o la información de fuentes además de esa persona para determinar la elegibilidad de la ayuda financiera.

No asegurado: pacientes sin seguro o asistencia de terceros que ayuden a resolver su responsabilidad financiera ante los proveedores de atención médica.

Con seguro insuficiente: pacientes con una cobertura de atención médica limitada, o una cobertura que les genera una responsabilidad por cuenta propia y que, por lo tanto, podrían necesitar ayuda financiera.

Parte responsable: respecto de los servicios ofrecidos por el Sistema de salud, el paciente, el garante de la cuenta u otra(s) persona(s) responsable(s) de pagar estos servicios.

## 2. Elegibilidad para la ayuda financiera

### A. Criterio general

Entre los servicios para ayuda financiera se incluyen: atención de emergencia, servicios que el Sistema de salud considera como de atención médica necesaria y, en general, atención no electiva y necesaria para evitar la muerte o efectos adversos para la salud del paciente.

Ciertos servicios no considerados como atención de emergencia o atención médica necesaria, según lo establecido por el Sistema de salud a su exclusivo criterio, no son elegibles para la ayuda financiera en virtud de esta FAP. Entre los servicios excluidos se encuentran, sin limitaciones, los servicios electivos, los Programas de educación, el servicio Retreat (Retiro) y las instalaciones de Ruxton House, además de cualquier servicio complementario relacionado con las categorías anteriores.

Además, la población cuáquera podría ser elegible para recibir ayuda separada y/o adicional en virtud de la Política de ayuda financiera cuáquera del Sistema de salud. Para obtener más información sobre la Política de ayuda financiera cuáquera, comuníquese con el Departamento de servicios financieros del paciente.

En ausencia de circunstancias atenuantes, según lo establecido por el Sistema de salud, la ayuda financiera ofrecida por el Sistema de salud en virtud de esta FAP es secundaria a todos los recursos de terceros y financieros disponibles para el paciente, lo que incluye, sin limitaciones, el seguro de la compensación de los trabajadores, Medicaid y otros programas locales, estatales o federales ("Ayuda de terceros"). Todo paciente que no proporcione o se niegue a proporcionar la información solicitada al Sistema de salud, o que no solicite o se niegue a solicitar Ayuda de terceros, podría no reunir los requisitos para la ayuda financiera en virtud de esta FAP a exclusivo criterio del Sistema de salud. Del mismo modo, un paciente que proporcione información falsa o engañosa relacionada con esta FAP podría no reunir los requisitos para la ayuda financiera en virtud de esta FAP a exclusivo criterio del Sistema de salud.

### B. Criterio financiero

Los pacientes no asegurados o con un seguro insuficiente pueden ser elegibles para la ayuda en base a ciertos criterios, limitaciones y excepciones en materia financiera, según lo siguiente:

- Los pacientes con un ingreso familiar de un nivel de 300 % o inferior del Índice federal de pobreza pueden recibir atención gratuita (un descuento del 100 %).
- Los pacientes con un ingreso familiar de un nivel de 500 % o inferior del Índice federal de pobreza y que además sufren dificultades financieras también podrían recibir un descuento del 50 % como Atención con costos reducidos. A efectos de esta cláusula, una dificultad financiera significa una

deuda médica (gastos a cuenta propia, excluidos los copagos, coseguros y deducibles, por gastos médicos facturados por un hospital) contraída por una familia en un período de 12 meses que supere el 25 % del ingreso familiar.

Independientemente del criterio anterior, los Pacientes con activos acumulados de \$10.000 por persona o de \$25.000 por hogar solo pueden ser elegibles para una ayuda del 50 %. A efectos de esta prueba de activos, se excluirán los siguientes activos del límite mencionado: (i) un capital en una residencia principal que no supere \$150.000 y (ii) activos de un retiro para los cuales el Servicio de Impuestos Internos ha otorgado un tratamiento impositivo preferencial como una cuenta de retiro, lo que incluye, sin limitaciones, planes de compensación diferida que califican bajo el Código de Impuestos Internos o planes de compensación diferida no calificados.

Es posible que se realicen otras evaluaciones de casos particulares por un Paciente cuyos ingresos y activos superen las pautas de elegibilidad establecidas pero que declare que no puede pagar todo o una parte de su saldo de cuenta. Se determinará la elegibilidad de la ayuda financiera completa o parcial luego de considerar la situación financiera total del Paciente, además de las circunstancias atenuantes. El criterio adicional para determinar el estado de elegibilidad incluye el estado de empleo, la capacidad futura de ganancias y otros recursos financieros. Los Pacientes con ingresos familiares entre el 300 % y el 500 % del Índice federal de pobreza pueden reunir los requisitos para un plan de pagos de acuerdo con la política de facturación y cobro independiente del Sistema de salud (consulte la Sección 8 a continuación).

Al momento de determinar la elegibilidad de los pacientes, el Sistema de salud no tomará en cuenta la raza, el género, la edad, la orientación sexual, la afiliación religiosa o el estado social o de inmigración.

### **3. Determinación del monto de la ayuda financiera**

Una vez establecida la elegibilidad para la ayuda financiera, el Sistema de salud no les cobrará a los pacientes elegibles a la ayuda financiera más que el monto facturado por regla general, o AGB, a los pacientes asegurados por atención de emergencia o atención médica necesaria (la "limitación de AGB"). En la medida en que corresponda, el pago máximo del Paciente por la Atención con costos reducidos no deberá superar un monto equivalente a los cargos del Sistema de salud menos el recargo del Sistema de salud por dicha atención (consulte el siguiente párrafo sobre la información relacionada con el recargo).

De acuerdo con la ley de Maryland, los cargos a los que se aplicarán los descuentos están establecidos por la agencia de control de tarifas de Maryland, conocida como la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud ("HSCRC") y son los mismos para todos los pagadores. Por lo tanto, en la medida en que corresponda, se determina el AGB en virtud del método anticipado y se basa en las tarifas establecidas por la HSCRC para el Sistema de salud. Asimismo, el Sistema de salud no aplica un recargo u otros honorarios a las tarifas establecidas por la HSCRC.

### **4. Solicitud de ayuda financiera**

A fin de determinar la elegibilidad de ayuda financiera, los pacientes, incluidas las partes responsables, deberán enviar una solicitud completa de ayuda financiera, que incluya toda la documentación de respaldo requerida por la solicitud. Además, es posible que los pacientes deban reunirse personalmente o conversar con un representante del Departamento de Servicios Financieros del Paciente del Sistema de salud. Los pacientes deberán proporcionar la información y los documentos necesarios al solicitar ayuda financiera. La información requerida se especifica en la solicitud y sus instrucciones.

Es posible que se utilicen las solicitudes de ayuda financiera archivadas en el Sistema de salud por un período de hasta 12 meses a partir de la fecha de envío siempre que no hayan cambiado las circunstancias financieras.

Se aceptan las solicitudes de ayuda financiera en cualquier momento del ciclo de facturación, inclusive luego de una asignación a una agencia de cobros u otros terceros. Sin embargo, los pacientes que tengan Ayuda de terceros, o que sean elegibles para esta ayuda, primero deben solicitar esta Ayuda de terceros, y hacer uso completo de ella, antes de poder procesar/considerar una solicitud de ayuda financiera bajo esta FAP, tal como lo determine el Sistema de salud a su exclusivo criterio.

## 5. Notificación de la aprobación o rechazo de ayuda

El Departamento de Servicios Financieros del Paciente informará al paciente por escrito dentro de los 30 días de la recepción de la solicitud de ayuda financiera si se aprueba o rechaza dicha solicitud. Si se aprueba la solicitud, la carta incluirá el monto de la ayuda aprobada. Si se rechaza, esta carta incluirá el motivo del rechazo. En casos de solicitudes incompletas, los pacientes recibirán una lista por escrito de la información y/o documentación que aún deben completar en la solicitud de ayuda financiera y a dónde enviar la información faltante.

Entre los motivos de rechazo se incluyen:

- Información incompleta en la solicitud.
- El paciente no colaboró con el proceso de solicitud de otros programas del contribuyente como Medicaid, el Plan de Seguro de Salud (*Health Insurance Plan* o HIP) y el mercado público.
- Un exceso en los ingresos o recursos.

Todos los Pacientes que se determinen elegibles por menos que el monto más grande de ayuda (100 %) disponible en virtud de esta Política de ayuda financiera (FAP) tendrán 30 días para presentar una apelación y solicitar más ayuda financiera. El Paciente puede presentar más información en esta instancia para respaldar su solicitud.

## 6. Elegibilidad presunta

En ciertas circunstancias consideradas razonables y comprensibles, la falta de una solicitud de ayuda financiera y de su documentación de respaldo no necesariamente generará un rechazo de ayuda. Si un paciente no entrega la información suficiente para respaldar su elegibilidad de ayuda financiera, el Sistema de salud puede consultar o confiar en fuentes externas y/u otros recursos de inscripción al programa para determinar la elegibilidad. Entre los ejemplos se incluyen:

- Pacientes elegibles de Medicaid. Saldos de un paciente que actualmente es elegible para la cobertura completa de Medicaid, pero que no lo era en la fecha del servicio.
- El paciente no tiene un hogar.
- Un paciente con un segmento de calificación incobrible de una agencia de cobros.
- Un paciente fallecido sin activos inmobiliarios.
- Un Paciente con una elegibilidad de Medicaid fuera del estado que reside actualmente fuera de Maryland.
- Hogares con niños en el programa de almuerzo gratuito o con costo reducido.
- El Programa de Ayuda Nutricional Complementaria (SNAP).
- El Programa de asistencia de energía para hogares de bajos ingresos.
- Un Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC), hasta el momento en que se sumen los beneficios hospitalarios al paquete de beneficios del PAC.
- Mujeres, Infantes y Niños (WIC) u
- Otros programas de servicios sociales consistentes con el nivel de recursos que el Departamento de Salud de Maryland y la HSCRC consideren elegibles para las políticas de atención gratuita hospitalaria, de acuerdo con la reglamentación de la HSCRC, COMAR 10.37.10.26.

## 7. Publicación de la Política de ayuda financiera

La FAP del Sistema de salud, la solicitud de ayuda financiera y el resumen de lenguaje sencillo (incluidas las traducciones) están disponibles para los pacientes previa solicitud y en forma gratuita. Asimismo, los pacientes que necesitan ayuda con el idioma pueden solicitar los servicios de traducción al español, ruso, coreano, mandarín (chino), tagalo, urdu, vietnamita y francés, además de otros idiomas (sujeto a la disponibilidad y programación).

La FAP, el formulario de solicitud de ayuda financiera y el resumen de lenguaje sencillo están disponibles previa solicitud en los siguientes sitios del Sistema de salud:

- Centros de registro y admisión de pacientes
- Clínica ambulatoria para atención de crisis
- Departamento de Servicios Financieros del Paciente (Towson, Maryland)

Durante el registro de pacientes para los servicios hospitalarios, los pacientes recibirán un paquete con el resumen de lenguaje sencillo de la FAP.

La FAP del Sistema de salud, la solicitud de ayuda financiera y el resumen de lenguaje sencillo se envían por correo previa llamada telefónica a los siguientes números:

- Departamento de Servicios Financieros del Paciente – (410)-938-3370 o la línea gratuita al 1-(800)-264-0949
- Cada agencia de cobros en la que el Sistema de salud tenga cuentas

Los pacientes también pueden encontrar la FAP del Sistema de salud, la solicitud de ayuda financiera y el resumen de lenguaje sencillo en Internet 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 la ayuda financiera a través de estos medios:

- Notificación en todos los estados de cuenta de los pacientes
- Señalización en las áreas de registro y admisión
- Señalización en la Clínica ambulatoria para atención de crisis
- Folletos para el paciente que resumen la FAP y cómo solicitar ayuda que se entregan al momento de la internación del paciente
- Otras iniciativas de participación pública

## **8. Acciones en caso de falta de pago**

En una política separada de facturación y cobros se describen las acciones de cobro que puede adoptar el Sistema de salud si no se recibe una solicitud de ayuda financiera y/o pago. En resumen, el Sistema de salud realizará ciertos esfuerzos para ofrecer a los pacientes la información sobre la FAP antes de adoptar ciertas acciones para cobrar una factura. Los saldos depositados en una agencia de cobros continúan siendo elegibles para una reducción de ayuda financiera si se cumplen los criterios de elegibilidad. Los pacientes pueden obtener la política de facturación y cobros (incluidas las traducciones) de la misma manera y en los mismos sitios que se describen en la Sección 7 anterior.

## 9. Proveedores elegibles

Además de la atención ofrecida por el Sistema de salud, esta FAP también cubre la atención de emergencia y la atención médica necesaria proporcionadas por los proveedores mencionados a continuación en las instalaciones hospitalarias:

- Sheppard Pratt Physicians, P.A.

**Referencias:** HS-130.11 Ayuda financiera – Resumen de lenguaje sencillo

**Adjuntos:**

**Fechas de la revisión:**

**Fechas revisadas:**

12/05, 5/08, 10/11,12/13, 06/18, 06/19

**Firmas:**

Kelly Savoca