
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 20 de febrero de 2024

TÍTULO DE LA POLÍTICA:

Asistencia financiera para pacientes

*A ser revisado cada tres años por:
Junta directiva del Ministerio*

REVISAR ANTES DEL: 1 de marzo de 2027

POLÍTICA

Es política del Ministerio (y de cada Ministerio de Trinity Health) abordar la necesidad de la asistencia financiera y el apoyo a los pacientes para servicios de emergencia y no electivos, médicamente necesarios, provistos conforme a la ley estatal o federal aplicable. La elegibilidad para recibir asistencia financiera y apoyo del Ministerio se determina de forma individual utilizando criterios detallados junto con la evaluación y valoración de las necesidades de atención médica, los recursos financieros y las obligaciones del paciente o su familia. Trinity Health espera el pago de los servicios por parte de personas con capacidad de pago (como se define en esta Política).

I. Criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera

La asistencia financiera descrita en esta sección se brinda a los pacientes que residen en el área de servicio (como se define en esta Política). Además, el Ministerio brindará asistencia financiera a pacientes fuera del área de servicio que califiquen según la Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) del Ministerio y que presenten una afección emergente o potencialmente mortal y reciban atención médica de emergencia.

Trinity Health brindará asistencia financiera para servicios en un centro hospitalario (incluidos los servicios brindados en el centro hospitalario por una entidad sustancialmente relacionada) y el Ministerio proveerá asistencia financiera para los siguientes servicios:

- A. Toda la atención médicamente necesaria y la atención médica de emergencia para
 - 1. pacientes que pagan por cuenta propia, que solicitan y se determina que son elegibles para recibir asistencia financiera, y
 - 2. pacientes presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera.

- B. Determinados pagos adeudados por pacientes con cobertura de un pagador/asegurador con quien el Ministerio participa/contrata como se describe en esta Política.

Se brindarán servicios de atención médica de emergencia a todos los pacientes que se presenten en el Departamento de Emergencias del hospital del Ministerio, independientemente de la capacidad de pago del paciente o la fuente de pago. Dicha atención médica continuará hasta que la afección del paciente se haya estabilizado, antes de cualquier determinación de los acuerdos de pago.

Los siguientes servicios no son elegibles para recibir asistencia financiera de Trinity Health:

- A. Servicios cosméticos y otros procedimientos y servicios electivos que no son de atención médicamente necesaria.
- B. Servicios no provistos ni facturados por el Ministerio (por ejemplo, servicios de médicos independientes, enfermería privada, transporte en ambulancia, etc.).
- C. El Ministerio puede excluir los servicios que están cubiertos por un programa de seguro, incluidos los servicios cubiertos cuando se brindan en otra ubicación del proveedor pero que no están cubiertos en los hospitales del Ministerio de Trinity Health; siempre que se cumplan las obligaciones federales de la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

Los siguientes pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera de Trinity Health:

- A. Los pacientes no asegurados y cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200% del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) serán elegibles para un descuento del 100% en los cargos por los servicios recibidos.
- B. Los pacientes no asegurados y asegurados que reciben servicios en estados con porcentajes de descuento de ingresos familiares más altos también serán elegibles para un descuento en los cargos por los servicios recibidos.
- C. Los pacientes no asegurados cuyo ingreso familiar sea superior al 200% del FPL y no exceda el 400% del FPL (o el porcentaje mayor requerido por la ley estatal, si corresponde) serán elegibles para un descuento en los cargos por los servicios recibidos. A un paciente elegible para este nivel de asistencia financiera no se le cobrará más que los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) que se calculen.
- D. Los pacientes asegurados y cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400% del FPL serán elegibles para recibir asistencia financiera en copagos, deducibles y coseguros, siempre que los acuerdos contractuales con la aseguradora del paciente no prohíban brindar dicha asistencia.

También se brinda asistencia financiera a los pacientes médicamente indigentes. Un paciente médicamente indigente es un paciente asegurado que solicita asistencia financiera y, debido a circunstancias catastróficas, los gastos médicos por un episodio de atención superan el 20% del ingreso familiar. El monto que excede el 20% del ingreso familiar (o el porcentaje inferior requerido por la ley estatal, si corresponde) calificará los copagos, coseguros y deducibles del paciente asegurado para recibir asistencia financiera. Los descuentos para la atención de personas no aseguradas y médicamente indigentes no serán inferiores a los AGB del Ministerio por los servicios provistos o un monto para que la relación entre los gastos médicos catastróficos del paciente y los ingresos familiares vuelva al 20%.

II. Base para calcular los montos cobrados a los pacientes

A los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará más que los AGB por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria. Trinity Health usa un método retrospectivo para calcular el AGB al dividir la suma de las reclamaciones pagadas de Medicare por el total de los cargos brutos presentados, de acuerdo con la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.

Se puede obtener una copia de la descripción del cálculo de los AGB y los porcentajes, sin cargo, en el sitio web del Ministerio o llamando al Centro de servicios comerciales para pacientes al 800-494-5797.

III. Método para solicitar asistencia financiera

Un paciente puede calificar para recibir asistencia financiera al presentar una solicitud de la FAP completa o mediante una puntuación de elegibilidad presunta. La elegibilidad se basa en la evaluación y valoración de las necesidades de atención médica, los recursos financieros y las obligaciones del paciente o su familia en la fecha del servicio. Un paciente que se determine que es elegible recibirá asistencia financiera durante seis meses a partir de la primera fecha de servicio para la cual se determina que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

La elegibilidad para recibir asistencia financiera requiere la cooperación total del paciente durante el proceso de solicitud, si corresponde, que incluye lo siguiente:

- A. Completar la solicitud de la FAP, incluida la presentación de todos los documentos requeridos; y
- B. Participar en el proceso de solicitud de toda la asistencia disponible, incluida, entre otras, asistencia financiera gubernamental y otros programas.

El Ministerio hará esfuerzos afirmativos para ayudar a los pacientes a solicitar programas públicos y privados para los cuales puedan calificar y que puedan ayudarlos a obtener y pagar servicios de atención médica. El Ministerio puede considerar ofrecer asistencia con las primas por un período limitado si, de otro modo, un paciente sería aprobado para recibir asistencia financiera.

El Ministerio informará a los pacientes que presenten una solicitud de la FAP incompleta y especificará la información o documentación adicional necesaria para completar el proceso de solicitud, que deberá presentarse dentro de los 30 días.

El Ministerio se reserva el derecho de negar la asistencia financiera si la solicitud de la FAP no se recibe dentro del período de solicitud.

Los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera pueden obtener una copia gratuita de la solicitud de la FAP de la siguiente manera:

- A. Solicitar una copia de la solicitud de la FAP a Admisiones, al Departamento de Emergencias o a un asesor financiero en el lugar donde se brindó el servicio.
- B. Descargar e imprimir la solicitud de la FAP desde el sitio web del Ministerio.
- C. Presentar una solicitud por escrito al Centro de servicios comerciales para pacientes a la dirección actual publicada en el sitio web e incluida en los avisos y solicitudes de la FAP; o bien
- D. Llamar al Centro de servicios comerciales para pacientes al 800-494-5797 o al número de teléfono actual publicado en el sitio web e incluido en los avisos y solicitudes de la FAP.

IV. Determinaciones de elegibilidad

Trinity Health usará un modelo predictivo para calificar de forma presunta a los pacientes para recibir asistencia financiera. La presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera se puede determinar en cualquier momento durante el ciclo de ingresos.

Si se determina que un paciente no es elegible para recibir asistencia financiera o es elegible para recibir menos de la asistencia más generosa disponible en virtud de la FAP, Trinity Health:

- A. Informará al paciente sobre la base para la determinación de elegibilidad y cómo puede apelar o solicitar una asistencia más generosa disponible en virtud de la FAP;
- B. Ofrecerá al paciente al menos 30 días para apelar o solicitar una asistencia más generosa; y
- C. Procesará cualquier solicitud de la FAP completa que el paciente presente antes de finalizar el período de solicitud.

V. Comunicaciones efectivas

El Ministerio colocará carteles y exhibirá folletos que brinden información básica sobre la FAP del Ministerio en lugares públicos del Ministerio. El Ministerio publicará la FAP, un resumen en lenguaje sencillo y un formulario de solicitud en el sitio web del Ministerio y los pondrá a disposición de los pacientes que los soliciten.

VI. Procedimiento de facturación y cobro

El Ministerio aplicará prácticas de facturación y cobro para las obligaciones de pago de los pacientes que sean justas, consistentes y cumplan con las regulaciones estatales y federales. Las acciones que Trinity Health puede tomar en caso de falta de pago se describen en un procedimiento de facturación y cobro separado. Se puede obtener una copia del Procedimiento de facturación y cobro de forma gratuita llamando al Patient Business Services Center al 800-494-5797 o solicitándolo por correo electrónico. Trinity Health cumple con la sección 501(r) y la ley estatal aplicable con respecto a las prohibiciones relacionadas con acciones de cobro extraordinarias contra personas determinadas como elegibles para recibir asistencia financiera. Además, a menos que la persona tenga la capacidad para pagar, Trinity Health no emprenderá acciones legales para cobrar una sentencia, imponer un gravamen sobre la propiedad de una persona o informar a una agencia de crédito sobre la persona.

Si un paciente ha realizado pagos durante el período de solicitud y antes de la determinación de elegibilidad, Trinity Health reembolsará los montos que excedan el monto de asistencia financiera para el cual se determina que el paciente es elegible, a menos que dicho monto sea inferior a \$5.00.

VII. Lista de proveedores

El centro hospitalario conserva una lista por separado de los proveedores que brindan atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria, especificando aquellos que ofrecen asistencia financiera según lo establecido en la FAP y aquellos que no lo hacen. Se puede obtener una copia de la lista de proveedores, sin costo, en el sitio web del Ministerio o llamando al Patient Business Services Center al 800-494-5797.

VIII. Otros descuentos

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, como se describe en esta Política, y que reciben atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria/no electiva, pueden calificar para otros tipos de asistencia ofrecida por el Ministerio. Los otros tipos de asistencia no se basan en las necesidades y no forman parte de la Política de asistencia financiera y se brindan a discreción del Ministerio.

ALCANCE/APLICABILIDAD

Esta es una política espejo de Trinity Health. Por lo tanto, esta Política espejo será adoptada por cada Ministerio y Subsidiaria dentro del Sistema que brinde o facture la atención hospitalaria al paciente. Esta Política espejo iguala las disposiciones de la Política financiera 1, la Política de asistencia financiera para todo el sistema de Trinity Health. Las organizaciones de Trinity Health que brindan o facturan por otros tipos de atención al paciente adoptarán una Política de asistencia financiera para satisfacer las necesidades de la comunidad atendida y que brinde asistencia financiera a las personas que necesitan asistencia y apoyo financiero.

La ley estatal sustituirá los procedimientos de todo el sistema y el Ministerio actuará de conformidad con la ley estatal aplicable.

La Política tiene como objetivo cumplir con el compromiso del Ministerio de:

- Brindar acceso a servicios de atención médica de calidad con compasión, dignidad y respeto a quienes atendemos, en especial a las personas pobres y desatendidas en nuestras comunidades;
- Atender a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago por los servicios; y
- Ayudar a los pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de la atención que reciben.

El Ministerio es una comunidad de personas que prestan servicio juntas en el espíritu del Evangelio como una presencia sanadora compasiva y transformadora dentro de nuestras comunidades. Alineados con nuestros valores fundamentales, en particular el de “Compromiso con quienes viven en la pobreza”, brindamos atención a las personas necesitadas y damos especial consideración a los más vulnerables, incluidos quienes no pueden pagar y cuyos medios limitados hacen que sea extremadamente difícil cubrir sus gastos de atención médica.

DEFINICIONES

Capaz de pagar se refiere a

- a. Una persona declarada no elegible para Medicaid mediante un proceso de selección de solicitudes de Medicaid o que ha recibido una denegación del programa estatal de Medicaid para recibir dichos beneficios.
 - Trinity Health no requiere que una persona solicite Medicaid como requisito previo para recibir asistencia financiera.
- b. Una persona declarada no elegible para recibir asistencia financiera después de la revisión de la solicitud.
- c. Una persona que no ha solicitado asistencia financiera después del fin del período de solicitud de asistencia financiera.
- d. Una persona que se ha negado a completar una solicitud o cooperar en el proceso de solicitud de asistencia financiera.

Montos Generalmente Facturados (Amounts Generally Billed, “AGB”) se refiere a los montos generalmente facturados por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a pacientes con un seguro que cubre dicha atención. Los AGB para médicos y servicios agudos del Ministerio se calcularán con la metodología retrospectiva de calcular la suma de las reclamaciones pagadas de Medicare divididas por los cargos totales o “brutos” para dichas reclamaciones por

parte de la Oficina del Sistema o el Ministerio, anualmente, usando doce meses de reclamaciones pagadas con un retraso de 30 días desde la fecha del informe hasta la fecha de alta más reciente.

El período de solicitud comienza el día en que se brinda la atención y finaliza 240 días después de esa fecha, lo que suceda más tarde, o bien:

- a. al finalizar el período de 30 días en que los pacientes que calificaron para recibir menos de la asistencia más generosa disponible, según el estado de apoyo presunto o la elegibilidad previa de la FAP, pueden solicitar una asistencia más generosa.
- b. el plazo establecido en un aviso por escrito después del cual se pueden iniciar ECA.

Atención médica de emergencia según se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act). Los pacientes que busquen atención por una afección médica de emergencia en un hospital de Trinity Health serán atendidos sin discriminación y sin tener en cuenta la capacidad del paciente para pagar. El Ministerio operará de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales para atención de emergencia, incluidos los requisitos de detección, tratamiento y transferencia en virtud de la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).

Ingreso familiar se refiere a que el ingreso familiar de una persona incluye el ingreso anual de todos los miembros adultos de la familia en el hogar del período de 12 meses anterior o del año fiscal anterior, como lo muestran los recibos de pago recientes o las declaraciones de impuestos sobre la renta y otra información. Para pacientes menores de 18 años, el ingreso familiar incluye el ingreso anual de los padres o padrastros, o familiares cuidadores. La constancia de ingresos se puede determinar anualizando el ingreso familiar del año hasta la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ingresos actual.

Asistencia financiera se refiere al apoyo (beneficencia, descuentos, etc.) brindado a los pacientes para quienes sería difícil pagar el costo total de los servicios médicamente necesarios provistos por Trinity Health y que cumplen con los criterios de elegibilidad para dicha asistencia.

Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, “FAP”) se refiere a una política y un procedimiento escritos que cumplen con los requisitos expresados en la Sección 1.501(r)-4(b).

Solicitud de la Política de Asistencia Financiera (“Solicitud de la FAP”) se refiere a la información y la documentación adjunta que un paciente presenta para solicitar asistencia financiera en virtud de la FAP de un Ministerio. El Ministerio puede obtener información de una persona por escrito o de forma verbal (o una combinación de ambos).

Los **ingresos** incluyen sueldos brutos, salarios, sueldos e ingresos de trabajo por cuenta propia, indemnización por desempleo, indemnización laboral, pagos del Seguro Social, asistencia pública, beneficios para veteranos, manutención infantil, pensión alimenticia, asistencia educativa, beneficios para sobrevivientes, pensiones, ingresos por jubilación, seguro regular y pagos de

anualidades, ingresos de herencias y fideicomisos, alquileres recibidos, intereses/dividendos e ingresos de otras fuentes diversas.

Atención médicamente necesaria se refiere a cualquier servicio o producto de atención médica provisto por un Ministerio de Trinity que un proveedor determine razonablemente que es necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas. La atención médicamente necesaria no incluye servicios electivos que no están cubiertos por el seguro/pago gubernamental/plan de salud aplicable del paciente ni procedimientos cosméticos para mejorar el atractivo estético de una parte del cuerpo normal o que funciona normalmente.

Ministerio (a veces denominado Ministerio de la Salud) se refiere a una subsidiaria, afiliada o división operativa de primer nivel (directa) de Trinity Health que mantiene un organismo rector que supervisa la gestión diaria de una parte designada de las operaciones de Trinity Health System. Un Ministerio puede basarse en un mercado geográfico o dedicarse a una línea de servicio o negocio. Los ministerios incluyen Ministerios Misioneros, Ministerios Nacionales y Ministerios Regionales.

Política espejo se refiere a una política modelo aprobada por Trinity Health y que cada Ministerio debe adoptar como una política idéntica, si es apropiada y aplicable a sus operaciones, pero puede modificar el formato para reflejar las preferencias de estilo locales o, sujeto a la aprobación del miembro de ELT responsable de dicha política espejo, para cumplir con leyes y regulaciones estatales o locales aplicables o requisitos de licencia y acreditación.

Política significa una declaración de gestión de alto nivel sobre asuntos de importancia para Trinity Health, sus Ministerios y Subsidiarias o una declaración que interpreta en mayor detalle los documentos rectores de Trinity Health, sus Ministerios y Subsidiarias. Las políticas pueden ser independientes para todo el sistema o políticas espejo designadas por el organismo de aprobación.

Procedimiento significa un documento diseñado para ejecutar una política o una descripción de acciones o procesos específicos requeridos.

Área de servicio se refiere a los mercados primarios atendidos por los Ministerios. Esto se demuestra mediante una lista de códigos postales en los que residen los pacientes.

Normas o lineamientos se refiere a las instrucciones y la orientación adicionales que ayudan en la aplicación de procedimientos, incluidos aquellos desarrollados por organizaciones profesionales o de acreditación.

Subsidiaria se refiere a una entidad legal en la que el Ministerio de Trinity es el único miembro corporativo o único accionista.

Paciente no asegurado se refiere a una persona que no cuenta con seguro, que no tiene cobertura de terceros por parte de un asegurador externo comercial, un plan ERISA, un Programa federal de atención médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), indemnización laboral u otra asistencia de terceros para cubrir todo o parte del costo de la atención.



DEPARTAMENTO RESPONSABLE

Se puede obtener más orientación sobre esta Política espejo del liderazgo ejecutivo del Ministerio.

APROBACIONES

Aprobación inicial: 14 de junio de 2014, Comité de Administración de la Junta Directiva de Trinity Health

Revisiones posteriores: 18 de septiembre de 2014; 1 de julio de 2017; 8 de diciembre de 2021; 6 de diciembre de 2023; 20 de febrero de 2024