

<i>Título:</i> POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA DE GEISINGER	
<i>Sección de Capítulo de Comisión Conjunta:</i> 1.0 Administrativo	<i>Fecha de creación de las directrices originales:</i> 14 de mayo de 2009
<i>Estas directrices pertenecen a:</i> Gestión de Ingresos	
<i>Aprobaciones del Comité/Consejo [Opcional] y [Fecha de aprobación del Comité]</i>	

- Esta es una política aplicable a todo el sistema, es decir, a todas las entidades, lugares, servicios y empleados de Geisinger.
- Esta política contiene uno o más PROCEDIMIENTOS que describen los métodos y la aplicación de la misma.

PROPÓSITO

Geisinger se compromete a prestar servicios médicos a los pacientes sin importar su capacidad de pago y presta servicios médicos gratis o con descuento a los pacientes que demuestren que no pueden pagar. El propósito de esta Política de ayuda económica (FAP) es cumplir los requisitos de la Sección 9007 de la Ley de protección al paciente y Cuidado de la salud a bajo precio de 2010 y las Regulaciones del Tesoro correspondientes que aparecen en el C.F.R. 26, § 1.501(r)-4, mediante el establecimiento de directrices para determinar quién es elegible para recibir la ayuda económica en cuestión. Para esta política, el término ayuda económica se usa de manera indistinta con atención de beneficencia. Las directrices utilizadas para esta determinación se basan en el ingreso del grupo familiar de un paciente y en el tamaño del grupo familiar o de la familia. Además, los requisitos de ingreso de esta política se basan en una fórmula que utiliza el Directrices Federales de Pobreza (FPG). Esos requisitos se actualizarán al menos una vez al año para que coincidan con la publicación de las FPG del Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Los pacientes que no tengan medios para pagar la totalidad y cumplan los requisitos pueden pedir ayuda económica en virtud de esta FAP. Las opciones de ayuda económica incluyen la inscripción en Medicaid del estado, la solicitud de aceptación para la atención de beneficencia, en virtud de esta FAP, o la inscripción en un plan de intercambio de seguros médicos de Pensilvania. Esta FAP servirá para:

- asistir a los pacientes elegibles para que soliciten la cobertura de fuentes disponibles públicamente y de programas de asequibilidad de seguros como subsidios del gobierno o Medicaid del estado;
- dar información a los pacientes de Geisinger sobre las opciones de planes médicos de calidad (QHP) y los programas de asequibilidad de seguros para los que pueden ser elegibles;
- suministrar y asistir a pacientes elegibles con las aplicaciones de ayuda económica de Geisinger;
- formalizar la aprobación de la cancelación de la ayuda económica y de reporte;
- clasificar la ayuda económica como corresponde.

PERSONAS AFECTADAS

Esta Política de ayuda económica (FAP) se aplica a todos los pacientes de Geisinger que reciben atención en alguna de las instalaciones de Geisinger, excepto los que reciben tratamiento de un proveedor no cubierto por esta FAP (esos proveedores están identificados al final de esta FAP).

Geisinger se compromete a prestar servicios médicos a los pacientes sin importar su capacidad de pago. Sin embargo, en los casos en donde se pueden reembolsar los servicios prestados, Geisinger pide el cumplimiento del paciente para obtener el reembolso de esos servicios, como la información completa del seguro. Si no lo hace, el paciente deberá asumir la responsabilidad de pago de los servicios recibidos.

DEFINICIONES

- **Programa de Medicaid del Estado:** Iniciativas médicas administradas por los gobiernos estatales junto con el programa federal de Medicaid, que ayudan a las personas y familias de bajos ingresos calificadas, a pagar los gastos de la atención médica. Los programas de Medicaid del estado usan fondos federales y de los propios estados para prestar los servicios médicos necesarios a las personas elegibles. La elegibilidad se basa en varios factores, incluyendo los ingresos, la discapacidad y la ciudadanía.
- **ACA:** La Ley del cuidado de la salud a bajo precio (ACA) es una reforma de la ley pública de la atención médica federal 111-148. Garantiza que más personas accedan a un seguro médico asequible, expande el programa de Medicaid y apoya los métodos innovadores de prestación de servicios para reducir los costos.
- **HIX:** Intercambio de Seguros Médicos (HIX), un servicio disponible en todos los estados que ayuda a las personas, las familias y las pequeñas empresas a comprar e inscribirse en un seguro médico asequible.
- **Intercambio de seguros médicos de Pensilvania:** En 2020, Pensilvania se convirtió oficialmente en una plataforma federal de intercambio basada en el estado (SBE-FP). En 2021 se abrió el período de inscripción y Pensilvania paso a ser un intercambio basado en el estado (SBE) y ya no completará las solicitudes mediante FFM para ofrecer cobertura de atención médica asequible.
- **FFM:** Mercado con Financiamiento Federal (FFM).
- **FPG:** Directrices Federal de Pobreza (FPG), una medida de los ingresos que usa el gobierno de EE. UU. para determinar quiénes son elegibles para recibir un programa de subsidio y beneficios.
- **Subsidios de ACA:** la ACA ofrece subsidios para reducir las primas mensuales y los gastos de bolsillo con el fin de expandir el acceso a un seguro médico asequible para personas de ingresos bajos o moderados, en especial para los que no tienen acceso a una cobertura asequible a través de su empleador, Medicaid o Medicare.
- **Servicios Medicamente Necesarios:** Son las actividades que pueden justificarse como razonables, necesarias o adecuadas, basadas en los estándares clínicos de atención basados en pruebas. En cambio, la atención médica no necesaria no tiene esa justificación.
- **Servicios opcionales:** Se trata de los procedimientos que el paciente o el médico eligen porque son beneficiosos para el paciente, pero no son urgentes. La cirugía optativa la deciden el paciente o su médico. Algunos ejemplos son los servicios de estética, la fertilización in-vitro, el trasplante de órganos o médula ósea o la reconstrucción dental con fines estéticos.
- **EMTALA:** Geisinger cumple los requisitos de la Ley de Tratamiento de Emergencia Médica y Trabajo de parto (EMTALA) y no hay nada en esta política que impida su cumplimiento. Esta ley federal exige que cualquier persona que ingrese en una sala de emergencias, sea estabilizada y reciba el tratamiento necesario, sin importar el estado de su seguro o su capacidad de pago.
- **FAP:** Política de Ayuda Económica (FAP), que ayuda a prestar servicios médicos gratis a los pacientes que cumplan ciertos estándares de elegibilidad y que no puedan pagar sus tratamientos médicos.
- **PFC:** Asesor económico del paciente (PFC), que ofrece a los pacientes asesoramiento financiero y asistencia con las facturas médicas.
- **ADC:** Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (ADC), son programas que prestan ayuda económica a los niños cuyas familias tienen bajos ingresos o no tienen.

- **Grupo familiar:** Geisinger define al Grupo familiar como el paciente, el cónyuge/la pareja de unión civil del paciente, los padres o tutores del paciente (en el caso de un paciente menor de edad) y todos los dependientes que figuran en la declaración de impuestos del paciente o de los padres y que vivan con el paciente o con sus padres o tutores con el mismo grupo familiar.
- **Beneficios fuera de la red:** Un médico o una organización de atención médica que no tiene un contrato con el proveedor del plan de seguro médico del paciente.

RESPONSABILIDADES

Gestión de ingresos administrará esta política

EQUIPOS/SUMINISTROS

N/C

PROCEDIMIENTO

A. Procedimiento para pedir ayuda económica

- Los niños entre 6 a 18 años y los pacientes adultos o garantes no asegurados, con ingresos iguales al 138 % o menos del FPG, deben completar una solicitud para Medicaid del estado (Anexo C).
- Los niños no asegurados de 1 a 5 años con ingresos familiares iguales al 157 % o menos del FPG, deben completar una solicitud de Medicaid del estado (Anexo C).
- Las mujeres embarazadas y los niños menores de 1 año sin cobertura de seguro, cuyos ingresos equivalgan al 215 % del FPG o menos, deben completar una solicitud para Medicaid del estado (Anexo C).
- El paciente o el garante completan la Solicitud de ayuda económica requerida.
- Además de completar esta solicitud, el paciente entrega una carta de denegación de Medicaid y documentación de ingresos (Consultar el Anexo A).
- A los pacientes que ya recibieron aprobación para la atención de beneficencia es posible que se les pida que completen el formulario de Solicitud de ayuda económica para que se consideren servicios después de la aprobación inicial.
- Para que se pueda considerar a un paciente para la atención de beneficencia del 100 %, su ingreso bruto no puede exceder el 300 % del Índice federal de pobreza publicado anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Consultar el Anexo B).
 - Para las excepciones, es posible que se requiera la documentación de las “Dificultades” (es decir, casos con medicamentos excesivos, enfermedades terminales o varias hospitalizaciones).

B. Solicitud de ayuda económica

- Los pacientes de Geisinger que buscan ayuda económica de acuerdo con las disposiciones de esta FAP, pueden solicitarla completando y presentando un formulario de Solicitud de ayuda económica (en el Anexo A hay una copia del formulario de Solicitud de ayuda económica). La solicitud de cobertura, en virtud de esta FAP, con la documentación completa y adjunta, se presentará al Departamento de Finanzas de Geisinger para su revisión y aprobación.

C. Criterios de Elegibilidad

- La incapacidad de pago de un paciente puede determinarse en cualquier momento durante el proceso continuo de atención y financiación. Según esta FAP, la cobertura se limita a los servicios médicos básicos. La FAP no prestará cobertura para hospitalizaciones o procedimientos considerados no médicamente necesarios (*p. ej.*, servicios estéticos para mejorar la apariencia de una persona o artículos personales).
- La revisión y la determinación para la atención de beneficencia se obtienen con el uso de la “matriz de directrices de ingresos”. (En el Anexo B se adjunta una copia de la matriz).
- Los pacientes cuyo ingreso de grupo familiar y tamaño de la familia está por debajo del 138 % del Índice federal de pobreza (FPG), se remitirán a un asesor económico para pacientes de Geisinger, a un proveedor de Medicaid de Geisinger o a una oficina local de Medicaid para solicitar Medicaid.
- El paciente debe entregar una carta de denegación de Medicaid para pedir la ayuda económica mediante Geisinger.
- Los pacientes aprobados cuyo ingreso de grupo familiar y tamaño de familia sea de hasta el 300 % del FPG, recibirán un 100 % de descuento de los cargos brutos generados para los servicios médicos básicos.
- El ingreso del grupo familiar se determina sumando el ingreso de todas las ganancias, incluyendo la compensación por desempleo, la indemnización laboral, los pagos del seguro social, los ingresos por pensión o jubilación, los dividendos, los alquileres, las regalías, la pensión alimentaria, la manutención de menores, la asistencia fuera del grupo familiar y otras fuentes diversas. El ingreso se determina sobre una base antes de deducir impuestos.
- Para esta aplicación, Geisinger define a *Grupo familiar* como el paciente, el cónyuge o pareja de unión civil del paciente, los padres o tutores del paciente (en el caso de un paciente menor de edad) y todos los dependientes que figuren en la declaración de impuestos del paciente o de los padres y que vivan con el paciente o con sus padres o tutores con el mismo grupo familiar.
- Los pacientes cuyo ingreso por grupo familiar y tamaño de familia exceda el 300 % del FPG, no son elegibles para recibir ayuda económica según esta política. Se remitirá a los pacientes a un asesor económico para pacientes de Geisinger, para revisar las opciones de atención médica disponibles a través del Intercambio de seguros médicos de Pensilvania junto con la revisión de las opciones de pago, como un plan de pagos o descuentos disponibles de Geisinger.
- Geisinger no restringirá las cuentas bancarias, no ejecutará derechos de retención previamente obtenidos ni embargará el salario de un paciente o familiar.
- Las cancelaciones relacionadas con esta FAP corresponden únicamente a las cantidades que son responsabilidad del paciente. Las cantidades aprobadas pueden ser el resultado de lo siguiente:
 - El paciente no tiene cobertura de seguro y se le denegó Medicaid u otro beneficio de asistencia médica.
 - El paciente tiene Medicaid o beneficios de asistencia médica con una participación en los costos.
 - El paciente ha agotado sus beneficios de seguro (excedió los días máximos de cobertura o, en el caso de Medicare, los días de reserva de por vida).
 - El paciente tiene un seguro que hizo el pago, pero el saldo restante después del seguro es una dificultad económica para el paciente.
 - Saldo restante del plan de pago del paciente después de la aprobación de la FAP.
- Las cancelaciones relacionadas con esta FAP no se aplicarán a los servicios donde los beneficios del seguro de Geisinger se pagaron directamente a los pacientes.
- El paciente debe haber solicitado y cumplido todos los otros requisitos de cobertura de seguro o programas de asistencia antes de ser elegible para la ayuda económica.
- El saldo resultante del no cumplimiento de un solicitante de las reglas del seguro o la red, no está cubierto por esta FAP, incluso con las disposiciones fuera de la red.

- La única excepción es para los tratamientos médicos de emergencia.
 - Por lo tanto, el paciente será responsable de una parte considerable o de todos los gastos de la atención.
 - Para los planes sin prestación fuera de la red, el paciente será responsable del costo total de los servicios.
 - Algunos planes tienen prestación fuera de la red, pero generalmente significa que la responsabilidad de los costos de bolsillo del paciente será mayor.
- Una vez aprobados, los saldos actuales del paciente y cualquier saldo anterior, incluyendo los pagos atrasados, serán elegibles para el descuento del 100 %.
 - Geisinger puede usar presuntas herramientas analíticas para evaluar su elegibilidad para la ayuda económica. Los saldos de los pacientes que sean incobrables al finalizar el período de adjudicación de cobros, se evaluarán para la ayuda económica.
 - Los saldos gestionados por las agencias de cobros pueden volver a clasificarse como atención de beneficencia siempre que el paciente presente la documentación adecuada a la necesidad de ayuda económica.
 - Se evaluará para ayuda económica en virtud de esta FAP a los pacientes que solicitaron Medicaid por su discapacidad y se les negó la elegibilidad según el programa de discapacidad de Medicaid (Medicaid Disability). (Las excepciones se mencionan abajo). La documentación de la solicitud de Medicaid o la denegación de discapacidad posterior, se utilizará para cubrir los requisitos de documentación de esta política.
 - Se evaluará para la asistencia económica a los pacientes que hayan solicitado Medicaid y se les haya denegado por alguno de los siguientes motivos:
 - Sin casa
 - En prisión
 - Fallecido sin patrimonio
 - Sin elegibilidad del programa para pacientes
 - Paciente sobre los límites de recursos (malas condiciones de trabajo)
 - Saldo secundarios de Medicaid

D. Documentación de respaldo

- La documentación de respaldo para calificar para este programa consiste de la información sobre los ingresos, que incluye, entre otros: Formulario 1040 de la declaración de impuestos federales sobre la renta del año anterior, copias de comprobantes de pago, verificación escrita de cualquier otro ingreso recibido (es decir, seguro social, ADC, manutención de menores, pensión alimentaria, etc.) e informes de créditos actuales.
- Geisinger puede utilizar herramientas de análisis externas probadas en la industria para calificar a los pacientes para la ayuda económica (también conocido como presunta caridad).
- “Formulario de evaluación” para pedir la ayuda económica: La información adicional de este formulario permitirá una revisión minuciosa de las aprobaciones cuestionables o dudosas, los casos de dificultad y los saldos grandes.
- Se informará a los pacientes, por escrito, de la aprobación o denegación en virtud de esta FAP.
- Se usarán los códigos de transacción separados para hacer el seguimiento de los descuentos de la ayuda económica de otros tipos de deducciones de ingresos.

E. Lista de proveedores:

- **Proveedor participante de Geisinger:** Lista de los proveedores que prestan atención médicamente necesaria en una instalación de Geisinger, cuyos pacientes son elegibles para pedir ayuda económica en virtud de esta FAP. (Anexo D)
- **Proveedor no participante de Geisinger:** Lista de los proveedores que prestan atención médicamente necesaria en una instalación de Geisinger, cuyos pacientes **no** son elegibles para pedir ayuda económica en virtud de esta FAP. (Anexo E)
 - A la lista de proveedores no participantes la administra el Coordinador 501(r) y está publicada en el sitio web de Geisinger.org. El procedimiento de Geisinger es revisar la lista de exclusión, el mantenimiento de esa lista se revisará trimestralmente y todo el material para los pacientes se mantendrá actualizado.

F. Base para el cálculo de la cantidad que se le cobra a los pacientes

No se cobrarán cantidades por emergencias en hospitales u otra atención hospitalaria médicamente necesaria que se presten a las personas elegibles para asistencia en virtud de esta política que excedan las cantidades de las tarifas por servicios de Medicare permitidas para esa atención. Las personas elegibles para ayuda económica en virtud de esta FAP recibirán atención gratis y una reducción del 100 % en los cargos correspondientes a la atención de Geisinger.

G. Política de descuento de pagos por cuenta propia

- Independientemente de esta FAP, Geisinger, antes de saber si una persona no asegurada puede calificar para recibir ayuda económica, reducirá de manera proactiva la cantidad cobrada en un 30 %. Después se factura a la persona el 70 % restante de los cargos, hasta el momento en que determinemos que califica para recibir la ayuda económica. (Consultar el Anexo F)
- Si se determina que califica para la ayuda económica, el saldo completo se cancela en virtud de nuestro programa de FAP. Ejemplo: Los cargos originales facturados a una persona son de \$1,000. Como la persona no tiene seguro, la cantidad se reduce en un 30 % o \$300 y la nueva cantidad facturada es \$700. Después de meses de facturaciones e interacción personal, se determina que la persona califica para nuestra FAP, ewntonces la cancelación original de \$300 se revierte y se cancelan los \$1,000 totales para beneficencia.

H. Medidas que pueden tomarse en caso de falta de pago

- Las medidas que puede tomar Geisinger en caso de falta de pago se describen en la política de créditos para pacientes de Geisinger (Anexo G). Puede conseguir la política de créditos para pacientes de Geisinger:
 - Por teléfono: 800-640-4206
 - En Internet: geisinger.org
 - En persona: Visitando cualquier área de admisiones o sala de emergencias de los hospitales Geisinger.

MATERIAL ADJUNTO

Anexo A: [Solicitud de ayuda económica](#)

Anexo B: [Índice federal de pobreza de 2021](#)

Anexo C: [Límite de ingresos de Medicaid de 2021](#)

Anexo D: ~~[Lista de proveedores participantes de Geisinger](#)~~ [Lista de proveedores participantes de Geisinger](#)

Anexo E: [Lista de proveedores no participantes de Geisinger](#)

Anexo F: [Política de descuento de pagos por cuenta propia](#)

Anexo G: [Política de créditos para pacientes](#)

Anexo H: [Ley de Tratamiento de Emergencia Médica y Trabajo Activo \(EMTALA\)](#)

<i>Desarrollado</i>	<i>Revisado*</i>	<i>Fuente</i>	<i>Aprobado por y fecha</i>
08/18/2004	05/14/2009 02/08/2011 04/18/2018 03/26/2020 01/25/2021	Supervisor del Departamento	VP, Gestión de Ingresos