

CENTRO: Tower Health at Home		
MANUAL: Tower Health at Home		CARPETA: General
TÍTULO: Patient Financial Assistance		RESPONSABLE DEL DOCUMENTO: VP, Nursing & Operations
ADMINISTRADORA DEL DOCUMENTO: Sr. VP, Chief Nursing Officer		PALABRAS CLAVE:
FECHA ORIGINAL: Agosto de 2019	FECHA DE REVISIÓN: 7/2026	FECHAS DE REVISIÓN: 10/2020, 10/2021, 1/2024, 4/2026, 7/2026

ALCANCE:

Aplica a Tower Health at Home.

OBJETIVO:

Asegurar que se establezcan y apliquen procedimientos estándar en todo Tower Health at Home para identificar y proporcionar asistencia de manera consistente a los pacientes que necesitan ayuda financiera. Tower Health at Home está designada como una organización benéfica en virtud de la Sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés). Conforme a la sección 501(r) del IRC, se requiere establecer y dar a conocer ampliamente la política de asistencia financiera de la organización. El objetivo de esta política es identificar y atender a los pacientes con dificultades económicas, así como crear una mayor conciencia sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todo el sistema de salud y la comunidad.

POLÍTICA:

Como parte de la misión de Tower Health at Home de proporcionar a la comunidad una atención médica compasiva, accesible, de alta calidad y rentable, se reconoce que no todos los pacientes tienen la misma capacidad para pagar los servicios médicos. Tower Health at Home dará a conocer ampliamente la disponibilidad de ayudas financieras a la comunidad a través del sitio web de la agencia, folletos y la colaboración con organizaciones de apoyo a la comunidad. El personal de la agencia informará a los pacientes y a sus familias sobre los recursos disponibles y les proporcionará apoyo en el proceso de solicitud y aprobación de la ayuda financiera para garantizar que todos los pacientes sigan teniendo la oportunidad de acceder a la atención que necesitan.

DEFINICIONES:

- A. Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés): La sección 501(r)(5)(A) exige que una organización hospitalaria limite los montos facturados por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria prestada a las personas elegibles a recibir asistencia bajo el Programa de Asistencia Financiera (FAP) de la organización (personas elegibles al FAP), sin superar las cantidades que se facturan habitualmente a las personas que cuentan con un seguro médico que cubre dicha atención. El AGB se calcula mediante el método prospectivo, basado en las tarifas de pago por servicio de Medicare.
- B. Guías del Nivel Federal de Pobreza (FPL): estas guías se publican anualmente en el Registro Federal y se utilizan para determinar una referencia del nivel de pobreza. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) publica esta información estadística.

- C. Asistencia financiera: atención médica brindada a pacientes sin la expectativa de recibir pago por los servicios, ya sea en su totalidad o en parte, según se determine en función de la incapacidad financiera del paciente para abonarlos.
- D. Garante: persona que es responsable legal y financieramente del pago de la factura de un paciente.
- E. Servicios de alto costo: a los efectos de esta política, los servicios de alto costo se definen, entre otros, como aquellos prestados por departamentos de alto costo, tales como los servicios de cuidados paliativos y de terapia.
- F. Composición del hogar: se determina según el tamaño del hogar a efectos fiscales. El tamaño del hogar incluye al paciente, su cónyuge y cualquier hijo biológico o adoptado menor de 18 años.
- G. Ingresos del hogar: los ingresos de las personas que residen en el hogar, que incluyen, entre otros, salarios, intereses, dividendos, beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pensiones e ingresos del cónyuge. A los efectos de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, algunos ejemplos de ingresos que se excluyen son los beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y los beneficios del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y los beneficios del Programa de Climatización de Viviendas (WAP).
- H. Medicaid: un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los gastos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados.
- I. Servicios médicamente necesarios: servicios de salud o suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados.
- J. Pacientes presuntamente elegibles: pacientes que se presume que tienen elegibilidad para recibir asistencia financiera debido a circunstancias de vida tales como la falta de vivienda, ingresos nulos o haber sido elegibles anteriormente para programas de asistencia financiera.
- K. Pacientes con seguro insuficiente: pacientes cuya cobertura de seguro les impone una elevada responsabilidad financiera en el pago de sus facturas médicas.
- L. Pacientes sin seguro: Pacientes que no cuentan con cobertura de seguro para sus necesidades médicas.

PROCEDIMIENTO:

A. Difusión de la opción de asistencia financiera para pacientes

- A.1. La Política de Asistencia Financiera (FAP) vigente, las solicitudes y el resumen en lenguaje sencillo (PLS) están disponibles en inglés y en el idioma principal de las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP) que constituyan el menor de 1,000 personas o el 5 % de la comunidad atendida por el área de servicio principal de THAH.
 - La FAP, las solicitudes y el PLS están disponibles en línea en el sitio web: <https://towerhealth.org/locations/home-health-and-hospice/tower-health-home-financial-assistance>
- A.2. La información sobre los cargos, incluido el resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera, se incluye en el folleto de admisión del paciente que se entrega a cada paciente. Este resumen fácil de leer del programa de asistencia financiera incluye la

información de contacto de los empleados de Tower Health at Home que ayudarán a los pacientes con el proceso de solicitud.

- A.3. Los estados de cuenta de los pacientes por los servicios de Tower Health at Home contienen orientación e instrucciones sobre la disponibilidad del programa de asistencia financiera.
- A.4. Tower Health at Home colaborará estrechamente con los programas de defensa de los derechos de la comunidad. Se informa a dichas agencias sobre la disponibilidad de la política de asistencia financiera de Tower Health at Home.

B. Identificación de los pacientes que necesitan asistencia financiera para servicios médicamente necesarios:

- B.1. Como resultado del proceso de verificación de cobertura de los servicios financieros para pacientes de Tower Health at Home, se podrá identificar a los pacientes sin seguro y a los pacientes con cobertura insuficiente. Los servicios de asesoría financiera de Tower Health at Home ayudarán a estos pacientes con el proceso de solicitud de Medicaid.
- B.2. Los pacientes a quienes se les deniegue la cobertura de Medicaid, o aquellos que, tras ser evaluados, no cumplan con los criterios de cobertura de Medicaid, serán considerados para el programa de Asistencia Financiera para Pacientes.
- B.3. Los servicios financieros para pacientes de Tower Health at Home utilizarán los recursos de elegibilidad disponibles para determinar la cobertura de seguro y los beneficios a los que tienen derecho todos los pacientes. En el caso de los pacientes con cita previa, la verificación de la cobertura se llevará a cabo antes de la admisión del paciente para todos los servicios de alto costo.
- B.4. La política de cobros internos y externos de Tower Health at Home describe el proceso mediante el cual Tower Health at Home cobrará y facturará a los pacientes sin seguro y buscará el cobro de los saldos pendientes. La tarifa para pacientes sin seguro es del 70 % del AGB y se aplica en el momento en que se realiza el pago inicial. La política de cobros internos y externos está disponible en línea en el sitio web de THAH, y se puede obtener una copia impresa, sin costo alguno, enviando un correo electrónico a THAHBilling@towerhealth.org o llamando al 610-378-0481.

C. Determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera

- C.1. Los pacientes que soliciten o hayan recibido cualquier servicio médicamente necesario y que demuestren su incapacidad para pagar dichos servicios serán considerados para la política de asistencia financiera.
- C.2. La asistencia se puede utilizar únicamente para servicios de atención directa al paciente, excepto en el caso de suministros médicos para cuidados paliativos, equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y medicamentos cubiertos cuando no exista otra fuente de reembolso disponible.
- C.3. El número máximo de visitas aprobadas por paciente al mes no debe exceder las 12 visitas. Los servicios tienen un límite máximo de 20 visitas en total. Cualquier solicitud que exceda los límites mensuales o totales de visitas debe ser aprobada por el vicepresidente de Enfermería y Operaciones.

- Al inicio de la atención, la autorización para las visitas incluirá todas las disciplinas y se anotará en el historial médico electrónico (EMR, por sus siglas en inglés) para referencia del personal. Las visitas se registrarán manualmente para garantizar que no se excedan los límites máximos de visitas.
- C.4 Los pacientes que visitan los Estados Unidos con la intención de recibir atención médica que no sea de emergencia generalmente no tienen elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- C.5 Se solicitará a los pacientes que presenten una verificación de los ingresos del hogar junto con los nombres de las personas que residen en él, como requisito del proceso de solicitud. Esta información se utiliza para determinar en qué nivel de las Guías del Nivel Federal de Pobreza (FPL) se encuentra el hogar. Para la verificación de ingresos, se debe proporcionar lo siguiente (cuando corresponda) para cada miembro del hogar:
- Nóminas recientes o una verificación por escrito del empleador
 - Formularios W-2 y/o 1099
 - Formulario de aprobación o denegación del seguro de desempleo o de la indemnización por accidente laboral
 - Verificación por escrito de las agencias de asistencia social o de cualquier organismo gubernamental sobre los ingresos de la persona
 - Los trabajadores independientes deben presentar los formularios de impuestos completos de la declaración más reciente, incluido el Anexo C
 - Estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas activas (solo para verificación de activos)
- C.6. A cada categoría del FPL se le asigna un monto de subsidio, el cual se calcula utilizando el porcentaje asignado de la tarifa de pago por servicio de Medicare. Para los pacientes que superan el 400 % del FPL, se aplica la tarifa para personas sin seguro.

Categoría del FPL *	Asignación	Pago máximo del paciente por consulta / visita
≤ 200% del FPL	Asignación de asistencia financiera del 100%	\$ 0
entre 201% y 250% del FPL	90% de asignación basada en MCR FFS**	\$ 300
entre 251% y 300% del FPL	80% de asignación basada en MCR FFS	\$ 500
entre 301% y 350% del FPL	70% de asignación basada en MCR FFS	\$ 1,000
entre 351% y 400% del FPL	50% de asignación basada en MCR FFS	\$ 2,000

* *Guías del Nivel Federal de Pobreza (FPL)*

** *Tarifas de Medicare por servicio prestado (MCR FFS)*

- C.7. Aunque lo ideal es iniciar el proceso lo antes posible, los pacientes tienen elegibilidad para solicitar que se considere su caso para recibir asistencia financiera dentro de los 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta del paciente.
- C.8. A los pacientes que se determine que tienen elegibilidad para recibir asistencia financiera se les cobrará menos que el monto bruto por cualquier atención que no sea médicamente necesaria y que sea prestada por Tower Health at Home.

- C.9 Las decisiones relativas a la elegibilidad para recibir asistencia financiera se tomarán en un plazo de 14 días a partir de la recepción de una solicitud completa de asistencia financiera. Las solicitudes incompletas se revisarán y se intentará contactar al paciente o al garante para obtener información adicional. Se enviará una carta de confirmación al paciente en la que se describirá el resultado de la decisión. Los estados de cuenta revisados tomarán en cuenta cualquier pago en exceso realizado por el paciente al determinar el monto adeudado.
- C.10. Cuando se apruebe la asistencia financiera, la carta de confirmación también servirá para especificar el plazo que abarca la decisión sobre la asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera aprobadas tienen vigencia de un (1) año a partir de la fecha inicial del servicio.
- C.11. Si no se aprueba la ayuda financiera, se enviarán cartas en las que se explicarán los motivos de la decisión, así como información sobre a quién se debe contactar para conocer otras opciones de pago y cómo realizar la apelación.
- C.12. Los pacientes o sus garantes que no estén de acuerdo con el resultado de la decisión tendrán la oportunidad de realizar una apelación en relación con la elegibilidad de la decisión. La revisión de la solicitud de apelación será responsabilidad del vicepresidente de Enfermería y Operaciones y el director financiero.

D. Elegibilidad presunta

- D.1. Los pacientes pueden tener elegibilidad para un descuento del saldo total pendiente de pago, incluso sin haber completado el formulario de solicitud de asistencia financiera, si cumplen con uno de los siguientes requisitos:
- Es una persona sin hogar o reside en una vivienda subsidiada para personas de bajos ingresos.
 - Actualmente es elegible para recibir beneficios de Medicaid (como seguro primario), pero no lo tenía en la fecha del servicio, o
 - se han agotado los beneficios de Medicaid o los cargos corresponden a servicios que no están cubiertos por Medicaid.
 - Actualmente es elegible para recibir asistencia para medicamentos recetados, SNAP/cupones de alimentos o WIC.
 - Cumple con los requisitos para recibir beneficios de una agencia gubernamental como víctima de un delito violento o de agresión sexual, y el tratamiento está relacionado con dicho delito o agresión
 - Tiene una incapacidad demostrada para pagar los servicios, teniendo en cuenta todos los activos disponibles.

E. Responsabilidades y expectativas financieras

- E.1. Si un paciente no cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera, se aplican las siguientes:
- THAH comunicará claramente las expectativas financieras a los pacientes lo antes posible en el ciclo de facturación para evitar confusiones o dificultades.
 - Los pacientes son responsables de comprender su cobertura de seguro y de presentar cualquier documentación requerida.
 - Los pacientes son responsables de cualquier saldo a cargo propio, incluyendo los montos no cubiertos por el seguro o por terceros pagadores.
 - Es posible que a los pacientes con saldos pendientes se les exija saldar los montos vencidos antes de recibir atención adicional.
 - Tower Health at Home puede posponer los servicios adicionales de atención médica a

domicilio o de cuidados paliativos para aquellos pacientes que se nieguen repetidamente a realizar esfuerzos razonables para pagar su atención.

DIRECTRIZ:

PROTOCOLO DEL PROVEEDOR:

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN:

El equipo del Ciclo de Ingresos se encargará de impartir capacitación anual sobre las expectativas contempladas en esta política. Los nuevos empleados del Ciclo de Ingresos recibirán la capacitación correspondiente durante su orientación inicial.

REFERENCIAS:

APROBACIONES DEL COMITÉ/CONSEJO:

CANCELACIÓN:

El contenido de este documento sustituye a todas las políticas, procedimientos, protocolos, directrices, memorandos y/u otras comunicaciones anteriores relacionadas con este documento.

La copia impresa no está controlada y puede que no sea la versión actual.