



**St. Christopher's
Hospital for Children**

Acceso para pacientes

FECHA ORIGINAL: noviembre de 2019

FECHA DE ÚLTIMA CORRECCIÓN: enero de 2020

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: enero de 2020

Asistencia Financiera para el Paciente

I. OBJETIVO O PROPÓSITO O DESCRIPCIÓN

- A. Garantizar que se establezcan y se practiquen procedimientos estandarizados en St. Christopher en lo que respecta a la identificación y asistencia consistente para los pacientes que necesiten asistencia financiera. St. Christopher se cataloga como una entidad benéfica en virtud del artículo 501(c) (3) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés). En cumplimiento del artículo 501(r) del IRC, está obligado a establecer y divulgar ampliamente la política de asistencia financiera de la organización. El propósito de la política es identificar y apoyar a pacientes con necesidades financieras, así como difundir la disponibilidad de la asistencia financiera por todo el sistema de salud y la comunidad.

II. ALCANCE: SCHC O SCPA O AMBOS

- A. Prácticas de St. Christopher y sus socios de Tower Health Medical Group.

III. POLÍTICA

- A. Como parte de la misión de St. Christopher de ofrecer atención médica compasiva, asequible, de alta calidad y rentable para la comunidad, se reconoce que no todos los pacientes tienen la misma capacidad para pagar los servicios médicos. St. Christopher publicará ampliamente disponibilidad de asistencia financiera para la comunidad a través de la página web del hospital, folletos y la interacción con los grupos de apoyo de la comunidad. Los asesores financieros educarán a los pacientes y las familias sobre los recursos disponibles y brindarán ayuda con la solicitud de asistencia financiera y el proceso de aprobación para asegurar que todos los pacientes continúen teniendo la oportunidad de acceder a la atención que necesitan.

IV. DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés): el artículo 501(r)(5)(A) exige que una organización hospitalaria limite el importe cobrado en concepto de atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria brindada a personas elegibles para

asistencia en virtud del Programa de Ayuda Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés) de la organización (individuos elegibles para el FAP) a un importe que no exceda el que generalmente se factura a las personas con un seguro que cubre dicha atención. Los AGB se calculan utilizando el método prospectivo basado en la tarifa de Medicare para las tasas de servicio.

Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés): requisito regulatorio federal que establece que cualquier hospital que reciba pagos de Medicare debe brindar asistencia a cualquier paciente que llegue a la sala de emergencias en busca de tratamiento, independientemente de la ciudadanía del paciente, su situación legal en los Estados Unidos o su capacidad para pagar los servicios.

Lineamientos Federales de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): estos lineamientos se publican anualmente en el Registro Federal y se utilizan para determinar una base para el nivel de pobreza. El Departamento de Salud y Servicios Sociales publica estos datos estadísticos.

Asistencia financiera: atención médica brindada a pacientes sin expectativa de pago, total o parcial, según lo establecido por la incapacidad del paciente para realizar el pago.

Garante: persona legal y financieramente responsable del pago de la factura del paciente.

Servicios de alto costo: A efectos de esta política, los servicios de alto costo incluyen, entre otros, servicios brindados por departamentos de alto costo, como imágenes de alta gama, cardiología, servicios perioperatorios, admisiones programadas y servicios respiratorios, así como servicios de terapia ambulatoria.

Composición familiar: se determina por el tamaño tributario de la familia. El tamaño de la familia incluye, entre otros, a los contribuyentes, el cónyuge del contribuyente y otras personas a cargo.

Ingresos familiares: los ingresos de los que residen en el hogar incluyen, entre otros, salarios, intereses, dividendos, beneficios de seguridad social, beneficios de veteranos, jubilaciones e ingresos conyugales. Para fines de elegibilidad para la asistencia financiera, ejemplos de ingresos excluidos son los beneficios de asistencia temporal a familias con necesidades (TANF, por sus siglas en inglés), beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), beneficios del Programa de Asistencia de Energía a los Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y beneficios de climatización.

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

Servicios médicamente necesarios: servicios o suministros de atención médica que se necesitan para diagnosticar o tratar una dolencia, una lesión, una afección, una enfermedad o sus síntomas y que satisfacen los estándares aceptados en medicina.

Pacientes presuntamente elegibles: pacientes que se presume que son elegibles para la asistencia financiera en base a circunstancias de vida, como sin hogar, falta de ingresos o elegibilidad previa a programas de asistencia financiera.

Pacientes subasegurados: pacientes que tienen cobertura de seguro que conlleva una responsabilidad financiera alta para el pago de las facturas médicas.

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

V. PROCEDIMIENTOS

- A. Difusión de la opción de asistencia financiera para el paciente
 1. La política actual de asistencia financiera y solicitudes de asistencia financiera, en español y en inglés, se pueden encontrar en <https://www.stchristophershospital.com/SitePages/For-Patients/Insurance-Financial-Support/Financial-Assistance-Program.aspx>. Asimismo, Tower Health mantiene y actualiza, al menos trimestralmente, una lista de todos los proveedores (identificados con nombre, entidad o grupo de práctica, departamento hospitalario o tipo de servicio) que ofrecen servicio de emergencias u otra atención médicamente necesaria en St. Christopher, especificando cuáles proveedores están o no cubiertos por esta política de asistencia financiera para el paciente. Esta lista de proveedores está disponible en línea en el siguiente sitio web de St. Christopher: <https://www.stchristophershospital.com/SitePages/Our-Services/Find-a-Physician.aspx>. Las tarifas por servicios ofrecidos por médicos que nos son empleados de St. Christopher se excluyen de la política de asistencia financiera.
 2. Los folletos titulados *Understanding Billing & Payment* (comprensión de la facturación y el pago) incluyen un resumen, en lenguaje sencillo, de la política de asistencia financiera. Los folletos, impresos en inglés y español, estarán disponibles en los pasillos y áreas de espera de todo St. Christopher. Estos folletos brindan un resumen fácil de leer del programa de asistencia financiera, con información de contacto de empleados de St. Christopher que ayudarán a los pacientes en el proceso de solicitud. Estos folletos también se distribuyen a los pacientes en los puntos de registro en todo St. Christopher. Se entrega el folleto a los pacientes no asegurados o que expresen incapacidad de pago en el punto de servicio. A los pacientes de emergencia en estas situaciones se les entrega el folleto en el momento del alta.

3. Los resúmenes de cuenta de los pacientes por servicios en St. Christopher contienen una guía e instrucciones sobre la disponibilidad del programa de asistencia financiera. Además, el reverso del resumen de cuenta es una solicitud de asistencia financiera.
 4. St. Christopher trabajará estrechamente con programas de apoyo en la comunidad. La disponibilidad de la política de asistencia financiera en St. Christopher se comparte con esos organismos.
- B. Identificación de pacientes que necesitan asistencia financiera para servicios medicamente necesarios
1. Como resultado del proceso de verificación de cobertura para el servicio de asistencia financiera para el paciente, habrá oportunidad de identificar pacientes no asegurados y subasegurados. Los recursos de asesoría financiera de St. Christopher ayudarán a estos pacientes con el proceso de solicitud de Medicaid.
 2. Los pacientes a los que se les haya denegado cobertura de Medicaid o que hayan sido evaluados y no cumplan con los criterios de cobertura de Medicaid se tendrán en cuenta para el programa de asistencia financiera para el paciente.
 3. Los servicios financieros para el paciente de St. Christopher utilizarán los recursos de elegibilidad disponibles para determinar cobertura de seguros y los beneficios disponibles para todos los pacientes. Para pacientes programados, la verificación de cobertura tendrá lugar antes de la llegada del paciente para todos los servicios de alto costo (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada, procedimientos quirúrgicos, servicios de cardiología). A los pacientes programados que reciben servicios que no entran dentro de la definición de alto costo, así como los no programados, se les verificará la cobertura al momento de ser admitidos. Como resultado del proceso de verificación de cobertura, se podrá pedir a los pacientes que paguen la suma de su responsabilidad confirmada antes de la admisión. Se verificará la cobertura de pacientes en sala de emergencias después del examen de detección médico, como es requerido por la ley EMTALA.
 4. La política de facturación y cobranza de St. Christopher describe el proceso mediante el cual St. Christopher cobrará y facturará a los pacientes no asegurados, y continuará el cobro de los saldos pendientes. La tasa no asegurada es del 30% 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 de facturación y cobranza de St. Christopher está disponible en línea en la página web de St. Christopher y se puede conseguir una copia impresa, sin ningún costo, llamando al 215-427-8442.

C. Determinación de elegibilidad para la asistencia financiera

1. Los pacientes que hayan recibido servicios medicamente necesarios o de emergencia y que demuestren incapacidad para pagar por los servicios serán considerados para la política de asistencia financiera.
2. Los pacientes provenientes de otro país y que requieran servicios de emergencia son elegibles para la consideración de asistencia financiera. Sin embargo, los pacientes que visitan los Estados Unidos con la intención de recibir atención médica sin carácter de emergencia no son generalmente elegibles para la asistencia financiera.
3. Se les pedirá a los pacientes brindar verificación de los ingresos familiares junto con los nombres de las personas que vivan en el hogar, como requerimiento para el proceso de solicitud. Esta información se utiliza para determinar en qué nivel se encuentra la familia en virtud de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). La categoría en los FPL determinará la contribución del paciente o garante con respecto a la factura médica, como se indica en el cuadro a continuación.
4. Se asigna un monto de subsidio a cada categoría de los FPL y se calcula utilizando el porcentaje asignado de la tarifa de Medicare por tarifa de servicio. Para los pacientes que superan el 400% de los FPL, se aplica la tarifa de paciente sin seguro.

D. Categoría en los FPL	Subsidio	Pago máximo del paciente por encuentro/visita
= < 200% de FPL	100% de subsidio de asistencia financiera	\$0
entre 201% hasta 250% de FPL	90% de subsidio de tarifa de MCR FFS	\$300
entre 251% hasta 300% de FPL	80% de subsidio de tarifa MCR FFS	\$500
entre 301% hasta 350% de FPL	70% de subsidio de tarifa MCR FFS	\$1,000
entre 351% hasta 400% de FPL	50% de subsidio de tarifa MCR FFS	\$2,000

5. Los pacientes también pueden considerarse presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera en base a sus circunstancias actuales. St. Christopher utilizará todos los recursos disponibles para verificar la presunta elegibilidad. Por ejemplo: se tendrán en cuenta recursos de verificación electrónica, cartas de gestión de miembros de la familia o alojamientos, y/o la propia descripción del paciente de sus circunstancias

actuales de vida. Los pacientes que cumplan requisitos para una presunta elegibilidad recibirán el 100% de asistencia financiera.

6. Se alienta a los pacientes a empezar a solicitar la asistencia financiera tan pronto como sea posible durante el proceso de acceso a atención médica. Entre más pronto St. Christopher conozca la necesidad financiera, mayor será la oportunidad de conectar al paciente exitosamente con posibles recursos, como Medicaid u otra ayuda o programa de seguro. Si bien es ideal empezar el proceso lo más pronto posible, los pacientes son elegibles para solicitar la consideración de la asistencia financiera en cualquier momento del ciclo de facturación y cobranza. Si la solicitud de asistencia financiera se inicia mientras la cuenta está en el proceso de cobranza, las actividades de cobranza cesarán hasta que se haya tomado una determinación de elegibilidad.
7. A los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera se les cobrará menos que los cargos brutos por cualquier atención sin carácter de emergencia y que no sea médicamente necesaria que brinde el hospital.
8. Las determinaciones correspondientes a la elegibilidad para asistencia financiera se tomarán en los 14 días siguientes a la recepción de la solicitud completa de asistencia financiera. Las solicitudes incompletas se revisarán y se contactará al paciente/garante para obtener información adicional. Se enviará una carta de confirmación, en inglés y en español; y un resumen de cuenta de paciente revisado, en los que se describa el resultado de la determinación. El resumen de cuenta revisado tendrá en cuenta cualquier pago en exceso hecho por el paciente tras determinar la cantidad adeudada.

Cuando la asistencia financiera sea aprobada, la carta de confirmación también servirá para especificar el plazo cubierto por la determinación de la asistencia financiera. La carta de confirmación contendrá un nombre de contacto que el paciente podrá conservar como referencia y recurso para otras inquietudes.

9. Si la asistencia financiera no es aprobada, se enviarán cartas, en español e inglés, en las que se describen los motivos de la determinación y se da información sobre otras opciones de pago. Si los pacientes desean apelar la determinación, también recibirán instrucciones sobre el proceso de apelación.
10. Los pacientes o garantes que no estén de acuerdo con el resultado de la elegibilidad para la asistencia financiera tendrán la oportunidad de apelar la determinación. La responsabilidad de revisar la solicitud de apelación será del director de Acceso para Pacientes, el vicepresidente ejecutivo del Ciclo de Facturación y, si es necesario, el vicepresidente ejecutivo y director financiero.

VI. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

- A. El equipo de Administración de acceso para pacientes será responsable de la difusión anual de las expectativas cubiertas en esta política. Los empleados nuevos de Acceso de Pacientes serán capacitados como parte de su orientación inicial.

VII. DERIVACIONES

VIII. CANCELACIÓN

- A. El contenido de este documento sustituye todas las políticas/procedimientos/protocolos/guías/memorandos u otras comunicaciones concernientes a este documento.