

RECINTO: Phoenixville Hospital	
MANUAL: Hospital-Wide	CARPETA:
TÍTULO: Patient Financial Assistance	DUEÑO DEL DOCUMENTO: Director, Tax and Grant
ADMINISTRADOR DEL DOCUMENTO: Vice President, Revenue Cycle	PALABRAS CLAVES:
FECHA ORIGINAL: September 2017	FECHAS DE REVISIÓN: 3/19, 10/2020, 02/2025, 2/2026

ALCANCE:

Phoenixville Hospital. Conforme a la sección 501(r)(4) del Servicio de Rentas Internas federal (IRS, por sus siglas en inglés), los proveedores que prestan servicios de atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios dentro de las instalaciones del hospital y que están cubiertos por esta Política de Asistencia Financiera incluyen a Tower Health Medical Group.

OBJETIVO:

Garantizar que se establezcan y apliquen procedimientos estándares en todo el Phoenixville Hospital en lo que respecta a la identificación y la asistencia sistemática a los pacientes que necesitan asistencia financiera. El Phoenixville Hospital está designado como organización benéfica en virtud de la sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés). Conforme al artículo 501(r) del IRC, es obligatorio 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 dar a conocer mejor la disponibilidad de asistencia financiera en todo el sistema de salud y la comunidad.

POLÍTICA:

Como parte de la misión de Phoenixville Hospital de proporcionar a la comunidad una atención de salud compasiva, accesible, de alta calidad y rentable, se reconoce que no todos los pacientes tienen la misma capacidad para pagar los servicios médicos. El Phoenixville Hospital dará a conocer ampliamente la disponibilidad de ayudas económicas a la comunidad a través del sitio web del hospital, folletos y la colaboración con organizaciones comunitarias de apoyo. Los asesores financieros informarán a los pacientes y a sus familias sobre los recursos disponibles y les prestarán asistencia en el proceso de solicitud y aprobación de la asistencia financiera para garantizar que todos los pacientes sigan teniendo la oportunidad de acceder a la atención que necesitan.

DEFINICIONES:

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 urgencia u otra atención médicamente necesaria prestada a las personas con derecho a recibir asistencia en virtud del Programa de Asistencia Financiera (FAP) de la organización (personas con derecho 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.

EMTALA (Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo): requisito normativo federal que establece que cualquier hospital que acepte pagos de Medicare debe prestar asistencia a cualquier paciente que acuda a su servicio de emergencias para recibir tratamiento, independientemente de la ciudadanía del paciente, su situación legal en los Estados Unidos o su capacidad para pagar por los servicios.

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.

Asistencia financiera: asistencia de salud prestada a los pacientes sin esperar el pago de los servicios, ni en su totalidad ni en parte, debido a la incapacidad económica del paciente para abonarlos.

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

Servicios de alto costo: a efectos de esta política, los servicios de alto costo se definen, entre otros, como los prestados por departamentos de alto costo, tales como servicios de diagnóstico por imagen de alta tecnología, cardiología, servicios perioperatorios, ingresos programados y servicios respiratorios, así como servicios de terapia ambulatoria.

Composición del hogar: se define como: paciente/pareja, cualquier hijo biológico o adoptado menor de 18 años.

Ingresos del hogar: ingresos de las personas que residen en el hogar, incluyendo, entre otros, salarios, intereses, dividendos, prestaciones de la Seguridad Social, prestaciones para veteranos, pensiones e ingresos del cónyuge. A efectos de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, algunos ejemplos de ingresos que se excluyen son las prestaciones del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), los beneficios del Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y los beneficios del Programa de Climatización de Viviendas (WAP).

Medicaid: un programa conjunto federal y estatal que ayuda a sufragar los gastos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Servicios médicamente necesarios: servicios o suministros sanitarios necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

Pacientes presuntamente elegibles: pacientes que se presume que son elegibles para recibir asistencia financiera en función de sus circunstancias vitales, como la falta de hogar, la ausencia de ingresos o la elegibilidad previa para programas de asistencia financiera.

Pacientes con cobertura insuficiente: pacientes cuya cobertura de seguro médico les obliga a asumir una elevada responsabilidad económica en el pago de sus facturas médicas.

Pacientes sin seguro médico: pacientes que no disponen de cobertura de seguro médico para sus necesidades médicas.

PROCEDIMIENTO:

1) Difusión de la opción de asistencia financiera para pacientes

- a) La Política de Asistencia Financiera (FAP), las solicitudes y el Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS) actuales están disponibles en inglés y en el idioma principal de las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP) que constituyan el menor entre 1,000 personas o el 5% de la comunidad atendida en el área de servicio primario de Phoenixville.
- b) La FAP, las solicitudes y el PLS están disponibles en línea en el sitio web:
<https://towerhealth.org/locations/phoenixville-hospital/billing/financial-assistance>.
- c) Además, el Phoenixville Hospital mantiene y actualiza, al menos trimestralmente, una lista de todos los proveedores (identificados por nombre, grupo o entidad médica, departamento del hospital o tipo de servicio) que prestan atención de emergencia u otra atención médica necesaria en el Phoenixville Hospital, en la que se especifica qué proveedores están cubiertos y cuáles no por esta Política de Asistencia Financiera al paciente. Esta lista de proveedores está disponible en línea en el sitio web de Phoenixville Hospital: <https://www.towerhealth.org/providers/>. Las tarifas por los servicios prestados por médicos que no son empleados de Phoenixville Hospital están excluidos de la Política de Asistencia Financiera.
- d) Los folletos titulados Understanding Billing & Payment (Información sobre Facturación y Pagos) incluyen un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera. Los folletos, impresos en inglés y español, estarán disponibles en los vestíbulos (lobby) y salas de espera alrededor de todo Phoenixville Hospital. Estos folletos ofrecen un resumen fácil de leer del FAP, con la información de contacto de los empleados de Phoenixville Hospital que ayudarán a los pacientes con el proceso de solicitud. Estos folletos también se distribuyen a los pacientes en los mostradores de admisión de todo el Phoenixville Hospital. Se entrega el folleto a los pacientes que no tienen seguro médico o que manifiestan su incapacidad para pagar en el momento de la atención. A los pacientes de urgencias que se encuentren en estas situaciones se les entrega el folleto en el momento del alta.
- e) Las facturas de los pacientes por los servicios de Phoenixville Hospital incluyen información y orientación sobre la disponibilidad del FAP.
- f) El Phoenixville Hospital colaborará estrechamente con grupos de apoyo de la comunidad. La disponibilidad de la Política de Asistencia Financiera de Phoenixville Hospital es compartida con dichos organismos.

2) Identificación de pacientes que necesitan asistencia financiera para servicios médicamente necesarios:

- a) Como resultado del proceso de verificación de la cobertura de los servicios financieros para pacientes de Phoenixville Hospital, se podrá identificar a los pacientes sin seguro médico y a aquellos con cobertura insuficiente. Los servicios de asesoramiento financiero de Phoenixville Hospital ayudarán a estos pacientes con el proceso de solicitud de Medicaid.
- b) Los pacientes a los que se les deniegue la cobertura de Medicaid, o aquellos que, tras ser evaluados, no cumplan los criterios de cobertura de Medicaid, serán considerados para el Programa de Asistencia Financiera para Pacientes.

- c) Los servicios financieros para pacientes de Phoenixville Hospital utilizarán los recursos de elegibilidad disponibles para determinar la cobertura de seguro médico 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 llegada del paciente para todos los servicios de alto costo (por ejemplo: imágenes de resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan), procedimientos quirúrgicos, servicios de cardiología). A los pacientes con cita previa que reciban servicios que no se definan como de alto costo, así como a los pacientes sin cita previa, se les verificará la cobertura en el momento del registro. Como resultado del proceso de verificación de la cobertura, es posible que se solicite a los pacientes que paguen el monto de su responsabilidad confirmada antes del registro. A los pacientes de urgencias se les verificará la cobertura tras el examen de evaluación médica inicial, tal y como exigen las directrices de EMTALA.
- d) La política de facturación y cobro de Phoenixville Hospital describe el proceso mediante el cual el Phoenixville Hospital cobrará y facturará a los pacientes sin seguro médico y se encargará del cobro de los saldos pendientes. La tarifa para pacientes sin seguro médico es del 70% del AGB y se aplica en el momento de la facturación. Esta política de facturación y cobro de Phoenixville Hospital está disponible en línea en el sitio web de Phoenixville Hospital, y se puede obtener una copia impresa de forma gratuita enviando un correo electrónico a call.center@towerhealth.org o llamando al 484-628-5683.
 - Los procedimientos cosméticos tienen una tabla de tarifas de pago por cuenta propia establecida y no están sujetos a las tarifas de pago para personas sin seguro médico.

3) Determinación de la elegibilidad para la ayuda financiera:

- a) Los pacientes que soliciten o hayan recibido cualquier servicio de urgencia o medicamento necesario y que demuestren su incapacidad para pagar dichos servicios serán considerados para la Política de Asistencia Financiera.
- b) Los pacientes que visitan el país desde el extranjero y necesitan servicios de urgencias pueden optar a recibir asistencia financiera. Sin embargo, los pacientes que visitan los Estados Unidos con la intención de recibir atención médica que no sea de urgencia no suelen tener derecho a dicha ayuda.
- c) Se solicitará a los pacientes que presenten una verificación de los ingresos familiares junto con los nombres de las personas que residen en el hogar, como requisito del proceso de solicitud. Solicitud en la que se indiquen los ingresos y los activos. Se debe presentar lo siguiente para la verificación de ingresos:
 - talonarios de sueldo recientes o un certificado escrito del empleador
 - formularios W-2 y/o 1099
 - formulario de aprobación o denegación de beneficios por desempleo o de la indemnización por accidente laboral (worker's compensation)
 - verificación por escrito de los ingresos del paciente por parte de organismos de asistencia social o cualquier organismo gubernamental.
 - los trabajadores por cuenta propia deberán presentar los formularios fiscales completos de la última declaración de impuestos, incluido el Anejo C (Schedule C).
 - estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas abiertas / activas (únicamente para la verificación de activos).

- d) A cada categoría del FPL se le asigna un importe de subsidio, que se calcula utilizando el porcentaje asignado de las tarifas de Medicare por servicio prestado (MCR FFS, por sus siglas en inglés). Para los pacientes por encima del 400% del FPL, se aplica la tarifa para personas sin seguro médico.

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)*

- e) Aunque lo ideal es iniciar el proceso lo antes posible, los pacientes pueden solicitar que se considere la posibilidad de recibir asistencia financiera en un plazo de 240 días a partir de la fecha del primer extracto del paciente.
- f) A los pacientes que se considere que cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera se les cobrará menos que el importe bruto por cualquier atención no urgente y no médicamente necesaria prestada por el hospital.
- g) 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 ponerse en contacto con el paciente o el avalista para recabar información adicional. Se enviará al paciente una carta de confirmación en la que se describirá el resultado de la decisión. El extracto de facturación revisado tendrá en cuenta cualquier pago en exceso realizado por el paciente a la hora de determinar el importe adeudado.

Cuando se apruebe la asistencia financiera, la carta de confirmación servirá también para especificar el periodo cubierto por la resolución de asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera aprobadas tienen una validez de un (1) año a partir de la fecha inicial del servicio.

- h) Si no se aprueba la asistencia financiera, se enviarán cartas en las que se describirán los motivos de la decisión, así como información sobre a quién se debe contactar para conocer otras opciones de pago. En caso de que los pacientes deseen apelar la decisión, también se les proporcionarán instrucciones sobre el proceso de apelación.
- e) Los pacientes o garantes que no estén de acuerdo con el resultado de las decisiones sobre la elegibilidad para la asistencia financiera tendrán la oportunidad de presentar un recurso de apelación. La revisión del recurso de apelación será responsabilidad del Departamento de Beneficios Públicos (Public Benefits Department).

4) Elegibilidad presunta

Los pacientes pueden tener derecho a un descuento sobre el saldo total pendiente de pago, aunque no hayan completado el formulario de solicitud de asistencia financiera, si cumplen alguno de los siguientes requisitos:

- Es una persona sin hogar o reside en una vivienda social para personas con bajos ingresos.
- Ha fallecido.
- Actualmente tiene derecho a Medicaid (como seguro médico principal), pero no lo tenía en la fecha de la prestación del servicio, o
- se han agotado las prestaciones de Medicaid o los cargos corresponden a servicios no cubiertos por Medicaid.
- Actualmente tiene derecho a asistencia para medicamentos recetados, SNAP/cupones de alimentos o WIC.
- Tiene derecho a recibir prestaciones de un organismo público por ser víctima de un delito violento o de una agresión sexual, y el tratamiento está relacionado con dicho delito o agresión.
- Una incapacidad demostrada para pagar los servicios, teniendo en cuenta todos los activos disponibles. Los pacientes que reciban atención en el servicio de urgencias o a través de este y carezcan de recursos económicos pueden tener derecho a la Política de Asistencia Financiera si están desempleados o trabajan por cuenta propia y no pueden presentar una declaración de la renta, o si son indigentes y no tienen acceso a la documentación necesaria para la solicitud.

5) Responsabilidades y expectativas financieras

Si un paciente no cumple los requisitos para recibir asistencia financiera, se aplicarán las siguientes responsabilidades financieras:

- El Phoenixville Hospital 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 médico y de presentar toda la documentación requerida.
- Es posible que se exijan depósitos, copagos y franquicias antes de los procedimientos electivos (excluida la atención de urgencias).
- Los pacientes son responsables de cualquier saldo a su cargo, incluidas las cantidades no cubiertas por el seguro médico o por terceros pagadores.
- Es posible que se exija a los pacientes con saldos pendientes que liquiden los importes atrasados antes de programar futuras citas que no sean de urgencia.
- El Phoenixville Hospital puede posponer los servicios o procedimientos que no sean de urgencia para aquellos pacientes que se nieguen repetidamente a realizar esfuerzos razonables para pagar su atención. Sin embargo, esto no se aplica a la atención de urgencia cubierta por la política EMTALA (que garantiza el tratamiento de urgencia para todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago).

DIRECTRIZ:

PROTOCOLO DEL PROVEEDOR:

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN:

El equipo de Gestión de Acceso de Pacientes (Patient Access Management) será responsable de la formación anual sobre las expectativas contempladas en esta política. Los nuevos empleados de acceso de pacientes recibirán formación como parte de su orientación inicial.

REFERENCIAS:

APROBACIONES DEL COMITÉ / CONSEJO:

CANCELACIÓN:

El contenido del presente documento sustituye todas las políticas, procedimientos, protocolos, directrices, memorandos y/u otras comunicaciones emitidas anteriormente relacionadas con el mismo.