

MANUAL DE NORMAS ADMINISTRATIVAS

Tema: Atención no remunerada / Ayuda financiera

Fecha de inicio:	Agosto 1981
Aprobado por:	Presidente/CEO y Vice Presidente de Finanzas/CFO
Partes responsables:	Director Ejecutivo Superior de Finanzas
Revisado en:	12/86, 6/88, 3/90, 3/91, 7/93, 7/94, 8/98, 12/05, 8/08, 5/10, 10/10, 12/14, 7/16, 11/16, 7/17, 7/18
Revisado en:	8/83, 12/85, 2/88, 6/92, 8/95, 7/96, 9/97, 6/00, 6/01, 10/02, 10/04, 12/11, 12/12, 12/13
Palabras clave:	Ayuda Financiera, Índice Federal de Pobreza, Atención Caritativa, No remunerada

Normas

Peninsula Regional Medical Center (PRMC) brindará atención de emergencia y medicamente necesaria libre de cargo o a un costo reducido a aquellos pacientes que no tengan cobertura médica o cuya cobertura de salud no pague el costo total de las facturas del hospital. Para los propósitos de estas normas, PRMC incluirá los servicios facturados por el hospital, el centro médico y los servicios médicos, generalmente conocidos como Peninsula Regional Medical Group (PRMG). Los pagos del paciente por atención a costo reducido no excederán el monto generalmente facturado (AGB) tal cual lo determina la Comisión de Revisión de Costos de Salud (Health Services Cost Review Commission - HSCRC). Todos los servicios regulados del hospital (lo que incluye atención de emergencia y medicamente necesaria) se cobrarán consistentemente tal como lo establece la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC) que es equivalente al método de montos generalmente facturados (AGB). A todos los pacientes que se atiendan con un proveedor de PRMC en un área no regulada se les cobrará la tarifa de lista más el valor añadido estándar.

PRMC podrá subcontratar proveedores para desempeñar servicios de cobro o pre-cobro a los pacientes. Los servicios subcontratados se atenderán a las normas de PRMC y siempre que las normas mencionen empleado, departamento de servicios financieros, o palabras similares – los servicios subcontratados y/o los empleados de tales servicios estarán incluidos sin que sean nombrados de tal modo.

Definiciones:

- a. **Atención electiva:** Atención que puede posponerse sin daño al paciente o que no es medicamente necesaria. Se consultará con un representante clínico o médico apropiado para determinar la condición del paciente.
- b. **Necesidad médica:** Cualquier procedimiento razonablemente determinado para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de condiciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, resulten en enfermedad o debilidad, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o causar una deformidad o disfunción física, si no hay otro tratamiento igualmente efectivo y más conservador o menos costoso disponible.
- c. **Familia inmediata:** Una unidad familiar se define por la inclusión de todos los individuos que se toman como exenciones en la declaración de impuestos a las ganancias del individuo que complete la solicitud, sean o no el individuo que presente la declaración o estén listados como cónyuge o dependiente. Para las personas sin hogar, o en el caso de que no pueda hallarse un miembro de la familia,

- el tamaño de la unidad familiar se considerará de uno. Si no se ha presentado una declaración de impuestos, entonces se considerará el ingreso de todos los miembros que vivan en el hogar.
- d. Activos líquidos: Efectivo, balances de cuentas corrientes/de ahorros, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos de mercado monetario, propiedades en alquiler, etc. La disponibilidad de activos líquidos más el ingreso anual pueden considerarse en relación al índice de pobreza actual que publica el Registro Federal.
 - e. Deudas médicas: Gastos de bolsillo, incluidos co-pagos, co-seguros y deducibles, para costos médicos facturados por PRMC.
 - f. Acciones de cobro extraordinario (Extraordinary Collection Actions-ECA): Cualquier acción legal y/o informe de deuda a una agencia de información crediticia.

PRMC brindará atención médicamente necesaria gratuita a aquellos pacientes que tengan un ingreso familiar de o menor del 200% del nivel federal de pobreza. Los pacientes que reúnan las condiciones para recibir ayuda financiera basada en ingresos que estén al 200% del nivel federal de pobreza o más abajo no tendrán costo por su atención y por lo tanto pagarán menos que los montos generalmente facturados (AGB).

PRMC brindará atención médicamente necesaria a costo reducido a aquellos pacientes de bajos ingresos con un ingreso familiar de entre el 200% y el 300% del nivel federal de pobreza.

PRMC brindará atención médicamente necesaria a costo reducido a pacientes de bajos ingresos con ingresos familiares de entre 301% y 500% del nivel federal de pobreza que tengan una estrechez médica tal como la define la ley de Maryland. Estrechez médica es deuda médica en la que ha incurrido una familia en un período de más de 12 meses y que excede el 25% de los ingresos de la familia. Otros honorarios de salud y honorarios profesionales que no provea PRMC/PRMG no están incluidos en esta norma. Los servicios programados con antelación sólo pueden considerarse para ayuda financiera cuando el servicio es médicamente necesario. La cirugía cosmética, por ejemplo, está excluida. Los servicios de paciente interno, externo y de emergencia, y los servicios que brinda PRMG son elegibles.

La ayuda financiera de PRMC se brinda sólo para facturas relacionadas con servicios brindados en PRMC o en un sitio de servicios de PRMC, incluyendo los servicios brindados por los médicos empleados por PRMC. Estos servicios se conocen generalmente como PRMG. Para determinar si los servicios de su médico están cubiertos por el programa de asistencia financiera de PRMC, por favor vea la lista de proveedores que brindan atención médica de emergencia y otros tipos de atención médica necesaria, donde se indica cuáles proveedores están cubiertos bajo la norma y cuáles no. La lista de proveedores se actualiza cada cuatro meses y está a su disposición en el sitio Web del centro médico. Si lo prefiere, se puede poner en comunicación con un consejero financiero llamando al (410) 543-7436 o al (877) 729-7762, o en persona en el hospital.

PROCEDIMIENTO

Si un paciente no puede pagar debido a recursos financieros, se harán todos los esfuerzos para ayudar al paciente a obtener asistencia a través de las entidades apropiadas. En el caso de que el paciente haya solicitado y haya asistido a todas las citas, y la asistencia de una tercera parte no se encuentre disponible, PRMC brindará atención a costo reducido o sin costo. Cuando no exista asistencia de una tercera parte disponible para cubrir la totalidad de la factura y el paciente indique que tiene fondos insuficientes, se ofrecerá Ayuda Financiera (Financial Assistance – FA). La Solicitud Uniforme para Ayuda Financiera del Estado de Maryland (The Maryland State Uniform Financial Assistance Application), las Normas de Ayuda Financiera, Las Normas de Cobro al Paciente, y el resumen en lenguaje llano pueden obtenerse de uno de los siguientes modos:

- a. Disponible libre de cargo solicitándolo al (410) 543-7436 o al (877) 729-7762.
- b. Están ubicados en las áreas de inscripción.
- c. Descargarlos del sitio Web del hospital:
<https://www.peninsula.org/patients-visitors/patient-forms>
<https://www.peninsula.org/patients-visitors/billing-center>
<https://www.peninsula.org/patients-visitors/billing-center/billing-information>
- d. El resumen en lenguaje llano se incluye en el paquete de admisión y en todos los estados de cuenta del paciente.
- e. Por medio de avisos expuestos en las principales áreas de inscripción.
- f. Avisos anuales en el periódico local.
- g. La solicitud está disponible en inglés y en español. Ningún otro idioma constituye un grupo mayor del 5%, o más de 1,000 residentes (la cifra que sea menor) de la población en nuestra área principal de servicios (los condados de Worcester, Wicomico y Somerset) según los datos del Censo de los EE.UU.
- h. Para aquellos pacientes que tengan dificultad para llenar una solicitud, se puede tomar la información oralmente.

El ingreso del paciente se comparará con los lineamientos actuales del Índice Federal de Pobreza (archivada con el Coordinador de Cobros). El representante del Coordinador de Cobros consultará con el paciente según sea necesario para hacer una evaluación de elegibilidad.

- a. Si la solicitud se recibe dentro de los 240 días de la primera factura posterior al alta, y la cuenta está con una agencia de cobros, se le notificará a la agencia para que suspenda todas las Acciones de Cobro Extraordinarias (Extraordinary Collection Actions - ECA) hasta que se hayan procesado la solicitud y todos los derechos de apelación.
- b. Si la solicitud está incompleta, todos los esfuerzos de las ECA se mantendrán en suspenso durante un plazo razonable de tiempo y se brindará ayuda al paciente para completar la solicitud. Si no hay un contacto telefónico para llamar, se mandará por correo una nota escrita que describa la información y/o documentación adicional que se necesite, y este aviso incluirá un contacto telefónico para llamar a fin de obtener ayuda.
- c. La elegibilidad preliminar se establecerá en un plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que se reciba la solicitud completa. Se les enviará una carta a los pacientes informándoles sobre su condición de elegibilidad. Si se aprueba, un descuento por ayuda financiera se aplicará a las obligaciones del paciente de acuerdo con la norma FD-030 de la División de Finanzas.
- d. A aquellos pacientes que sean beneficiarios/ destinatarios de ciertos programas de servicios sociales con comprobación de recursos se los considera poseedores de presunta elegibilidad al 100% y son elegibles para FA sin necesidad de completar una solicitud o entregar documentación suplementaria. Es responsabilidad del paciente notificar al hospital que están en un programa de comprobación de recursos. Esta información puede obtenerse de un proveedor de contratación externa que esté trabajando en la cuenta.
- e. Si un paciente reúne las condiciones para recibir Asistencia Médica de Maryland se considera que automáticamente reúne las condiciones para Ayuda Financiera (FA) al 100%. El monto que deba un paciente en estas cuentas podrá ser amortizado como FA con verificación de elegibilidad de Medicaid. Se lo exime de los requisitos estándar de documentación.

- f. El hospital podrá aprobar Ayuda Financiera automáticamente para aquellas cuentas que estén listas para ser enviadas a una agencia de cobros y que se identifiquen como Pobreza, basándose en el puntaje de probabilidad de pago.
- g. Si la solicitud no reúne las condiciones necesarias, se reiniciarán los procesos de cobro normales, que incluyen la notificación a la agencia, si corresponde, para proceder con los esfuerzos de ECA. Se puede obtener una copia de la Norma de Cobros del Centro Médico (Medical Center Collections Policy) (410) 543-7436 o al (877) 729-7762.
- h. El paciente podrá solicitar una reconsideración de su solicitud presentando una carta al Director de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services) indicando el motivo de la solicitud.
- i. Sólo se considerarán los ingresos y el tamaño de la familia para la aprobación de las solicitudes para FA a menos que suceda alguna de las siguientes situaciones:
 - El monto solicitado es mayor de \$50,000.
 - La declaración de impuestos muestre un aumento significativo de ingresos por interés, o el paciente declara que han estado viviendo de sus cuentas de ahorro.
 - La documentación indique patrimonio significativo.
- j. Si una de las tres situaciones arriba mencionadas es el caso, se podrán considerar activos líquidos incluyendo:
 - Cuentas corrientes y de ahorros
 - Acciones y bonos
 - CD's
 - Mercado monetario o cualquier otra cuenta financiera durante los últimos tres meses
 - La declaración de impuestos del año anterior
 - Podrá revisarse también un informe crediticio

Se encuentran excluidos los siguientes activos

- Los primeros \$10,000 de activos monetarios
- Hasta \$150,000 de una residencia primaria
- Ciertos beneficios de jubilación tal como un 401-K al que el IRS haya otorgado tratamiento impositivo preferencial como cuenta de jubilación incluyendo pero no limitado a planes de compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code), o planes de compensación diferida no calificados donde el paciente podría potencialmente pagar impuestos y/o penalidades al cobrar ese beneficio.

Si el balance a pagar es suficiente para garantizarlo, y los activos son apropiados, podrá efectuarse una retención en los activos por el monto de la factura. Los esfuerzos de cobro consistirán en la colocación de la retención que resultará en el pago al hospital al venderse o transferirse el activo. Refiérase a las normas de Cobro del Centro Médico (Medical Center Collection policy) sobre la presentación de retenciones.

- k. Si el hospital tiene motivos para creer que la información no es fiable o es incorrecta, o fue obtenida bajo presión, o a través de prácticas de coacción, se podrá negar la Ayuda Financiera.

Coordinador de Cobros

- a. Si reúne las condiciones, y es de menos de \$2,500, la cuenta se amortizará como FA cuando se finalice el formulario de Solicitud de Ayuda Financiera. Se retiene una copia en el expediente electrónico del paciente. Si reúne las condiciones, y el balance es de \$2,500 o más, el Coordinador de Cobros obtendrá la firma o firmas

- apropiadas para el ajuste tal como lo define la Norma FD-30 de la División de Finanzas y completará el proceso.
- b. PRMC solo revisará aquellas cuentas en las que el paciente o garante hagan averiguaciones sobre FA, basados en el envío de una solicitud por correo, o en el funcionamiento normal de la cuenta si hay alguna indicación de que el paciente pueda reunir las condiciones. Cualquier representante de servicio al paciente/cliente, consejero financiero, o representante de cobros podrá iniciar el proceso de solicitud.
 - c. Una vez que se haya aprobado una solicitud, se podrá incluir en el ajuste los servicios de tres meses anteriores a la aprobación y doce meses posteriores a la aprobación. Todos los encuentros que se incluyan con la solicitud deben hacer referencia al número de encuentro original donde se almacena la imagen electrónica de la solicitud. Las fechas de servicios que estén fuera de este margen de quince meses se podrán incluir si los aprueba un Supervisor, Gerente, o Director. Cualquier monto que exceda \$5 y que ya haya sido cobrado al paciente o garante por fechas de servicio aprobadas se reintegrará al paciente si se realiza la determinación dentro de los dos años de la fecha de atención.
 - d. PRMC se comunicará con el paciente usando el método preferido por el paciente, incluyendo comunicaciones electrónicas, por teléfono o por correo.

Nota: Efectivo a partir del 7-1-16, se combina la FD-162 (norma # 162 de la División de Finanzas) con la norma del Centro Médico. Ya no se requiere o mantendrá una norma de la División.

Anexo I – Listado de Proveedores
Anexo II – Resumen en Lenguaje Llano
Anexo III – Índice Federal de Pobreza
Anexo IV – Solicitud de Ayuda Financiera – Inglés

Steven Leonard
Presidente/CEO

Bruce Ritchie
Vice Presidente de Finanzas/CFO