

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Asistencia financiera***

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 1 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

## **POLÍTICA**

Es política de Catholic Health Initiatives (CHI), sus afiliadas directas exentas de impuestos<sup>1</sup> y las subsidiarias exentas de impuestos<sup>2</sup> que operan un centro hospitalario (en conjunto, las Organizaciones Hospitalarias CHI) brindar, sin discriminación, atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria (de aquí en adelante, EMCare) en los centros hospitalarios de CHI a todos los pacientes, sin importar su capacidad financiera de pago.

## **PRINCIPIOS**

Como proveedores de atención médica católica y organizaciones exentas de impuestos, las Organizaciones Hospitalarias CHI tienen el deber de satisfacer las necesidades de pacientes y otras personas que buscan atención, sin importar cuál sea su capacidad financiera de pagar por los servicios prestados.

Los siguientes principios coinciden con la misión de CHI de brindar servicios de atención médica cordiales, de alta calidad y asequibles, y de defender a las personas pobres y vulnerables. Las Organizaciones Hospitalarias CHI se esfuerzan por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención.

**Atención de emergencia:** en los centros hospitalarios de CHI, las Organizaciones Hospitalarias CHI brindarán, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia a personas sin importar su elegibilidad para recibir asistencia financiera o asistencia gubernamental.

**Otra atención médicamente necesaria:** Las Organizaciones Hospitalarias CHI se comprometen a brindar asistencia financiera a personas que tengan necesidades de atención médica y que no tengan seguro, tengan un seguro precario, no sean elegibles para un programa gubernamental o no puedan pagar de otra manera la atención médicamente necesaria que no es de emergencia brindada en Centros Hospitalarios CHI.

## **APLICACIÓN**

---

<sup>1</sup> Una afiliada directa es cualquier corporación en la que CHI es el único miembro corporativo o el único accionista.

<sup>2</sup> Una subsidiaria es, *o bien*, una organización, ya sea con o sin fines de lucro, en la que una afiliada directa tiene la autoridad de designar la mayoría de los miembros votantes del organismo dirigente de dicha organización, *o bien*, cualquier organización en la que una subsidiaria tiene dicha autoridad.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

***Asistencia financiera***

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 2 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

Esta Política se aplica a lo siguiente:

- Todos los cargos de EMCare brindada en un centro hospitalario por parte de una Organización Hospitalaria CHI.
- Todos los cargos de EMCare brindada por un médico empleado por una Organización Hospitalaria CHI (médico de CHI), en la medida en que dicha atención se brinde dentro de un centro hospitalario.
- Todos los cargos de EMCare brindada por un médico empleado por una entidad relacionada sustancialmente (médico no perteneciente a CHI) que ocurra dentro de un centro hospitalario.
- Las actividades de cobro y recuperación llevadas a cabo por el centro hospitalario o un proveedor designado, o sus agentes de cobro externos (ya sea que la deuda se transfiera o venda) de una Organización Hospitalaria para cobrar montos adeudados por la EMCare que se describe anteriormente. Todos los acuerdos de terceros que rijan dichas actividades de cobro y recuperación deben incluir una cláusula que exija el cumplimiento de esta Política y la indemnización por fallas como consecuencia de la falta de cumplimiento. Esto incluye, entre otros, los acuerdos entre terceros que posteriormente vendan o transfieran la deuda del centro hospitalario.

### **Coordinación con otras leyes**

La prestación de asistencia financiera puede estar sujeta, ahora o en el futuro, a reglamentaciones adicionales en virtud de las leyes federales, estatales o locales. Dichas leyes rigen en la medida en que impongan requisitos más estrictos que los dispuestos por esta Política. En caso de que dicha ley entre en conflicto directo con esta Política, la Organización Hospitalaria CHI deberá, después de consultarlo con su representante del Grupo de Servicios Legales de CHI, con Liderazgo del Ciclo de Ganancias de CHI y con los directivos del Departamento de Impuestos de CHI, adoptar una política diferente, con cambios tan mínimos a esta Política como sea necesario para garantizar el cumplimiento con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, IRC) y demás leyes vigentes.

Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria de Ohio (Hospital Care Assurance Program, HCAP): De acuerdo con OAC 5160-2-07.17, THTC proporciona, sin cargo alguno para el individuo, servicios básicos de nivel hospitalario necesarios médicamente, a los individuos que son residentes de Ohio, que no son destinatarios de Medicaid, y cuyos ingresos se encuentran dentro de la línea de pobreza federal o por debajo de ésta. Los servicios cubiertos son servicios en el hospital o ambulatorios cubiertos bajo el Programa Medicaid de Ohio, con excepción de los servicios de trasplante y servicios relacionados con trasplantes. Estos servicios cubiertos los debe solicitar un médico autorizado de Ohio

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**Asistencia financiera**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 3 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

y los debe prestar un hospital donde el médico tenga privilegios clínicos, y donde se autorice que dichos servicios sean prestados por el hospital bajo su certificado de autoridad otorgado en los Capítulos 3711, 3727 y/o 5119 del Código Revisado de Ohio. Los destinatarios de la Asistencia financiera por discapacidad califican para la asistencia. La residencia en Ohio la establece la persona que vive en Ohio voluntariamente y que no recibe asistencia pública en otro estado. Las solicitudes para la asistencia financiera para los residentes de Ohio son procesadas en primer lugar para HCAP, y luego están sujetas a las disposiciones de esta política. Las siguientes preguntas pertenecen a la elegibilidad de acuerdo con HCAP.

## **OBJETIVO**

En virtud de la Sección 501(r) del IRC, a fin de mantenerse exenta de impuestos, cada Organización Hospitalaria CHI debe establecer una Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) y una Política de Atención Médica de Emergencia que se aplique a toda la EMCare provista en un centro hospitalario. El objetivo de esta Política es describir las condiciones en las que un centro hospitalario brinda asistencia financiera a sus pacientes. Además, esta Política describe las medidas que puede tomar un centro hospitalario respecto de las cuentas de pacientes morosos.

## **DEFINICIONES**

**Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB):** son los montos que se facturan habitualmente por la EMCare a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. El centro hospitalario determina el AGB mediante el método Prospective Medicare. Sin embargo, un paciente elegible para recibir asistencia financiera recibirá atención gratuita únicamente en virtud de esta Política. Por lo tanto, no se cobrará a ninguna persona elegible para la FAP ningún monto que supere el AGB por EMCare. Por consiguiente, no se considera necesario tomar medidas adicionales para determinar si un paciente es responsable de pagar un monto mayor al AGB por EMCare.

**Período de solicitud:** significa el tiempo brindado a los pacientes por parte de la Organización Hospitalaria CHI para completar la solicitud de Asistencia Financiera. Comienza el primer día en que se brinda atención y termina el día n.º 240 después de que el centro hospitalario entrega a la persona el primer resumen de estado de facturación posterior al alta por la atención proporcionada.

**Área de servicio de la entidad CHI:** significa, a los fines de esta Política, la comunidad a la que el centro hospitalario presta servicios según lo descrito en su Evaluación de Necesidades de Salud Comunitaria más reciente, de acuerdo con lo detallado en la Sección 501(r)(3) del IRC.

---

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

***Asistencia financiera***

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 4 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

---

**Evaluación de Necesidades de Salud Comunitaria (Community Health Needs Assessment, CHNA):** es llevada a cabo por un centro hospitalario una vez cada tres (3) años, como mínimo, en virtud de la Sección 501(r)(1)(A) del IRC; luego, cada Organización Hospitalaria CHI adopta estrategias para satisfacer las necesidades de salud comunitarias identificadas mediante la CHNA.

**Período de determinación de elegibilidad:** a los fines de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera, un centro hospitalario revisará los ingresos familiares anuales del período de seis meses previos y/o el año fiscal anterior, de acuerdo con lo demostrado en los recibos de sueldo recientes o las declaraciones de impuestos a los ingresos y demás información. La evidencia de ganancias puede determinarse anualizando los ingresos familiares del año hasta la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ganancias actual.

**Período de calificación para elegibilidad:** después de enviar la solicitud de asistencia financiera y los documentos de respaldo, los pacientes aprobados como elegibles deben recibir la asistencia financiera de manera prospectiva durante un período de seis meses desde la fecha de determinación. La asistencia financiera también se aplicará a todas las cuentas elegibles en las que se incurrió por los servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación. Si la elegibilidad se aprueba sobre la base de los criterios de elegibilidad presunta, la asistencia financiera se aplicará a todas las cuentas elegibles en las que se incurrió por los servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación.

**Atención médica de emergencia, EMTALA:** cualquier paciente que busque atención de urgencia o emergencia (dentro del significado de la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social [Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1395dd]) en un centro hospitalario será tratado sin discriminación y sin tener en cuenta su capacidad de pago de la atención. Además, se prohíbe cualquier acción que desanime a los pacientes a buscar atención médica de emergencia, incluso, entre otros, demandar el pago antes del tratamiento o permitir actividades de cobro y recuperación de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia. Los centros hospitalarios también deben operar de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales para la prestación de servicios de atención médica de urgencia o emergencia, incluidos los requisitos de pruebas de detección, tratamiento y transferencia en virtud de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) federal y de acuerdo con el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Sección 482.55 (o cualquier reglamentación posterior). Los centros hospitalarios deben consultar y regirse por su política de servicios de emergencia, las reglamentaciones de EMTALA y las condiciones de participación

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Asistencia financiera***

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 5 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

correspondientes de Medicare/Medicaid para determinar qué constituye una afección de urgencia o emergencia, y los procesos que deben seguirse con respecto a cada una.

**Acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA):** el centro hospitalario no se involucrará en ECA contra una persona antes de realizar esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad en virtud de esta Política. Una ECA puede incluir cualquiera de las siguientes medidas tomadas en un esfuerzo por obtener el pago de una factura por atención:

- Venta de la deuda de una persona a otra parte, a excepción de lo expresamente dispuesto por las leyes fiscales federales.
- Determinadas acciones que requieran un proceso legal o judicial según lo especificado por las leyes fiscales federales.
- Informe de datos adversos acerca de la persona a oficinas de créditos del consumidor.

Las ECA no incluyen ningún gravamen que un centro hospitalario tenga derecho a imponer en virtud de las leyes estatales sobre los beneficios de un dictamen, acuerdo o compromiso adeudados a una persona (o a su representante) como consecuencia de lesiones personales por las cuales el centro brindó atención.

**Familia:** significa (utilizando la definición de la Oficina de Censos) un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las normas del Servicio de Rentas Internas, si el paciente afirma que otra persona es su dependiente en su declaración de impuestos a los ingresos, esa persona puede ser considerada dependiente a los fines de la prestación de asistencia financiera. Si no se encuentra disponible documentación impositiva del IRS, el tamaño de la familia será determinado por la cantidad de dependientes documentados en la solicitud de asistencia financiera y verificado por el centro hospitalario.

**Ingresos familiares:** se determinan de acuerdo con la definición de la Oficina de Censos, que utiliza lo siguiente al computar las pautas de pobreza federal:

- Incluye ingresos, compensación por desempleo, indemnización por accidente laboral, Seguro Social, ingresos complementarios de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios por supervivencia, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de bienes, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimentaria, manutención de los hijos, asistencia por parte de alguien fuera del hogar y otras fuentes varias antes de los impuestos.
- Excluye los beneficios no dinerarios (como cupones de comida y subsidios de vivienda).

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**Asistencia financiera**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 6 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

- Excluye las ganancias o pérdidas de capital.
- Incluye los ingresos de todos los miembros de la familia, si una persona vive con su familia pero excluye a las personas que no forman parte de la familia, como los compañeros de vivienda.

**El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos actualiza las Guías de Pobreza Federal (Federal Poverty Guidelines, FPG)** una vez por año en el Registro Federal en virtud de la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las pautas actuales pueden consultarse en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Asistencia financiera:** significa la asistencia brindada a pacientes para quienes el pago completo de los gastos de bolsillo esperados por la EMCare brindada en un centro hospitalario constituiría una dificultad financiera y que cumplen con los criterios de elegibilidad para recibir dicha asistencia. La asistencia financiera se ofrece a pacientes asegurados en la medida en que esté permitido en virtud del contrato de la aseguradora del paciente.

**Garante:** significa una persona que no sea el paciente que es responsable legalmente del pago de la factura del paciente.

**Centro hospitalario (o centro):** es un centro de atención médica que debe tener una licencia, registro o reconocimiento similar como hospital por parte del estado y que es administrado por una Organización Hospitalaria CHI.

**Atención médicamente necesaria:** significa cualquier procedimiento razonablemente establecido para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, que causan sufrimiento o dolor, que tienen como resultado una enfermedad o dolencia, que amenazan con provocar o empeorar una discapacidad, o que provocan una disfunción o deformidad física, en caso de que no exista otro tratamiento igualmente eficaz, más conservador o menos costoso.

**Que opera un centro hospitalario:** se considera que un centro hospitalario es operado por el uso de sus propios empleados o mediante la subcontratación del funcionamiento del centro a otra organización. Un centro hospitalario también puede ser operado por una Organización Hospitalaria CHI si la Organización Hospitalaria CHI tiene un capital o interés sobre las ganancias en una entidad fiscalizada como una sociedad que opera directamente un centro hospitalario estatal con licencia o que opera indirectamente un centro hospitalario estatal con licencia a través de otra entidad fiscalizada como una sociedad.



---

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

***Asistencia financiera***

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 7 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

---

**Asistencia financiera presunta:** significa la determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera que puede depender de la información aportada por proveedores externos y otra información disponible públicamente. La determinación de que un paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera tendrá como consecuencia EMCare gratuita por el período durante el que la persona sea presuntamente elegible.

**Entidad relacionada sustancialmente:** significa, respecto de una Organización Hospitalaria CHI, una entidad tratada como una sociedad a los fines de los impuestos federales donde la Organización Hospitalaria tiene un capital o interés en las ganancias, o bien, una entidad excluida de la cual la Organización Hospitalaria es el único miembro o titular que proporciona EMCare en un centro hospitalario estatal con licencia, a menos que la prestación de dicha atención sea una actividad o un negocio no relacionados descritos en la Sección 513 del IRC respecto de la Organización Hospitalaria.

**Persona no asegurada:** es aquella que no tiene cobertura de terceros por parte de una aseguradora comercial externa, un plan de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados, un Programa de Atención Médica Federal (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), indemnización por accidente laboral ni otra asistencia de terceros que lo ayude a cumplir con sus obligaciones de pago.

**Persona que tiene un seguro precario:** es aquella que tiene una cobertura de seguro privada o pública y para quien constituiría una dificultad financiera pagar por completo los gastos de bolsillo esperados por la EMCare cubiertos por esta Política.

## **ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA**

### **Asistencia financiera disponible para EMCare**

Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad según lo descrito en el presente y que vivan dentro del área de servicio de la entidad CHI de acuerdo con lo definido por la CHNA más reciente del centro hospitalario. El paciente que califique para recibir asistencia financiera obtendrá EMCare gratuita y, como tal, nunca será responsable de pagar un monto mayor al AGB por la EMCare.

### **Asistencia Financiera no disponible para atención que no sea EMCare**

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

***Asistencia financiera***

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 8 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

La asistencia financiera no se encuentra disponible para atención que no sea EMCare. En el caso de la atención que no sea EMCare, ningún paciente será responsable de pagar más que los cargos netos por dicha atención (los cargos brutos por dicha atención después de que se hayan aplicado todas las deducciones y los reembolsos del seguro).

Se considerará la elegibilidad para recibir asistencia financiera en el caso de las personas que no tengan seguro, tengan un seguro precario, no sean elegibles para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica y no puedan pagar su atención, sobre la base de la determinación de una necesidad financiera de acuerdo con esta Política. La asignación de asistencia financiera tendrá como base una determinación individualizada de necesidad financiera y no tomará en cuenta ningún posible factor discriminatorio como edad, genealogía, género, identidad de género, expresión de género, raza, color, origen nacional, orientación sexual, estado civil, condición social o de inmigrante, afiliación religiosa, o cualquier otra condición según lo prohibido por las leyes federales, estatales o locales.

A menos de que sea elegible para asistencia financiera presunta, deben cumplirse los siguientes criterios de elegibilidad a fin de que un paciente califique para recibir asistencia financiera:

- El paciente debe tener un saldo mínimo de treinta y cinco dólares (\$35.00) en la cuenta de la Organización Hospitalaria CHI. Pueden combinarse múltiples saldos de cuentas para alcanzar este monto. Los pacientes/garantes cuyos saldos sean inferiores a treinta y cinco dólares (\$35) pueden comunicarse con un asesor financiero para coordinar el pago de cuotas mensuales.
- Los ingresos familiares del paciente deben constituir el 300 % del FPG o menos.
- El paciente debe cumplir con los Estándares de Cooperación del Paciente, según lo descrito en el presente.
- El paciente debe presentar una solicitud de asistencia financiera completa.

### **Estándares de Cooperación del Paciente**

El paciente debe agotar todas las demás opciones de pago, incluida la cobertura privada, los programas federales, estatales y locales de asistencia médica, y demás formas de asistencia brindadas por terceros antes de recibir aprobación. Un solicitante de asistencia financiera es responsable de postularse para los programas públicos de cobertura disponible. También se espera que busque opciones de pago del seguro de salud público o privado para la atención brindada por una Organización Hospitalaria CHI dentro de un centro hospitalario. Se necesitará la cooperación del paciente y, si corresponde, de cualquier garante para solicitar los programas correspondientes y las



**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Asistencia financiera***

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 9 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

fuentes de financiamiento identificables, incluida la cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) (una ley federal que permite la extensión limitada de los beneficios de atención médica para el empleado). Si un centro hospitalario determina que la cobertura en virtud de COBRA se encuentra posiblemente disponible y que un paciente no es beneficiario de Medicare ni de Medicaid, el paciente o garante brindarán al centro hospitalario la información necesaria para determinar la prima de COBRA mensual para dicho paciente y cooperarán con el personal del centro hospitalario a fin de determinar si califica para recibir asistencia con las primas de COBRA del centro hospitalario, que puede ofrecerse durante tiempo limitado para asistir en la prestación garantizada de cobertura de seguro. Un centro hospitalario debe realizar esfuerzos afirmativos para ayudar a un paciente o su garante a solicitar los programas públicos y privados.

## **MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA**

Todos los pacientes deben completar la Solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application, FAA) de CHI para ser considerados para la asistencia financiera, a menos que sean elegibles para asistencia financiera presunta. El centro hospitalario utiliza la FAA para realizar una evaluación individual de las necesidades financieras.

A fin de calificar para recibir asistencia, debe presentar al menos un documento de respaldo que verifique los ingresos familiares junto con la FAA. La documentación de respaldo puede incluir, entre otros documentos, lo siguiente:

- Copia de la declaración federal de impuestos a los ingresos más reciente.
- Formulario W-2 actual.
- Recibos de sueldo actuales.
- Carta de respaldo firmada.

El centro hospitalario puede, a su criterio, confiar en otra evidencia de elegibilidad que no se haya especificado en la FAA ni en el presente. Otras fuentes de evidencia pueden incluir las siguientes:

- Fuentes de datos externas disponibles al público que brindan información sobre la capacidad de pago de un paciente/garante.
- Revisión de las cuentas adeudadas del paciente por servicios prestados anteriormente e historial de pago del paciente/garante.

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Asistencia financiera***

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 10 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

- Determinaciones previas de la elegibilidad del paciente o garante para recibir asistencia en virtud de esta Política, si las hubiere.
- Evidencia obtenida como consecuencia del análisis de las fuentes de pago y cobertura alternativas correspondientes a partir de los programas de pago públicos y privados.

En caso de que no se hayan comprobado los ingresos en una FAA completa, se necesita un documento por escrito que describa por qué no se encuentra disponible la información sobre los ingresos y cómo el paciente o garante afrontan los gastos de vida básicos (como la vivienda, los alimentos y los servicios). Los solicitantes de asistencia financiera que participen en el Programa de Reembolsos de Préstamos del Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (National Health Services Corps, NHSC) están exentos de presentar información sobre gastos.

### **ELEGIBILIDAD PRESUNTA**

Las Organizaciones Hospitalarias CHI reconocen que no todos los pacientes y garantes pueden completar la FAA ni brindar la documentación obligatoria. Se encuentran disponibles asesores financieros en cada centro hospitalario para asistir a cualquier persona con la solicitud. En el caso de los pacientes y garantes que no puedan brindar la documentación necesaria, el centro hospitalario puede brindar asistencia financiera presunta sobre la base de la información obtenida a partir de otros recursos. En particular, la elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de circunstancias individuales de la vida, que pueden incluir las siguientes:

- Ser receptor de programas de recetas financiados por el estado.
- Ser una persona sin hogar o que recibió atención en una clínica para personas sin hogar.
- Participar en los programas para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).
- Ser elegible para cupones de alimentos.
- Ser elegible para el programa de almuerzo escolar subsidiado.
- Ser elegible para otros programas de asistencia estatales o locales (p. ej., responsabilidad económica del paciente [spend-down] de Medicaid).
- Brindar un establecimiento de bajos recursos o subsidiado como dirección válida.
- Ser un paciente fallecido sin herencia conocida.

---

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Asistencia financiera***

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 11 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

---

Esta información permitirá a los centros hospitalarios tomar decisiones informadas sobre las necesidades financieras de los pacientes utilizando las mejores estimaciones disponibles ante la falta de información brindada directamente por el paciente. Un paciente que se determine elegible para la asistencia financiera presunta recibirá EMCare gratuita por el período durante el que la persona sea presuntamente elegible.

Si se determina que una persona es presuntamente elegible, el paciente recibirá asistencia financiera durante un período de seis meses que finalizará en la fecha de la determinación de elegibilidad presunta. Como consecuencia, la asistencia financiera se aplicará a todas las cuentas elegibles en las que se incurrió por los servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación. La persona presuntamente elegible no recibirá asistencia financiera para la EMCare brindada después de la fecha de determinación si no completa la FAA o si no se realiza una nueva determinación de elegibilidad presunta.

En el caso de los pacientes o sus garantes que no respondan al proceso de solicitud del centro hospitalario, pueden utilizarse otras fuentes de información para realizar una evaluación individual de necesidad financiera. Esta información permitirá al centro hospitalario tomar una decisión informada sobre las necesidades financieras de este tipo de pacientes utilizando las mejores estimaciones disponibles ante la falta de información brindada directamente por el paciente.

Con el objetivo de ayudar a los pacientes con necesidades financieras, un centro hospitalario puede utilizar a un tercero para revisar la información del paciente o de su garante con el fin de evaluar la necesidad financiera. Esta revisión emplea un modelo predictivo reconocido por la industria de la atención médica que utiliza como fundamento las bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora los datos de registros públicos para calcular una calificación de capacidad socioeconómica y financiera. El conjunto de normas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente sobre la base de los mismos estándares y se calibra en comparación con las aprobaciones de asistencia financiera históricas del centro hospitalario. Esto permite al centro hospitalario evaluar si un paciente es similar a otros pacientes que, históricamente, han calificado para recibir asistencia financiera en virtud del proceso tradicional de solicitud.

Cuando se utilice el modelo, se implementará antes de la asignación de morosidad después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Esto le permite al centro hospitalario evaluar a todos los pacientes respecto de la asistencia financiera antes de llevar a cabo cualquier medida de cobro extraordinaria. Los datos que surjan de esta revisión constituirán documentación adecuada de necesidad financiera en virtud de esta Política.

---

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

***Asistencia financiera***

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 12 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

---

En caso de que un paciente no califique para la elegibilidad presunta, todavía puede presentar la información obligatoria y ser considerado en virtud del proceso tradicional de la FAA.

Las cuentas de pacientes que consigan la condición de elegibilidad presunta recibirán atención gratuita para los servicios elegibles únicamente para fechas de servicio retrospectivas. Esta decisión no constituirá un estado de atención gratuita de acuerdo con lo disponible a través del proceso tradicional de solicitud. Estas cuentas serán tratadas como elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política. No se enviarán a agencias de cobro, no estarán sujetas a acciones de cobro adicionales y no se incluirán en los gastos de morosidad del centro hospitalario. No se notificará a los pacientes sobre esta decisión.

La evaluación presunta brinda un beneficio comunitario, lo que le permite a una Organización Hospitalaria CHI identificar sistemáticamente pacientes con necesidades financieras, reducir las cargas administrativas, y brindar asistencia financiera a pacientes y sus garantes, algunos de los cuales no responden al proceso de la FAA.

## **NOTIFICACIÓN SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA**

La notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera por parte de las Organizaciones Hospitalarias CHI se difundirá a través de distintos medios, que pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- La publicación destacada de avisos en facturas de pacientes.
- Avisos colocados en salas de emergencia, centros de atención de urgencia, departamentos de admisión o registro, oficinas comerciales y otros lugares públicos que elija el centro hospitalario.
- Además, las Organizaciones Hospitalarias CHI publicarán un resumen de esta Política en el sitio web del centro hospitalario, [www.trinitytwincity.org/financial-assistance](http://www.trinitytwincity.org/financial-assistance), y en otros lugares de su elección dentro de las comunidades en las que el centro hospitalario ofrezca servicios.

Dichos avisos e información resumida deben incluir un número de contacto y deben proporcionarse en inglés, español y otros idiomas principales hablados por la población a la que el centro hospitalario ofrezca servicios, según corresponda.

---

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

***Asistencia financiera***

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 13 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

---

La derivación de pacientes para recibir asistencia financiera puede ser realizada por cualquier miembro del personal médico o no médico de la Organización Hospitalaria CHI, incluidos médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. El paciente, un miembro de su familia, un amigo cercano o un socio del paciente pueden realizar una solicitud de asistencia, de acuerdo con las leyes de privacidad vigentes.

Las Organizaciones Hospitalarias CHI brindarán asesoría financiera a los pacientes sobre sus facturas relacionadas con la EMCare y divulgarán la disponibilidad de dicha asesoría. Es responsabilidad del paciente o de su garante programar consultas en cuanto a la disponibilidad de asistencia financiera con un asesor financiero.

### **ACCIONES EN CASO DE FALTA DE PAGO**

Las medidas que puede tomar una Organización Hospitalaria CHI en caso de falta de pago con respecto a cada centro hospitalario se describen en una política distinta: Política de Administración n.º 16, *Facturación y cobros*. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta Política solicitándola en el Departamento de Acceso o Admisión de Pacientes del centro hospitalario o comunicándose al 1-800-514-4637.

### **APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**

Los equipos del ciclo de ganancias son responsables de la implementación de esta Política de acuerdo con los procedimientos detallados establecidos en los Procedimientos del Ciclo de Ganancias de CHI y sus modificaciones.

### **APROBACIÓN DE LA POLÍTICA**

Esta Política está sujeta a una revisión periódica cada tres (3) años o antes, de acuerdo con lo exigido por los cambios en las leyes vigentes. Cualquier cambio en la Política debe estar aprobado por la Junta de Administradores de CHI.

### **DOCUMENTOS ADJUNTOS**

A Solicitud de asistencia financiera (FAA).

***Política de Administración n.º 15***

---

**TEMA DE LA POLÍTICA:**

***Asistencia financiera***

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 07/01/16**

*Debe ser revisada cada tres años  
por la Junta de Administradores*

Página 14 de 14

**REVISAR ANTES DEL: 06/30/19**

---

- B Lista de proveedores: un anexo a esta Política que, inicialmente, se publicará el 1.º de julio de 2016 o antes y que la gerencia actualizará periódicamente (no menos que trimestralmente) de allí en adelante.

**POLÍTICAS RELACIONADAS**

- Política de Administración n.º 16, *Facturación y cobros*
- *THTC EMTALA Política n. PC-022*

**APROBADA Y MODIFICADA POR LA JUNTA**

- 06/29/16 (para entrar en vigencia a partir del 07/01/16)