

**N.º de póliza adm.:** 1.64

**Fecha de entrada en vigencia:** Junio de 2016

**REFERENCIA:** Política sobre asistencia financiera

**PATROCINADOR:** Cuentas de pacientes

**POLÍTICA:**

Es política de Heritage Valley Health System proporcionar cuidados de calidad de manera compasiva independientemente de la capacidad del paciente de pagar por dichos servicios. En conformidad con esta política, Heritage Valley Health System se compromete a proporcionar los servicios de cuidado médico necesarios libres de cargo, o a un costo reducido, a aquellos pacientes que estén dispuestos a cumplir con sus obligaciones financieras, pero que no tienen o no pueden conseguir los recursos financieros adecuados. La asistencia financiera está disponible a los pacientes que no cuenten con seguro médico o con un seguro médico insuficiente a fin de ayudarles con los servicios médicos necesarios que se les proporcionen.

**OBJETIVO:**

La presente política tiene por objeto identificar las medidas que podrían tomarse con relación a la facturación y al cobro de los gastos de hospital producto de los servicios proporcionados a pacientes de Heritage Valley Health System. En esta política también se describen los descuentos para pacientes no asegurados, el proceso de generación de estados de cuenta para pacientes que paguen ellos mismos sus cuentas y las medidas de cobranza que podrían tomarse ante saldos impagos.

**PROCEDIMIENTO:**

**Descuentos para pacientes sin seguro:** Heritage Valley Health System reduce en forma automática los cargos totales de todos los pacientes sin seguro antes de enviar los estados de cuenta por correo. Como resultado de dicho descuento, a los pacientes sin seguro no se les cobra más que el «monto generalmente facturado» para atenciones de urgencia o que sean médicamente necesarias. HVHS empleará el sistema de pago prospectivo utilizado por Medicare para determinar el «monto generalmente facturado», AGB por su sigla en inglés.

**Pacientes hospitalizados:** Las tarifas para pacientes sin seguro se calculan de acuerdo con la tabla de tarifas base para pacientes hospitalizados de Medicare. Si una tarifa reducida fuera mayor que los cargos totales, HVHS podrá revisar y determinar una tarifa razonable para los servicios prestados.

**Pacientes ambulatorios:** Las tarifas para pacientes sin seguro se determinan en forma anual según el porcentaje de cobros totales para pacientes no hospitalizados de Medicare.

**Prácticas de facturación a pacientes**

Heritage Valley Health System envía cuatro estados de cuenta (uno al mes) a todos los pacientes sin seguro en relación a saldos que la aseguradora considere que sean responsabilidad del paciente. Los descuentos a pacientes sin seguro se aplican antes de enviar el primer estado de cuenta. A continuación se describen los cuatro estados de cuenta en forma consecutiva:

- Aviso inicial: el primer estado de cuenta en conexión con un saldo pendiente.
- Segundo aviso: se envía 30 días después del Aviso inicial si no se ha recibido el pago correspondiente.

- Aviso final: se envía 30 días después del Segundo aviso si no se ha recibido el pago correspondiente.
- Carta final: se envía 30 días después del Aviso final si no se ha recibido el pago correspondiente.

Los pacientes seguirán recibiendo un estado de cuenta mensual hasta que la cuenta se haya pagado por completo. Si cada mes se reciben los pagos correspondientes, no se hará uso de procedimientos de cobranza más allá del proceso de generación de los estados de cuenta.

En cada estado de cuenta se incluye un número de teléfono, el horario de atención de la Oficina de facturación, una dirección de correo electrónico para el departamento de facturación ([BILLING@HVHS.ORG](mailto:BILLING@HVHS.ORG)) y la dirección del sitio web de Heritage Valley Health System ([www.heritagevalley.org](http://www.heritagevalley.org)) a fin de facilitarle el pago de la deuda al paciente. Además, en cada estado de cuenta se hace mención al programa de atención gratuita o a bajo costo para pacientes de bajos recursos de Heritage Valley. A este programa se puede postular por teléfono, correo electrónico o a través de Internet.

Si no se recibiera el pago dentro de los cuatro meses (o 120 días) posteriores al estado de cuenta destinados al pago por parte de los pacientes sin seguro, la deuda se derivará a una agencia de cobranzas la cual se hará cargo del cobro. Además del cobro por parte de dicha agencia, se informará a las agencias de reporte de crédito sobre todas las deudas en mora.

#### **Determinación de la asistencia financiera**

Heritage Valley Health System determina la asistencia financiera primeramente sobre la base de la información financiera proporcionada en el formulario de postulación a atención gratuita o a bajo costo. Las postulaciones al programa de atención gratuita o a bajo costo están disponibles en el Departamento de Cuentas de Pacientes, la sala de emergencia y en todas las áreas de admisión. Las postulaciones al programa de atención gratuita o a bajo costo también se encuentran disponibles en nuestro sitio web. Los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Cuentas de Pacientes llamando al 412-749-4200 o al 724-773-5681 para solicitar que se les envíe una copia del formulario de postulación por correo postal. En el sitio web también se ofrece una copia electrónica del formulario de postulación que el usuario puede imprimir. Si se necesitara asistencia adicional, un representante del Departamento de Cuentas de Pacientes podrá brindar ayuda en forma individual. El Centro de Pagos y Facturación de Heritage Valley Health Systems se encuentra ubicado en 200 Ohio River Blvd. Baden, PA 15005.

Para solicitar asistencia financiera, los pacientes deben llenar el formulario de postulación para atención gratuita o a bajo costo donde deberán incluir el ingreso del grupo familiar. Si la información entregada en el formulario se considerara incompleta, la postulación junto con toda la documentación adjunta será enviada al paciente junto con una carta donde se le indica qué información debe proporcionarse para finalizar el proceso de postulación. El paciente deberá revisar la información recibida, entregar la información adicional solicitada y volver a enviar su postulación junto con la documentación correspondiente para que su solicitud sea estudiada.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos establece y actualiza cada año las pautas de aprobación según la Guía federal para determinar los índices de pobreza (FPG, por sigla en inglés). Los diferentes niveles de asistencia se establecen aplicando los porcentajes a la base establecida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. De acuerdo con las pautas de Heritage Valley Health System, la asistencia se proporciona a niveles correspondientes al 100%, 75%, 50% y 25%.

Calificaciones de ingresos para la asistencia:

- Por debajo del 300% del índice federal de pobreza califica para una asistencia del 100%.

- Por debajo del 350% del índice federal de pobreza califica para una asistencia del 75%.
- Por debajo del 400% del índice federal de pobreza califica para una asistencia del 50%.
- Por debajo del 450% del índice federal de pobreza califica para una asistencia del 25%.

Todas las postulaciones que reciba el hospital serán derivadas al representante encargado del departamento de cuentas por cobrar a cargo de la revisión del proceso. Todas las postulaciones se recibirán y aprobarán/rechazarán dentro de dos días hábiles. El representante del departamento de cuentas por cobrar está autorizado a determinar la elegibilidad en función de la información proporcionada por el postulante. Esta decisión se basa en el índice federal de pobreza disponible en ese momento. Esta información se actualiza cada año. La asistencia financiera se rechazará si el ingreso del paciente es superior al índice de pobreza federal. Independientemente del resultado, a todos los pacientes que soliciten asistencia financiera se les notificará por carta la decisión final. Todas las comunicaciones serán en un lenguaje simple y fácil de entender. Si el paciente no califica para recibir asistencia financiera, según la información entregada, la cuenta seguirá recibiendo los estados de cuenta antes descritos y llamadas telefónicas durante 120 días. Si no se reciben pagos, la cuenta en cuestión será derivada en forma automática a una agencia de cobranza. Además la agencia de cobranza reportará el monto adeudado a la oficina de crédito.

### **Atención gratuita o a bajo costo presunta para pacientes de bajos recursos**

Heritage Valley Health System ingresa todos los saldos impagos o cargos de los pacientes, para los cuales no se han presentado postulaciones para atención gratuita o a bajo costo, en un programa de clasificación a fin de determinar si el paciente puede realmente pagar. Se realiza una «verificación crediticia simple» para todos los reclamos antes de derivar la cuenta al departamento de cobranza.

Los pacientes califican para el programa de atención gratuita o a bajo costo si la calificación resultante corresponde a un:

- Bajo ingreso/baja puntuación de crédito
- Bajo ingreso/alta puntuación de crédito

Si la cuenta califica de acuerdo con este sistema de calificación, el saldo no se deriva al departamento de cobranzas. La cuenta se liquida empleando un código de transacción único para la «atención gratuita o a bajo costo presunta para pacientes de bajos recursos».

Además, la atención gratuita o a bajo costo presunta se aplica a todos los saldos residuales si el paciente es elegible para MA/MA HMO (es decir, deducible, copago, montos de coseguro o no cubierto debido a un plan de beneficios médicos), se le rechaza cobertura por DPW o, en contadas ocasiones, así lo determina el Administrador de Cuentas de Pacientes.

La atención gratuita o a bajo costo presunta se determina caso a caso. Con la excepción de los saldos después de MA y MA HMO, en cada cuenta se comenta la situación que generó la liquidación y se le notifica al paciente que el saldo de la cuenta calificó para atención gratuita o a bajo costo y se redujo como tal.

### **Uso de agencias de cobranzas externas**

Heritage Valley no derivará la cuenta de un paciente a una agencia de cobranzas externa hasta que el paciente haya recibido los cuatro avisos sobre su estado de cuenta antes mencionados. Si después de 120 días (la serie de cuatro avisos y una carta) no se recibe respuesta de la parte responsable, la cuenta se derivará automáticamente a una agencia de cobranzas. Si Heritage Valley no se pudiera comunicar con el paciente a través de los estados de cuenta o por teléfono debido a que la dirección o la información de contacto están incompletos, podremos derivar la cuenta a una agencia de cobranzas antes para que esta

última pueda hacer uso de sus sistemas para identificar mejor la información para comunicarse con el paciente. Si la agencia de cobranzas no recibiera respuesta, deberá informar a las agencias de crédito sobre el saldo impago. Esta información afectará en forma negativa la puntuación de crédito de la parte responsable del pago.

Si la agencia de cobranzas devolviera la cuenta porque no fue posible obtener el pago, Heritage Valley podría derivar la cuenta a una segunda agencia de cobranzas o vender la cuenta por cobrar para fines de cobranza.

Además de la Política sobre asistencia financiera, Heritage Valley Health System cuenta con políticas adicionales sobre la atención gratuita o a bajo costo y el proceso de cobros. Llame al 412-749-4200 o al 724-773-5681 para solicitar una copia de estas políticas.

### **Definiciones o limitaciones de la Política**

- Para la aprobación de la atención gratuita o a bajo costo es preciso tomar en consideración todas las fechas de servicio anteriores, y dicha aprobación es válida por un periodo de un año a contar de la fecha de la determinación.
- La atención gratuita o a bajo costo presunta solo está relacionada con la cuenta en cuestión. No se realiza una revisión de todo el sistema para los demás saldos abiertos.
- Las determinaciones para la atención gratuita o a bajo costo solo se aplican a los servicios del hospital (cobros técnicos) y a los médicos de la sala de emergencia. La determinación de la atención gratuita o a bajo costo no se aplica a radiólogos o a los servicios de otros profesionales que no facture el personal del hospital. En la lista adjunta se incluyen los proveedores cubiertos por la Política sobre asistencia financiera.
- Los procedimientos quirúrgicos cosméticos o electivos que no se consideren médicamente necesarios no son elegibles para el programa de atención gratuita o a bajo costo.
- Los pacientes cuyos servicios médicos podrían estar cubiertos por un seguro de salud en un ambiente o instalación diferentes, no son elegibles para el programa de asistencia financiera o de atención gratuita o a bajo costo.

**REFERENCIAS:** 26 CFR Partes 1, 53 y 602

**Heritage Valley Health System, Inc.**  
**Médicos de planta**  
**Al 1 de junio de 2018**

**Emergencia**

Beierle Jr., James M.  
Boulden, James R.  
Boyd, Michael  
Cammarata, Shayla  
Campbell, Brian H.  
Coleman, John  
Doyle, Thomas A.  
Flaherty, Sarah  
Forbeck, Lisa M.  
Graham, Lauren M.  
Griffith, Chad A.  
Haley, Meta R.  
Harmon, Douglass M.  
Klip, Ashley A.  
Kutrovac, Kyle T.  
Leckey, Ronald D.  
Licata, Gaetano J.  
Mahmood, Saad  
Montibeller, Joseph A.  
Petroski, Adam J.  
Roth, Jacqueline M.  
Shumway, Gail J.  
Sidani, Ramzi S.  
Simon Thomas, Megan H.  
Tomsey, Alyssa K.  
Wenig, Linda N.  
Wheeler, Matthew T.  
Wong-Perez, Ruth E.  
Yealy, Rachel E.

**Cuidado de heridas**

Michael, Thomas P.

**Medicina familiar**

Arora, Vikram  
Hagberg, Stephen M.  
Heiple DO, Lindsay M.  
McKrell, Jonathan D.  
Thimons, David G.

**Siquiatría**

Bukhari, Lubna  
Mohsin, Saif Uddin M.  
Pandian, Sujatha  
Shah, Umang A.  
Sinu, Apolonia

Aprobado: Junio de 2016  
Revisión:  
Revisado el: Septiembre 2018

**FIRMAS:**

---

Bryan J. Randall  
Director de finanzas

---

Norman F. Mitry  
Presidente y Director ejecutivo