



Política de ayuda económica	PFS-053
Ciclo de ingresos de Penn State Health	Fecha de inicio Febrero de 2025

ALCANCE Y OBJETIVO *El documento se aplica a para 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"/>	Grupos de médicos – División de Práctica Académica
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	Grupos de médicos – División de Práctica de la Comunidad
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input type="checkbox"/>	Spirit Physician Services, Inc.
<input type="checkbox"/>	Hampden Medical Center	<input type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center	<input type="checkbox"/>	Pennsylvania Psychiatric Institute
<input type="checkbox"/>	Lancaster Orthopedic Group		

DECLARACIONES DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

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

Lista de proveedores: 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

Definición de cantidades generalmente facturadas (AGB): PSH calcula las AGB o el límite en los cargos brutos usando una metodología retroactiva según la norma final 501R del IRS. PSH usará esta metodología para calcular el pago promedio de todos los reclamos pagados por compañías de seguros médicos privados y por Medicare. A los individuos elegibles no les cobrarán más que las cantidades generalmente facturadas por la atención de emergencia o médicamente necesaria. PSH les dará una copia gratuita por escrito del cálculo actual de las AGB a los pacientes que la pidan. Esto no debe confundirse con el descuento de ayuda benéfica (ayuda económica) que se aplica al 100 % si se aprueba la FAP de una persona.

Facturación del saldo y facturas sorpresa: según la legislación federal, la Ley para evitar sorpresas (No Surprises Act), 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 estuviera 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 conoce como “facturación del saldo”. Las “facturas sorpresa” son las facturas de saldos inesperadas. La Ley para evitar sorpresas 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 el saldo por servicios de emergencia ni por servicios después de la estabilización que estén cubiertos.

Activos contables: son los activos que se consideran disponibles para el pago de obligaciones 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 asistencia médica del Departamento de Servicios Médicos (Department of Health Services, DHS), los activos contables de los planes de beneficencia y el Programa de atención hospitalaria no compensada no incluyen activos no líquidos, como casas, autos y artículos domésticos. Los fondos de jubilación como 401k, cuenta IRA o anualidades diferidas están excluidos de los activos líquidos.

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 (por ejemplo, dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias, etc.), de modo que, si el paciente no recibe atención médica inmediata, podría tener como consecuencia uno de los siguientes eventos:
 - La salud del paciente (o, si es una mujer embarazada, la salud de la mujer o la del bebé no nacido) estaría en grave peligro, o
 - Deficiencia grave de las funciones corporales o
 - Insuficiencia grave de un órgano o 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 represente un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o la del bebé no nacido.

Niveles federales de pobreza según los ingresos: el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) publica este índice en el Registro Federal todos los años en enero. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Ayuda económica: significa la capacidad para recibir atención gratuita o con descuento. Los pacientes con/sin seguro médico que reciben atención médicamente necesaria, que no son elegibles para recibir cobertura del gobierno ni otro tipo de cobertura de seguro y que tienen ingresos familiares iguales a o por debajo del 300 % del Nivel federal de pobreza de EE. UU. serán elegibles para recibir atención gratuita con el auspicio de esta política.

Medicamento necesarios: significará los servicios de atención médica que un proveedor, ejerciendo un criterio clínico prudente, prestaría a un paciente para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que

- Se prestan según las normas de la práctica médica generalmente aceptadas.
 - Para esos efectos, “las normas de la práctica médica generalmente aceptadas” se refieren a las normas basadas en evidencia científica convincente publicada en la bibliografía médica revisada por colegas, que está generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o es coherente con las normas establecidas en publicaciones de políticas que implican 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, por lo 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 cada 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*

Posible ayuda económica: se refiere a las personas que son presuntos indigentes y que son elegibles para recibir ayuda económica si presentan la información suficiente o si se obtiene información mediante fuentes tecnológicas que permitan a PSH determinar que el paciente califica para recibir ayuda económica. Las fuentes tecnológicas incluyen portales web seguros de elegibilidad y verificación para la ayuda médica, como Compass y NaviNet, entre otros. Los factores que respaldan una posible ayuda benéfica incluyen, entre otros, la falta de vivienda, la falta de ingresos, la elegibilidad para el Programa de mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children programs, WIC), la elegibilidad para cupones de comida, la vivienda para personas de bajos ingresos presentada como una dirección válida, pacientes fallecidos sin patrimonio conocido o la elegibilidad para los programas que financia el Estado para obtener medicamentos con receta.

Paciente sin seguro: significa una persona que no tiene cobertura de atención médica mediante una aseguradora externa, un plan ERISA, el Programa Federal de Atención Médica (incluyendo el Mercado de Seguros Médicos federal o estatal, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare, compensación de los 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 su cobertura de seguro médico o que tengan servicios no cubiertos, según lo establecido en su póliza de seguro, no se considerarán pacientes sin seguro.

DECLARACIONES DE POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS

AVISO:

- Cuando se pida, la Política de ayuda económica, la Solicitud de ayuda económica y un resumen por escrito en lenguaje simple estarán disponibles para el público.
- 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 para pacientes ambulatorios.
- 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 estará disponible en ese idioma.
- La política de ayuda económica y la solicitud estarán disponibles en los eventos de difusión de la comunidad en los que PSH participe.
- Regla de los 120/240 días: período de 120 días en el que el centro médico está obligado a informar a la persona sobre la FAP, y el período de 240 días en el que un centro médico debe procesar la solicitud que la persona presentó. PSH dará avisos durante el período de notificación que finaliza, como mínimo, 120 días después de la fecha del primer estado de cuenta. El centro médico no puede iniciar medidas de cobro extraordinarias (ECA) contra una persona cuya elegibilidad para la FAP no se haya determinado antes de los 120 días después del primer estado de cuenta después del alta.
- Penn State Health cumple los requisitos de facturación y cobro de 501R.
- Cuando corresponda, PSH cumplirá la Ley para evitar sorpresas.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

- La ayuda económica se aprueba según los ingresos familiares y las directrices de abajo. Los pacientes que califiquen serán elegibles para recibir atención 100 % gratuita para los servicios médicamente necesarios. PSH no cobrará a las personas sin seguro elegibles o no elegibles para la FAP más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Tamaño del grupo familiar	Ingresos brutos	Descuento
1	\$ 46,950.00	100 %
2	\$ 63,450.00	100 %
3	\$ 79,950.00	100 %
4	\$ 96,450.00	100 %
5	\$ 112,950.00	100 %
6	\$ 129,450.00	100 %
7	\$ 145,950.00	100 %
8	\$ 162,450.00	100 %

*Para las familias con más de 8 (ocho) personas, se deben sumar \$16,500.00 por cada persona más.

- Para iniciar una evaluación de ayuda económica, se debe completar una solicitud de ayuda económica. Debe estar completa, firmada por el garante y tener una fecha vigente. (Ver adjunto)
- El paciente debe ser ciudadano o residente legal permanente de Estados Unidos o residente de 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 cualquier otra fuente de pago externa pertinente antes de tener la aprobación para recibir ayuda económica.
 - Se puede ofrecer 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 otras opciones para el pago de facturas médicas, incluyendo, entre otros, la recaudación de fondos privados o eclesiásticos, los subsidios o los programas de ayuda benéfica. 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 ofrezca 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 de paciente/garante fallecido**.
 - Gracias a los programas con clínicas de atención gratuita (por ejemplo, Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.), se puede dar ayuda económica según la información económica recopilada o según lo determine la clínica de atención gratuita.
 - Los servicios electivos como, entre otros, los procedimientos estéticos, la fecundación in vitro/el tratamiento por infertilidad, los anteojos, los aparatos auditivos, los implantes de pene 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 basados en los ingresos con saldos de copago o deducible para el paciente pueden considerarse elegibles para recibir ayuda económica.
 - El período de elegibilidad para recibir ayuda económica es 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.
 - Se puede dar ayuda económica del 100 % a los menores que se atienden en Lancaster Cleft Palate Clinic.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD:

- Las solicitudes de ayuda económica estarán disponibles en línea en el sitio web de PSH, en las clínicas para recibirlas en persona o por correo.

- Se debe presentar la siguiente documentación de respaldo adecuada y completa del grupo familiar para asegurarse de que el paciente cumpla los criterios de ingresos y de tamaño de familia.
 - Última declaración de impuestos federales sobre ingresos que se presentó
 - Últimos cuatro (4) talonarios de pago
 - 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 patrimonio o de obligaciones (la ayuda económica no se considerará hasta que se presente el acuerdo final de patrimonio o del litigio)
 - Determinación de ayuda médica o del Mercado de Seguros Médicos
 - Comprobante de ciudadanía o de estado de residencia legal permanente (green card)
 - Una carta de las personas que ayudan con los gastos de vida si el grupo familiar no tiene ingresos
 - Cualquier información que PSH considere necesaria para evaluar adecuadamente la solicitud de ayuda económica y determinar si el paciente califica para dicha ayuda
- Si la información de la solicitud es insuficiente para tomar una determinación adecuada, se comunicarán con el 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 según la FAP, independientemente de que la solicitud esté completa o no.

Estos son los niveles de aprobación para recibir ayuda económica:

Nivel del personal:	Asociados de solicitudes económicas/ asesor financiero	Asociado sénior	Director de equipo	Administrador/ Director sénior del Ciclo de Ingresos	Vicepresidente de operaciones del Ciclo de Ingresos o director financiero
Cantidad:	<\$500	<\$5,000	<\$25,000	<\$100,000	>\$100,000

- 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 benéfica, se retirarán las deudas reportadas a cualquier agencia de información crediticia 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 cobros aún pueden enviar 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 comunica con orientación económica, 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 demás solicitudes de ayuda económica en el mismo año calendario podrían no necesitar documentación de respaldo, a menos que se haya modificado la información que ya está registrada.
 - La administración puede usar su criterio por circunstancias atenuantes como, entre otras: (ejemplos así):
 - Los ingresos del paciente están por encima de las directrices de ayuda benéfica; sin embargo, su deuda médica supera los ingresos anuales por un evento médico catastrófico.
 - El paciente recibe un acuerdo por una demanda legal 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 por pagar en la cuenta (se necesita 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 están disponibles en formato impreso, cuando se pida.

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 (Financial Assistance Program), excepto por lo mencionado en el Apéndice.

APROBACIONES

Autorizado por:	Paula Tinch, vicepresidenta sénior y directora financiera
Aprobado por:	Nicholas Haas, vicepresidente de Ciclo de Ingresos

FECHA DE CREACIÓN Y REVISIONES

Fecha de creación: 10/1/2020.

Fechas de revisión: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18, 10/22, 1/23, 10/23, 2/24, 2/25.

Revisado: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – se reemplazó Política 10/10; 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.

Política de jubilación SJMC n.º ADM-CRP-008, 11/21, 10/22, 1/23, 10/23, 2/24, 2/25.

REVISORES DE CONTENIDO Y COLABORADORES

Directores sénior del Ciclo de Ingresos; gerente de Acceso de Pacientes a Consejería Económica

Apéndice A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Proveedores/Servicios cubiertos por el Programa de ayuda económica

***Vea Proveedores/Servicios no cubiertos por el Programa de ayuda económica**

- Anestesia
- Cardiología: cirugía cardiorácica
- Patología clínica
- Medicina de emergencia
- Medicina pélvica femenina
- Cirugía general*
- Médicos hospitalistas
- Enfermedades infecciosas
- Medicina interna
- Neonatología
- Neurología
- Neurología: derrame cerebral
- Neurocirugía
- Obstetricia y ginecología
- Oncología
- Cirugía ortopédica
- Manejo del dolor
- Medicina paliativa
- Médicos hospitalistas pediátricos
- Farmacia
- Cirugía plástica*
- Radiología
- Profesores de residencia
- Residentes de medicina familiar
- Robótica
- Medicina deportiva
- Operación torácica
- Atención de urgencia
- Uroginecología y operación mínimamente invasiva
- Operación vascular
- Cuidado de la herida



Proveedores/servicios no cubiertos por el Programa de ayuda económica

- Cirugía cosmética
- Algunos procedimientos de bypass gástrico
- 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 cargos. El pago de los cargos profesionales que facturen 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 los cargos del centro por atención de emergencia u otros tipos de atención médicamente necesaria que se presten en Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Apéndice B

PSH Holy Spirit Health System