

HERITAGE VALLEY KENNEDY

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

Número de política: AD 240.05 M

Reemplaza a la política: AD 240.05 L

Asunto: Programa Heritage Valley Kennedy Cares (Programa de asistencia financiera para pacientes) Crédito y cobranzas

Sección:

Entrada en vigencia: 25 de abril de 2018

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

A. INTRODUCCIÓN

Heritage Valley Kennedy (HVK) se compromete a tratar a todos los pacientes con compasión, brindando servicios de atención médica personalizada de una manera amistosa, considerada y económica, y a la vez mejorando continuamente la calidad, la seguridad, la comodidad y el bienestar. El Programa Heritage Valley Kennedy Cares (HVKCP) ofrece ayuda financiera a aquellos pacientes con un seguro de salud limitado o sin seguro de salud que reciben atención no electiva en base a las pautas federales de pobreza y los protocolos establecidos para procesar descuentos, sobre la base de la incapacidad de pago, evidenciada por una solicitud financiera y documentación que valide los ingresos.

B. DEFINICIÓN:

- **Atención de indigentes:**

Ingreso bruto igual o inferior al 100% de las pautas federales de pobreza [según la definición del Departamento de Salud Comunitaria (DCH) publicadas cada febrero en el Registro Federal.

- **Familia:**

Una familia es un grupo de dos o más personas con vínculos por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas; todas estas personas se consideran miembros de una familia. Por ejemplo, si un matrimonio mayor, su hija y su esposo y dos (2) hijos y el sobrino del matrimonio mayor viven en la misma casa o apartamento, todos serán considerados miembros de una sola familia. A los efectos de esta política, una persona soltera que vive sola se considerará una familia. Esta política utiliza el concepto de “familia” y aplicará las pautas de pobreza separadamente a cada familia de una vivienda si dicha vivienda incluye más de una unidad familiar.

- **Ingresos y activos:**

A los efectos de determinar la elegibilidad financiera bajo el programa de asistencia

financiera Heritage Valley Kennedy Cares, los ingresos incluyen el total anual recibido en efectivo de cualquier fuente antes de los impuestos. Los ingresos incluyen sueldos y salarios en dinero antes de cualquier deducción; ingresos netos por trabajo no agrícola por cuenta propia, beneficios de huelga de fondos sindicales, compensación por accidentes laborales, pagos de veteranos, asistencia pública (incluyendo la ayuda a familias con hijos dependientes o asistencia temporal para familias necesitadas, asistencia suplementaria o pagos de dinero en concepto de ayuda general) y estipendios para capacitación; pensión alimenticia, manutención de niños y asignaciones familiares militares u otro apoyo regular de cualquier pensión privada, pensiones de empleados del gobierno (incluido el pago de retiro militar) y pagos regulares de seguros o anualidades; dividendos, intereses, ingresos netos por alquileres, regalías netas, recibos periódicos de herencias o fideicomisos, y ganancias netas de juegos de azar o loterías.

- **Paciente sin seguro:**

Una persona que no tiene seguro, sin cobertura por parte de un tercero asegurador comercial; un plan ERISA; un programa federal de atención médica (incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS, compensación por accidentes laborales, cuentas de ahorros médicos u otra cobertura para la totalidad o parte de la factura, incluidos los reclamos contra terceros cubiertos por un seguro al que HVK se subrogue, pero solo si el pago es realmente realizado por dicha compañía de seguros.

- **Programa federal de atención médica**

Cualquier programa de atención médica operado o financiado, al menos en parte, por el gobierno federal, estatal o local.

- **Asistencia financiera presuntiva**

Criterios para la determinación presuntiva – si un paciente no puede solicitar atención de caridad y/o proporcionar la documentación de respaldo requerida para realizar una determinación rutinaria de elegibilidad, se utilizará la puntuación de análisis predictivos. Si la puntuación resultante de los análisis predictivos es 20XX o menos (151-200% de las pautas federales de pobreza), se revisará el caso del paciente para determinar si puede recibir atención de caridad.

- **Directrices de asistencia financiera para pacientes de Heritage Valley Kennedy:**

Ahora conocidas como Programa de asistencia financiera Heritage Valley Kennedy Cares. Ingreso bruto superior al 100% pero no superior al 200% de las pautas federales de pobreza según la definición del Departamento de Salud Comunitaria (DCH) publicadas cada febrero en el Registro Federal. Los ingresos brutos entre el 0 y el 200% calificarán para un ajuste del 100% por atención de caridad. Los ingresos brutos entre el 201% y el 250% recibirán un 80% de descuento sobre las cuentas por cobrar. Los ingresos brutos entre el 251% y el 300% recibirán un 70% de descuento sobre las cuentas por cobrar. Los ingresos brutos superiores al 300% no recibirán ningún descuento. Por favor consulte el Apéndice A.

Servicios originados en salas que no son la sala de emergencias

Ingreso bruto superior al 100% pero no superior al 200% de las pautas federales de pobreza según la definición del Departamento de Salud Comunitaria (DCH) publicadas cada febrero en el Registro Federal. Los ingresos brutos entre el 0 y el 200% calificarán para un ajuste del 100% por atención de caridad. Por favor consulte el Apéndice A.

- **Descuento de Heritage Valley Kennedy para pacientes no asegurados:**
Heritage Valley Kennedy ofrecerá descuentos por motivos distintos de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos por pronto pago, los descuentos de cortesía, etc. se pueden clasificar como prácticas de descuento.

Servicios para pacientes internados	Descuento hasta el monto autorizado por Medicare en base a los reembolsos para el grupo relacionado con el diagnóstico (DRG por su sigla en inglés)
Servicios ambulatorios	22% de los cargos brutos

C. RESTRICCIÓN DE BENEFICIARIOS

1. HVK pondrá los servicios médicamente necesarios a disposición de las personas que no pueden pagar.
2. El hospital se adherirá a los protocolos detallados en las Políticas de descuentos profesionales.
3. El hospital usará su criterio al revisar y otorgar descuentos en el marco del Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados.
4. La asistencia financiera de HVK para pacientes no asegurados se aplica solo a los artículos y servicios definidos como “artículos y servicios cubiertos” en el plan de beneficios de HVK para tratamientos médicamente necesarios. Los “artículos y servicios cubiertos” incluirán como mínimo aquellos artículos y servicios cubiertos por Medicare de vez en cuando.
5. Al ser solicitado, los pacientes no asegurados elegibles para los descuentos descritos en esta política deben completar una solicitud de participación en un programa de asistencia médica o de cobertura bajo otros programas de pago gubernamentales.
6. Los pacientes no podrán postularse para el programa Heritage Valley Kennedy Cares si:
 - a) El paciente tiene seguro médico o de salud, pero no obtiene la precertificación o busca tratamiento en HVK cuando HVK no es el proveedor preferido.
 - b) Los procedimientos son cosméticos o no esenciales.
 - c) Al paciente anteriormente se le ha negado asistencia financiera o se le ha cancelado su asistencia financiera como resultado del uso de información falsa o acciones fraudulentas por parte del paciente.

7. ADMISIÓN Y CAPACIDAD DE PAGO

HVK cree que un hospital comunitario ofrece un beneficio a la comunidad, no solo brindando atención médica de calidad sino también brindando atención de emergencia a todos los pacientes, independientemente de su situación financiera. HVK tiene por política poner un programa de asistencia financiera a disposición de todos los pacientes que califiquen para dicha asistencia. HVK seguirá el procedimiento descrito en la política para tomar una decisión. HVK no restringirá arbitrariamente la provisión de servicios sanitarios a ciertas personas o grupos. HVK colocará carteles en las áreas de registro de pacientes que indiquen la existencia de nuestra obligación de proveer atención gratuita o por debajo del costo y del mecanismo para recibir dicha atención. HVK pondrá a disposición de cada paciente o de su representante una notificación escrita sobre la existencia, los criterios y el mecanismo para recibir dicha atención. HVK creará y mantendrá registros que demuestren que se han establecido los criterios y el mecanismo requeridos. HVK registrará todas y cada una de las solicitudes de atención por encima o por debajo del costo, la disposición y el monto en dólares del Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes proporcionado. En todos los casos se protegerá la confidencialidad del paciente. Cuando exista una póliza de seguro con primas impagas, el hospital ayudará a localizar una fundación benéfica que pueda ayudar con el pago de las primas. Esto ayudará al paciente, ya que ofrecerá una red más amplia de servicios para la

HVK mantiene una política de facturación y cobranzas independiente. Puede obtener una copia gratuita de esta política comunicándose con la Oficina de Asistencia Financiera para Pacientes al 412-777-6161. La política de facturación y cobranzas establece las acciones que se pueden tomar en caso de falta de pago de los montos que, en virtud de esta política, se ha determinado que son responsabilidad del paciente.

E. ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Se pondrá a disposición de cada paciente o de su representante una notificación individual de la disponibilidad del Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados antes de prestar los servicios, con la excepción de los servicios de emergencia. Estas notificaciones estarán disponibles en las áreas generales del hospital e incluirán las “Pautas de ingresos familiares” más recientes disponibles en el Registro Federal.

La elegibilidad se determinará comparando los ingresos familiares con los ingresos de las pautas de pobreza. Los ingresos se definen como el total anual recibido en efectivo, cualquiera sea su origen. El Programa HVKCP se ofrecerá a los pacientes no asegurados que reciban atención médicamente necesaria según sus ingresos y tal como se describe en esta política (Apéndice A). El solicitante tiene la responsabilidad de proporcionar un comprobante de sus ingresos. Luego de una exhaustiva revisión de la solicitud financiera y una investigación documentada a través de la denegación de elegibilidad de Medicaid u otros medios, el director de servicios financieros para pacientes o la persona que haya designado pueden eximir al paciente de presentar la documentación de respaldo cuando sea evidente que el paciente o la parte responsable no puede cumplir el requisito y claramente necesita el Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados.

F. ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO

1. El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes recogerá las solicitudes completadas para el Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados.
2. El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes revisará la solicitud para verificar su exactitud. El contacto del paciente o garante deberá recabar cualquier información que se haya omitido. Una vez completada, la solicitud será procesada y/o remitida al director de servicios financieros para pacientes y/o a la persona que haya designado para su evaluación.
3. El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes mantendrá un Registro de caridad para Medicare a los efectos de informar los costos.
4. El director de servicios financieros para pacientes y/o el auditor interno/oficial de cumplimiento corporativo pueden monitorear mensualmente la elegibilidad para el Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados.

Excepciones:

HVK se reserva el derecho de otorgar descuentos de asistencia financiera en circunstancias extraordinarias a pacientes no asegurados que no cumplan con las directrices establecidas anteriormente. Las partes reconocen que hay un porcentaje muy pequeño de la población de pacientes no asegurados que tiene activos muy importantes y fácilmente podría pagar la atención médica, pero que, debido a tener ingresos exentos de impuestos o por otra causa, no tendrán sus ingresos reflejados en una declaración de impuestos.

Además, algunos proveedores que brindan atención médicamente necesaria o de emergencia dentro de HVK tienen pacientes que no son elegibles para solicitar asistencia financiera bajo esta política. En el Apéndice B se incluye una lista de esos proveedores.

G. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO

1. El director de servicios financieros para pacientes revisará mensualmente las solicitudes del Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados. La información relativa a los datos acumulados del año fiscal se compilará e informará al controlador y/o a la persona que haya designado, según sea necesario.
2. El auditor interno/oficial de cumplimiento corporativo auditará aleatoriamente los descuentos del Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados aplicados trimestralmente.

H. PROCEDIMIENTO

Paso 1

Para determinar la elegibilidad, el paciente o garante debe completar la evaluación financiera definida como el formulario de solicitud de Heritage Valley KennedyCares y entregar documentación que respalde la solicitud. Este formulario de solicitud y el aviso de disponibilidad se distribuirán en las áreas de ingreso de los pacientes.

Paso 2

El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes derivará a los pacientes y/o garantes al proveedor empleado por HVK para otros programas de asistencia financiera, como Medicaid.

Paso 3

El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes identificará a los pacientes que podrían calificar para el Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados como resultado directo de las tareas y responsabilidades del cargo.

El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes mantendrá una entrevista privada con el paciente y/o garante para analizar la alternativa de caridad y sus parámetros.

Paso 4

Si el solicitante que está siendo revisado fue aprobado como paciente indigente por el programa Heritage Valley Kennedy Cares en los últimos seis (6) meses previos a la revisión actual, dicho solicitante también será considerado indigente en el momento de la revisión actual. No se requerirá nueva información sobre sus ingresos.

Paso 5

El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes distribuirá la solicitud del Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados y ayudará a completarla, según sea necesario.

Al paciente o garante se le solicitará un comprobante de ingresos, que podrá consistir en lo siguiente:

1. La declaración de impuestos del IRS más reciente y el formulario W-2
2. Copias de los cheques de los tres meses de salario más recientes del solicitante
3. Aviso de denegación recibida de la asistencia médica
4. Notificación de beneficios de la Administración del Seguro Social
5. Estados de cuenta bancarios donde estén registradas las transferencias electrónicas de fondos.

Paso 6

El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes remitirá la solicitud del Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados y todos los anexos al director de servicios financieros para pacientes o a la persona que haya designado para su revisión y manejo. El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes preparará un formulario de ajuste que se adjuntará a la solicitud y sus documentos adjuntos.

- Paso 7** Si un solicitante ha fallecido, se debe adjuntar una copia del certificado de defunción a la solicitud y en la solicitud de Heritage Valley Kennedy Cares se debe adjuntar documentación que indique que se han realizado esfuerzos para verificar la información sobre ingresos y bienes a través de un miembro de la familia u otra persona cercana al paciente fallecido. Si el paciente o la persona fallecida no tiene bienes, la cuenta se considerará una cuenta del Programa HVKCP correspondiente a un indigente no asegurado.
- Paso 8** El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes mantendrá un registro detallado de la atención de caridad de todos los pacientes. Se mantendrá un registro separado para los pacientes de Medicare a los efectos de informar los costos.
- Paso 9** Para que una solicitud esté completa, debe enviarse toda la documentación e información solicitada bajo esta política y la solicitud debe ser firmada por el paciente o garante.
- Paso 10** El asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes ingresará comentarios que transmitan todas las acciones tomadas en la función de notas del sistema informático del hospital.
- Paso 11** El director de servicios financieros para pacientes o la persona que haya designado determinará la elegibilidad para el Programa HVKCP de asistencia financiera para pacientes no asegurados en base a las pautas federales de pobreza adjuntas (Apéndice A).
- Paso 12** De acuerdo con los resultados del estado de elegibilidad, el asesor financiero o el representante de cuentas de pacientes:

Elegibilidad aprobada:

1. Comunicará la aprobación al paciente o garante dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la finalización del proceso de solicitud.
2. Escribirá un comentario en la cuenta del paciente explicando todas las acciones.
3. Revisará el formulario de ajuste completado para verificar que el monto de descuento y el código de ajuste sean apropiados.
4. Hará que el director de servicios financieros para pacientes apruebe el formulario en la línea apropiada del programa HVKCP de atención de caridad para pacientes no asegurados en el caso de descuentos de \$ 4999.00 o menos.
5. Remitirá el formulario de autorización al controlador y/o al director financiero en el caso de saldos de \$5000 o más.
6. Se autorizará el ingreso del formulario de ajuste debidamente ejecutado al sistema de Meditech.
7. Conservará la documentación y los registros de acuerdo con la política de retención de HVK.

8. Mantendrá el archivo de caridad de acuerdo con la política de retención de servicios financieros para pacientes.

Elegibilidad rechazada:

1. Comunicará la negativa al paciente o garante dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la finalización del proceso de solicitud.
2. Escribirá un comentario en la cuenta del paciente explicando todas las acciones.
3. Guardará toda la documentación y determinaciones en un archivo separado.
4. Mantendrá el archivo de caridad de acuerdo con la política de retención de HVK y servicios financieros para pacientes.

APÉNDICE A

Pautas de pobreza para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia (2018)

Tamaño familiar	Pautas de pobreza	Para calificar para el 100% de asistencia		Para calificar para el 80% de asistencia		Para calificar para el 70% de asistencia
		200%		250%		300%
1	\$12,140	\$24,280	-	\$30,350	-	\$36,420
2	\$16,460	\$32,920	-	\$41,150	-	\$49,380
3	\$20,780	\$41,560	-	\$51,950	-	\$62,340
4	\$25,100	\$50,200	-	\$62,750	-	\$75,300
5	\$29,420	\$58,840	-	\$73,550	-	\$88,260
6	\$33,740	\$67,480	-	\$84,350	-	\$101,220
7	\$38,060	\$76,120	-	\$95,150	-	\$114,180
8	\$42,380	\$84,760	-	\$105,950	-	\$127,140

Para unidades familiares con más de (8) miembros, sume \$4,320 por cada miembro adicional.

APÉNDICE B

Lista de grupos de proveedores de médicos no cubiertos por la política de asistencia financiera del hospital:

Brighton Radiology Associates, P.C.

Universidad de Pittsburgh, Departamento de Medicina de Emergencias

JSO Associates in Pathology and Laboratory Medicine, Ltd.

Washington Healthcare Strategies, Inc.

Procedimiento alternativo (presuntivo)

- Paso 1.** Las cuentas de pago por cuenta propia y los saldos de pago por cuenta propia luego del seguro que se hayan transferido a un proveedor externo que actúa como una extensión de la oficina comercial de Heritage Valley Kennedy serán procesados a través de una herramienta de análisis presuntivo de atención de caridad para determinar la elegibilidad para atención de caridad según las pautas de Heritage Valley Kennedy y de acuerdo con el texto del formulario 990 (Schedule H).
- Paso 2.** El director de servicios financieros para pacientes revisará el archivo recibido del proveedor externo que contiene la “puntuación de caridad” para determinar las cuentas que califican para un descuento de caridad. Todas las cuentas que califiquen se ajustarán tomando en cuenta la cancelación por atención de caridad. Las cuentas cuya puntuación sea igual o inferior al 200% de las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento serán revisadas para el descuento de caridad.
- Paso 3.** Todas las cuentas que califiquen para el descuento de caridad se registrarán en el sistema informático del Hospital.
- Paso 4.** El archivo de puntuaciones de caridad se mantendrá de acuerdo con la política de retención de servicios financieros para pacientes.

Nombre del Comité: N/A

Fecha de aprobación: N/A

Aprobación del Directorio: 24 de abril de 2018

Autor: Dennis Breen
Director, Ciclo de Ingresos