



Política de Asistencia Financiera de Geisinger

Objetivo de la Política:

Geisinger se compromete a proporcionar servicios médicos a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago, ofreciéndoles servicios médicos con descuento o sin cargo a aquellos pacientes que demuestren su incapacidad de pago y no su falta de voluntad de pago. El objetivo de la presente Política de Asistencia Financiera (esta FAP) es cumplir con los requerimientos escritos de la política de asistencia financiera que constan en la Sección 9007 de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible del 2010 y las correspondientes Regulaciones del Tesoro que constan en 26 C.F.R. § 1.501(r)-4, al establecer directrices para determinar quién es elegible para recibir dicha asistencia financiera. Las directrices utilizadas para generar esta determinación se basan en los ingresos del hogar del paciente, sus activos y la cantidad de miembros en su grupo familiar. Asimismo, el componente de requerimiento de ingresos de esta política se basa en una fórmula basada en las Directrices Federales de Pobreza (FPG) publicadas. Aquellos requerimientos se actualizarán al menos anualmente para coincidir con el lanzamiento de las FPG por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Los pacientes que no tengan forma de pagar por completo y que cumplan con las directrices de elegibilidad podrán solicitar asistencia financiera de conformidad con esta FAP. Las opciones de asistencia financiera incluyen la inscripción en el programa Medicaid Estatal, en el plan de Seguro Médico Federal “Exchange”, o presentar una solicitud para ser aceptado en el Programa de Atención Sin Cargo de Geisinger. La presente FAP servirá para:

- Proveer información a los pacientes de Geisinger sobre las Opciones del Plan Médico de Calidad (QHP) y sobre los programas de Asequibilidad de Seguros Médicos para los cuales pueden ser elegibles;
- Asistir a los pacientes elegibles con la solicitud de cobertura a través de fuentes de disponibilidad pública, y mediante programas de asequibilidad de seguros médicos tales como los subsidios del gobierno o el programa Medicaid Estatal;
- Cumplir, en parte, con la misión de beneficencia de Geisinger;
- Acelerar el reconocimiento de la asistencia financiera para los pacientes elegibles;



- Formalizar los procesos de aprobación de condonación para la atención sin cargo y la generación de reportes; y
- Clasificar en forma apropiada la atención sin cargo.

Personas afectadas:

La presente Política de Asistencia Financiera (FAP) se aplica a todos los pacientes de Geisinger que reciban atención médica en cualquiera de las instalaciones de Geisinger, salvo por aquellos pacientes que han sido tratados por un proveedor que no está cubierto por la presente FAP (dichos proveedores están identificados al final de la presente FAP).

Geisinger se compromete a proporcionar servicios médicos a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, en aquellas instancias en las cuales se provean servicios que puedan ser reembolsables, Geisinger les solicitará a los pacientes que cumplan con la Política de Asistencia Financiera (FAP) de Geisinger para asegurarse el reembolso de dichos servicios. Si así no lo hicieran, el paciente deberá asumir la responsabilidad de pago de los servicios provistos.

Definiciones:

Atención Sin Cargo: Atención de Beneficencia. Servicios de atención médica que se proveen sin cargo o con descuento a los individuos que cumplen con los criterios establecidos.

Programa Medicaid Estatal: Iniciativas de salud gestionadas por los gobiernos estatales en combinación con el programa federal Medicaid, que ayudan a los individuos elegibles de bajos ingresos y a sus familias a pagar los costos asociados a la atención médica. Los programas Medicaid Estatales utilizan financiamiento federal junto con su propio financiamiento estatal para proveer los servicios médicos necesarios a los individuos elegibles, entendiendo que la elegibilidad se basa en numerosos factores, tales como ingresos, discapacidad y nacionalidad.

Servicios Médicos Básicos o Medicamento Necesarios: Servicios médicos que se proveen en una sala de emergencias; servicios provistos con motivo de una enfermedad que, si no se tratara pronto, derivaría en cambios adversos en el estado de salud; servicios no optativos provistos en respuesta a circunstancias que ponen en riesgo la vida; servicios médicamente necesarios evaluados considerando caso por caso a criterio de Geisinger. Quedan excluidos los servicios estéticos, la fertilización in-



vitro, el trasplante de órganos sólidos o de médula ósea, los cuidados dentales de rutina y/o la reconstrucción estética dental.

EMTALA: Geisinger cumple con los requerimientos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA) y no existe ningún contenido en la presente política que pueda evitar dicho cumplimiento. Conforme a la Política de la Ley EMTALA, ninguna evaluación médica o tratamiento deberían demorarse debido a consultas sobre el método de pago del paciente o el estado de su seguro de salud. Sujeto a los requerimientos de la Ley EMTALA, en el Departamento de Emergencias todos los pacientes que reciban Servicios de Emergencia serán sometidos al proceso de triaje y luego registrados. Si se determinara que un paciente está presentando una

enfermedad que no es de urgencia/emergencia, y que el paciente no tiene cobertura de seguro médico, se lo derivará para seguimiento a una sala para tratamiento de casos que no son de urgencia/emergencia.

ACA: La Ley de Protección de Pacientes y Cuidado de Salud Asequible, Ley pública 111-148. El estatuto federal de los Estados Unidos convertido en ley por el presidente Barack Obama el 23 de marzo de 2010.

Subsidios ACA: La ley ACA provee un nuevo crédito fiscal y/o reducción mediante costos compartidos que disminuye el monto que usted debe pagar con dinero de su bolsillo y/o provee un crédito fiscal para ayudarlo a afrontar la cobertura médica a través del Seguro Médico “Exchange” (HIX).

HIX: Seguro Médico “Exchange”.

FFM: Mercado Federal Facilitado.

FPG: Directrices Federales de Pobreza

FAP: Política de Asistencia Financiera

PFC: Asesor Financiero del Paciente

PPACA: Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible

ADC: Ayuda para Niños Dependientes

RESPONSABILIDADES:

La oficina de Gestión de Ingresos administrará esta política.



Política:

A. Aplicación

- Los pacientes de Geisinger que deseen recibir asistencia financiera según lo dispuesto en la presente FAP podrán presentar una solicitud de dicha asistencia completando y presentando el formulario de Solicitud de Declaración Financiera (una copia del formulario de Solicitud de Declaración Financiera se lista más adelante como Anexo A). La solicitud de cobertura bajo la presente FAP, con la documentación completa de respaldo, deberá enviarse al Departamento Financiero de Geisinger para su revisión.

B. Criterios de Elegibilidad

- La incapacidad de un paciente para pagar puede determinarse en cualquier momento durante la secuencia de atención financiera. La cobertura bajo esta FAP se limita a los servicios médicos básicos. La FAP no proveerá cobertura para ninguna admisión o procedimientos no estimados como médicamente necesarios (*es decir*, servicios estéticos que tienen por objetivo mejorar la apariencia personal o artículos de uso privado).
- La revisión y determinación de la pertinencia del monto que deba ser considerado para atención sin cargo se obtiene utilizando la “Matriz de Directrices de Ingresos”. (Una copia de dicha matriz se adjunta como Anexo B).
- Aquellos pacientes cuyos ingresos del hogar y tamaño del grupo familiar estén por debajo del 138 % según las Directrices Federales de Pobreza (FPG) serán derivados a un Asesor Financiero del Paciente de Geisinger o a la oficina local de Medicaid para presentar una solicitud de Asistencia Médica.
- Los pacientes aprobados cuyos ingresos del hogar y tamaño del grupo familiar se encuentren por debajo del 300 % según las FPG recibirán un descuento del 100 % sobre los cargos brutos generados por los servicios médicos básicos.
- Los ingresos del hogar se determinan considerando los ingresos provenientes de todas las fuentes, entre las que se incluyen: seguro de desempleo, compensación del trabajador, pagos del seguro social, ingresos por pensiones o jubilaciones, dividendos, alquileres, regalías, pensiones alimenticias, manutención de hijos, asistencia recibida del exterior del hogar y otros ingresos en general. Los ingresos se determinan sin incluir las deducciones impositivas. Si una persona vive dentro del hogar, se deben incluir los ingresos de todos los miembros del grupo familiar.



- Los pacientes cuyos ingresos del hogar y tamaño del grupo familiar superen el 300 % según las FPG no son elegibles para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política. Los pacientes serán derivados a un Asesor Financiero del Paciente de Geisinger para revisar las opciones de asistencia médica disponibles a través de la ley ACA, además de revisar las opciones de pago tal como los planes de pago sin intereses de Geisinger y/o los descuentos disponibles.
- La información sobre los activos también se requiere para realizar la determinación acerca de si el paciente es elegible para atención sin cargo. La información sobre los activos en cuestión se obtendrá de varias fuentes, incluido el formulario de Solicitud de Declaración Financiera, los informes crediticios, la solicitud de Asistencia Médica, las agencias de cobranzas externas, etc. Si el paciente tuviera “activos netos” por un valor que fuera al menos diez (10) veces mayor que el monto de la obligación del paciente en cuestión, la Oficina de Gestión de Ingresos de Geisinger realizará una revisión discrecional de la solicitud de atención sin cargo.
- Geisinger no “congelará” las cuentas bancarias de un paciente, no ejecutará gravámenes previamente obtenidos ni embargará el salario de un paciente y/o miembro de su familia.
- Las condonaciones conforme a la presente FAP se aplican únicamente a los montos de la obligación del paciente. Los montos aprobados pueden resultar en lo siguiente:
 - El paciente no tiene cobertura de seguro médico y se le denegaron los beneficios de la Asistencia Médica.
 - El paciente tiene los beneficios de la Asistencia Médica pero debe pagar una parte del costo.
 - El paciente ha agotado los beneficios de su seguro médico (superó la cantidad máxima de días de cobertura o, en el caso de Medicare, los días de reserva de por vida).
 - El paciente tiene un seguro primario que tiene pagos efectivizados, pero existe una obligación secundaria para la cual no hay cobertura.
 - Saldo restante del paciente luego de la aprobación de la FAP y se ha aprobado un plan de pagos.
- No se aplicarán condonaciones conforme a la presente FAP sobre servicios pendientes, cuando los beneficios del seguro médico adeudados a Geisinger fueran pagados directamente a los pacientes.



- El paciente debe haber presentado una solicitud y cumplido con todos los demás requerimientos de la cobertura del seguro médico y/o programas de asistencia antes de volverse elegible para la Atención Sin Cargo.
- Los datos reunidos a través de cualquier procedimiento de cobranzas, relacionados con el tamaño del grupo familiar y los ingresos, se compararán con la Matriz de Directrices de Ingresos de Geisinger y los saldos de cuenta que califiquen en el caso de pacientes considerados elegibles para un 100 % de descuento, se transferirán desde el estado previo de mora a atención sin cargo. Geisinger puede usar herramientas de análisis presuntivo para evaluar su elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- Los saldos de los pacientes que sean informados como incobrables al finalizar el período de adjudicación de cobranzas se evaluarán para su clasificación como atención sin cargo. Los datos reunidos relacionados con el tamaño del grupo familiar y los ingresos se compararán con la Matriz de Directrices de Ingresos de Geisinger y los saldos de cuenta que califiquen se transferirán desde el estado previo de deudas incobrables a atención sin cargo.
- Los saldos asignados a agencias de cobranzas pueden ser reclasificados como atención sin cargo toda vez que el paciente provea documentación apropiada en relación con sus necesidades financieras.
- Si un paciente ha solicitado la Asistencia Médica y se le ha denegado su elegibilidad según el programa de Discapacidad de Medicaid, será evaluado para ver si califica para el Programa de Atención Sin Cargo de Geisinger (las excepciones se detallan más adelante). La documentación de la solicitud presentada ante Medicaid y/o la subsiguiente denegación de discapacidad se utilizará para cumplir con los requisitos de documentación asociados con esta política.
- Cualquier paciente que ha solicitado la Asistencia Médica y al cual se le haya denegado la elegibilidad para el programa Medicaid por alguna de las siguientes razones será evaluado para ver si califica para el Programa de Atención Sin Cargo de Geisinger:
 - Personas sin hogar
 - Personas en prisión
 - Fallecidos sin estado
 - Paciente sin elegibilidad para algún programa
 - Paciente por encima de los límites de recursos (trabajo precario)
 - Saldos secundarios de Medicaid
- Con vigencia a partir del 1° de enero de 2014, los pacientes que no tiene seguro médico que no son elegibles para los beneficios del programa de Asistencia Médica deben solicitar los beneficios de un seguro médico de



terceros a través del programa de intercambio de seguro médico federal o estatal (“Exchanges”) de acuerdo con la ley PPACA. La evidencia de la solicitud o la excepción se deben proveer antes de ser aprobados conforme a la presente FAP.

C. Procedimiento para la Solicitud de Asistencia Financiera

- Los niños de entre 6 y 18 años que no tienen seguro médico y los pacientes adultos o su garante con ingresos equivalentes o inferiores al 138 % según las FPG deberán completar una Solicitud de Asistencia Financiera para el programa Medicaid Estatal (Anexo C).
- Los niños de entre 1 y 5 años que no tienen seguro médico con ingresos del hogar equivalentes o inferiores al 157 % según las FPG deberán completar una Solicitud de Asistencia Financiera para el programa Medicaid Estatal (Anexo C).
- Las mujeres embarazadas que no tienen seguro médico y los niños menores de 1 año con ingresos del hogar equivalentes o inferiores al 215 % según las FPG deberán completar una Solicitud de Asistencia Financiera para el programa Medicaid Estatal (Anexo C).
- Los pacientes que no tiene seguro médico o sus garantes con ingresos en el hogar superiores al 138 % según las FPG deberán completar una solicitud de seguro médico a través del Mercado Federal Facilitado (FFM) en cumplimiento de la ley ACA.
- El paciente o garante completa la Solicitud de Declaración Financiera incluyendo todos los saldos.
- Además de la Solicitud de Declaración Financiera completa requerida con todos los saldos y/o saldos acumulados del paciente, el paciente debe proveer documentación sobre sus ingresos y activos (Ver el Anexo A).
- A los pacientes que hayan sido aprobados previamente para recibir atención sin cargo se les puede requerir que completen el formulario de Solicitud de Declaración Financiera para los servicios subsiguientes que deban ser considerados luego de la aprobación inicial.
- Para ser considerado para atención sin cargo al 100 %, los ingresos brutos del paciente no deben superar el 300 % establecido en las Directrices Federales sobre Ingresos que definen el nivel de Pobreza, publicadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Ver Anexo B). Para excepciones, se puede requerir la documentación sobre “Dificultades económicas extremas” (es decir, casos con excesiva medicación, enfermedades terminales o múltiples hospitalizaciones).



D. Documentación de respaldo

- La documentación de respaldo para la elegibilidad respecto de este programa consistirá en información sobre ingresos y activos, que incluye -a modo de ejemplo y sin limitación alguna- lo siguiente: Formulario 1040 de Impuesto a las Ganancias Federal correspondiente al año anterior, copias de los recibos de pago (correspondientes a los cuatro períodos de pago anteriores), verificación escrita de cualquier otro ingreso recibido (es decir, Seguridad Social, ADC, manutención de hijos, pensiones alimenticias, etc.), informes crediticios actuales y verificación de activos.
- Geisinger podrá utilizar herramientas analíticas externas probadas en la industria para calificar a los pacientes elegibles para atención sin cargo (es decir, beneficencia presuntiva).
- “Formulario de Evaluación”: La información adicional provista en este formulario permitirá una revisión más profunda de las aprobaciones cuestionables o que están en el límite de lo aceptable, los casos de dificultades económicas extremas y los saldos por grandes cantidades.
- Se notificará a los pacientes por escrito si se ha aprobado o denegado su solicitud de atención sin cargo según la presente FAP.
- Se usarán códigos de transacción independientes para realizar un seguimiento de los descuentos por atención sin cargo, diferenciándolos de los demás tipos de deducciones de los ingresos.

E. Lista de proveedores:

- Proveedores que participan de Geisinger: Lista de proveedores que brindan atención médicamente necesaria dentro de una de las instalaciones de Geisinger cuyos pacientes son elegibles para solicitar el Programa de Atención Sin Cargo según la presente FAP. (Anexo D)
- Listado de Proveedores que no participan de Geisinger: Lista de proveedores que brindan atención médicamente necesaria dentro de una de las instalaciones de Geisinger cuyos pacientes no son elegibles para solicitar el Programa de Atención Sin Cargo según la presente FAP. (Anexo E)
- Servicios de Emergencia, P.C. Provee servicios de emergencia en el Geisinger Community Medical Center (GCMC), cuyos pacientes no están cubiertos por la presente FAP.
- Geisinger Holy Spirit Medical Group (GHSMG) provee atención médica en el Geisinger Holy Spirit
- Prime Med Medical Group, trabajando en colaboración con la Clínica Geisinger.



F. Base para el cálculo de los montos cobrados a los pacientes

- Los montos cobrados por emergencias hospitalarias u otros servicios de atención hospitalaria médicamente necesarios que se provean a individuos elegibles para asistencia según la presente política no se cobrarán por montos superiores a la tarifa por servicio establecida por Medicare para el mismo tipo de servicio. Aquellos pacientes elegibles para el Programa de Atención Sin Cargo según la presente FAP recibirán atención gratuita y los cargos aplicables al servicio de atención médica provisto por Geisinger se reducirá en un 100 %.

G. Política de Descuentos de Auto-Pago

- Independientemente de la presente FAP, y antes de saber si un individuo sin seguro médico puede calificar para asistencia financiera, Geisinger reducirá en forma proactiva el monto cobrado en un 30 %. Se le facturará al individuo el 70 % restante de los cargos, hasta el momento en que se determine que es elegible para recibir asistencia financiera. (Ver Anexo F)
- Si se determinara que el individuo es elegible para recibir asistencia financiera, el saldo completo restante se condonará según nuestro programa de FAP. Ejemplo: El cargo original facturado a un individuo es \$1.000,00. El individuo no tiene seguro médico, por lo cual el monto se reduce en un 30 % o \$300, y el nuevo monto facturado es \$700. Luego de meses de facturación e interacción individual, se determina que el individuo es elegible para nuestra FAP, la condonación original por \$300 se revierte y la condonación completa resulta ser \$1.000 para beneficencia.

H. Acciones que pueden tener lugar en caso de falta de pago

- Las acciones que tomará Geisinger en caso de falta de pago se describen en la Política de Créditos de Pacientes de Geisinger (Anexo G). La Política de Créditos de Pacientes de Geisinger se puede obtener:
 - Llamando a: 1-800-640-4206
 - En línea en: www.geisinger.org
 - En persona: visitando cualquier área de Admisiones o la Sala de Emergencias de cualquier Hospital de Geisinger

***Anexos**



Anexo A: [Solicitud de Asistencia Financiera](#)

Anexo B: [Directrices Federales sobre Ingresos que definen el nivel de Pobreza 2018](#)

Anexo C: [Límites de Ingresos de Medicaid 2018](#)

Anexo D: [Listado de Proveedores que participan de Geisinger](#)

Anexo E: [Listado de Proveedores que no participan de Geisinger](#)

Anexo F: [Política de Descuentos de Auto-Pago](#)

Anexo G: [Política de Créditos dGeisinger Wyoming Valley/Geisinger South Wilkes-Barre](#)

| <i>Desarrollado</i> | <i>Revisado/Corregido*</i> | <i>Fuente</i> | <i>Aprobado por & Fecha</i> |
|---|--|-------------------|---------------------------------|
| 18/08/2004 e Pacientes | 14/05/2009 08/02/2011 18/04/2018 | Depto. Supervisor | VP, Ciclo de Ingresos |

Información del documento