

Sección de la Póliza: Consejo Financiero al Paciente	Sección: Servicios de Acceso al Paciente
Fecha efectiva: 7/2/2018	Preparado por: Gregory Phillips
Fechas de Revisión: 8/1/2014, 7/1/2016, 7/2/2018, 9/23/2019, 3/1/2021, 4/5/2023	Aprobado por: Junta de Directores
Título: POLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA	

PROPOSITO

El Holy Cross Hospital ("HCH") es miembro de Trinity Health System. Trinity Health es una comunidad de personas que se unen para servir con el espíritu del Evangelio, como una presencia sanadora, compasiva y transformadora dentro de la comunidad. En concordancia con nuestros Valores Fundamentales, en particular con el "Compromiso hacia aquellos que son pobres", nosotros proveemos cuidado a las personas necesitadas, y damos consideración especial a aquellos que son más vulnerables, incluyendo aquellos que no pueden pagar y aquellos cuyos medios limitados hacen extremadamente difícil cumplir con los gastos en que incurren por el cuidado que reciben. HCH se compromete a:

- Proveer acceso a servicios de cuidado de salud de calidad con compasión, dignidad y respeto a quienes servimos, particularmente a los pobres y necesitados en nuestras comunidades;
- Dar cuidado de salud a todas las personas, sin importar su capacidad para pagar por los servicios; y
- Asistir a los pacientes que no pueden pagar parte o todo el cuidado que reciben.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento para Asistencia Financiera para Pacientes ("FAP", por sus siglas en inglés) se describe abajo. El FAP está diseñado para satisfacer las necesidades que tienen los pacientes de recibir asistencia financiera y apoyo cuando buscan servicios en el HCH. Esto se aplica a todos los servicios elegibles que se proveen bajo leyes estatales o federales que son aplicables. La elegibilidad para asistencia financiera y apoyo de HCH se determinará con base en cada caso individual usando criterios específicos y será evaluada analizando las necesidades de cuidado de salud del paciente y/o su familia, así como sus recursos y obligaciones financieras.

I. Criterio de Calificación para Asistencia Financiera

- a. *Servicios elegibles para apoyo financiero:*
- i. Todos los servicios médicos necesarios, incluyendo servicios médicos y de apoyo provistos por HCH, serán elegibles para Apoyo Financiero.
 - ii. Servicios de cuidado médico de emergencia serán provistos a todos los pacientes, sin importar la capacidad de pagar que los pacientes tengan. Tal cuidado médico continuará hasta que la condición del paciente se haya estabilizado — previamente a cualquier determinación para arreglos de pago.
- b. *Servicios no elegibles para Apoyo Financiero:*
- i. Servicios cosméticos y otros procedimientos y servicios electivos que no son necesarios médicamente.
 - ii. Servicios no provistos ni facturados por HCH (p.ej. servicios de médicos independientes, enfermería privada, transporte en ambulancia, etc.).
 - iii. Como se estipula en la Sección II, HCH ayudará activamente a los pacientes a solicitar ayuda en programas públicos y privados. HCH puede negar Apoyo Financiero a aquellos individuos que no cooperen para llenar las solicitudes para programas que podrían pagar por los servicios de cuidado de salud.
 - iv. HCH puede excluir servicios que están cubiertos por un programa de seguros con un proveedor diferente en otro lugar, pero que no están cubiertos en HCH; luego de hacer esfuerzos para educar al paciente acerca de las limitaciones de cubrimiento de ciertos programas de seguros, y contando con que se satisfagan las obligaciones que ordena la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Labor Activa (EMTALA por sus siglas en inglés).
- c. *Requisitos de residencia*
- i. HCH proveerá Apoyo Financiero a los pacientes que residan dentro del área de servicios y que califiquen bajo el procedimiento de HCH FAP.
 - ii. La elegibilidad será determinada por HCH usando el área postal del lugar de residencia principal del paciente.
 - iii. HCH proveerá Apoyo Financiero a los pacientes fuera de las Areas de Servicio que califiquen bajo la HCH FAP y que presenten una condición de Urgencias, Emergencia, o que ponga en peligro sus vidas.
 - iv. HCH proveerá Apoyo Financiero a los pacientes a los cuales programas de médicos de misiones extranjeras, conducidos por personal médico activo, han identificado como necesitados de servicios. Tales programas deben estar dirigidos por personal médico que ha obtenido aprobación previa del

Presidente de HCH o su designado.

d. Documentación por Ingresos Establecidos

- i. La información provista a HCH por el paciente y/o su familia incluirá el ingreso ganado, incluyendo honorarios mensuales brutos, salario e ingresos como trabajador independiente; ingreso no ganado incluyendo pensión alimenticia, beneficios de jubilación, dividendos, intereses e ingreso de cualquier otra fuente; número de dependientes en el hogar; y otra información requerida en la solicitud de FAP.
- ii. HCH hará una lista de los documentos de apoyo, tales como comprobantes de pago de sueldos, planillas de impuesto e historia de crédito, requeridos para solicitar asistencia financiera de FAP o en la solicitud de FAP. HCH no negará Apoyo Financiero basándose en la omisión de información o documentación que no sea requerida específicamente por el FAP en el formulario de la solicitud de FAP.
- iii. HCH proveerá a los pacientes que sometan una solicitud de FAP incompleta una notificación escrita que describa la información y/o documentación adicional que falta, la cual debe ser presentada dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se da la notificación escrita para completar la solicitud de FAP. La notificación proveerá la información de contacto para hacer preguntas relacionadas con la información que falta. HCH puede iniciar Acciones Extraordinarias de Cobro – ECA- (Extraordinary Collection Actions/ECA) si el paciente no somete la información y/o documentos dentro del período para someter la información de nuevo, que es de 30 días, y es al menos 120 días desde la fecha en que HCH proveyó al paciente la primera factura post-alta, correspondiente al cuidado recibido. HCH procesará la solicitud de FAP si el paciente proporciona la información/documentación que falta durante los 240 días del período de la solicitud (o, si es más tarde, dentro de los 30 días del período para someter de nuevo).

e. Apoyo Presuntivo

- i. HCH reconoce que no todos los pacientes son capaces de proveer la información financiera completa. Por consiguiente, la aprobación del Apoyo Financiero puede ser determinada con base en la información limitada disponible. Cuando tal aprobación se otorga, se clasifica como “Apoyo Presuntivo”.
- ii. El modelo predictivo es uno de los esfuerzos razonables que serán usados por HCH para identificar a los pacientes que pueden calificar para asistencia financiera con prioridad a iniciar acciones de cobro, por ejemplo, clasifica una

cuenta de un paciente como incobrable, cancelada, morosa ('deuda mala') y referirla a una agencia de cobranzas. Este modelo predictivo habilita a HCH para identificar sistemáticamente a pacientes necesitados.

iii. Los ejemplos de casos presuntivos incluyen:

- Pacientes fallecidos sin bienes conocidos
- Pacientes indigentes
- Pacientes desempleados
- Servicios médicamente necesarios que no están cubiertos, provistos a pacientes que califican para programas de asistencia pública
- Pacientes en bancarrota
- Miembros de organizaciones religiosas que han hecho votos de pobreza y no tienen recursos individualmente o a través de la orden religiosa

Para los pacientes que no responden al proceso de solicitud de FAP, otras fuentes de información, si están disponibles, serán usadas para hacer una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información permitirá a HCH tomar una decisión informada acerca de la necesidad financiera de los pacientes que no responden.

- iv. Con el propósito de ayudar financieramente a los pacientes necesitados, un tercero podrá ser utilizado para realizar una revisión de la información del paciente de manera que se pueda evaluar su necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo reconocido por la industria del cuidado de salud que está basado en bancos de datos de récords públicos. Estos récords públicos habilitan a HCH para evaluar si el paciente es característico de otros pacientes que históricamente han calificado para asistencia financiera bajo el proceso tradicional de solicitud. En los casos en que hay una falta de información provista directamente por el paciente, y luego de agotar esfuerzos para confirmar la disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo provee un método sistemático para otorgar elegibilidad presuntiva a los pacientes necesitados financieramente.
- v. En el evento de que un paciente no califique bajo el modelo predictivo, el paciente todavía puede proporcionar información de apoyo dentro de los períodos de tiempo establecidos y ser considerado bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.
- vi. Las cuentas de los pacientes a las que se otorga el estatus de apoyo presuntivo serán ajustadas usando códigos de transacción de *Apoyo Financiero Presuntivo* en el momento en que la cuenta se considere no cobrable y previamente a ser referida para cobranza o clasificada como incobrable ('deuda mala'). El descuento otorgado será clasificado como Apoyo Financiero; la cuenta del paciente no será enviada a cobranzas y no se incluirá como un gasto de HCH por cuenta incobrable ('cuenta mala').
- vii. HCH notificará a los pacientes que han sido determinados como elegibles a un nivel de asistencia menor que el nivel de asistencia más generoso posible bajo el FAP, para que él o ella pueda solicitar la asistencia más generosa

disponible bajo el FAP dentro de los 30 días siguientes a la notificación. La determinación de que un paciente es elegible para una asistencia menor que la más generosa posible, se basa en el estatus de apoyo presuntivo o en una determinación de elegibilidad previa hecha por FAP. Adicionalmente, HCH puede iniciar o continuar con una acción ECA, si el paciente no solicita una asistencia más generosa dentro de los 30 días siguientes a la notificación, si es al menos 120 días desde la fecha en que HCH proporcionó la primera factura post-alta por el cuidado recibido. HCH procesará cualquier nueva solicitud de FAP que el paciente someta al final del período de solicitud que es de 240 días, si es más tarde, al final del período de 30 días dado para solicitar la asistencia más generosa.

f. Cronograma para Establecer la Elegibilidad Financiera

- i. Se harán todos los esfuerzos para determinar la elegibilidad del paciente para Apoyo Financiero, previamente o al momento de admisión para el servicio. La solicitud de FAP se aceptará en cualquier momento durante el período de solicitud. El período de solicitud comienza el día en que el cuidado es provisto y termina no más tarde de 240 días después de que se da al paciente la primera factura post-alta, o en cualquiera de estos casos:
 - i. el final del período de tiempo que el paciente que es elegible para menos asistencia que la más generosa disponible, basado en el estatus de apoyo presuntivo, o en una determinación previa de elegibilidad a FAP, y quien ha solicitado asistencia financiera más generosa; o
 - ii. la fecha límite provista en una notificación escrita después de la cual las acciones ECA pueden ser iniciadas

HCH puede aceptar y procesar la solicitud de un individuo a FAP, sometida fuera del período de solicitud, considerando cada caso en particular, según lo autorizado en los niveles de aprobación establecidos pro HCH.

- ii. HCH (u otra parte autorizada) devolverá cualquier monto que el paciente haya pagado por cuidado, que exceda el monto que él o ella está determinado a ser personalmente responsable a pagar como paciente elegible a FAP, a menos que tal monto excedente sea menos de \$5 (u otro monto establecido por medio de una notificación u otro lineamiento publicado en el Boletín de Rentas Internas). Las devoluciones de los pagos son necesarias solamente para las partes de cuidado para los cuales aplica la solicitud de FAP.
- iii. Las determinaciones de Apoyo Financiero se harán luego de haber agotado todos los esfuerzos para calificar al paciente para recibir asistencia financiera gubernamental o de otros programas.
- iv. HCH hará todos los esfuerzos para tomar una determinación de Apoyo Financiero de una manera oportuna. Si se están buscando otras formas de Apoyo Financiero, HCH se comunicará con el paciente en relación con el

proceso y con el cronograma que se espera para la determinación, y no intentará esfuerzos de cobranza mientras que se toma dicha determinación.

- v. Una vez que la calificación para Apoyo Financiero ha sido determinada, se harán revisiones subsiguientes cada 90 días, para la continuidad de la elegibilidad para servicios subsiguientes.

g. Nivel de Apoyo Financiero

- i. HCH sigue los lineamientos de Ingreso establecidos abajo, al evaluar la elegibilidad de un paciente para Apoyo Financiero. Un porcentaje de los Lineamientos del Indice Federal de Pobreza (FPL), los cuales se actualizan anualmente, es usado para determinar la elegibilidad de un paciente para Apoyo Financiero. Sin embargo, otros factores también serán considerados, tales como el estatus financiero del paciente y/o su capacidad de pagar tal como se determine a través del proceso de evaluación.

- ii. Ingreso Familiar igual o inferior a 200% de los Lineamientos del Indice Federal de Pobreza:

Un 100% de descuento en todos los cargos será provisto a los Pacientes No Asegurados cuyo Ingreso Familiar es del o está por debajo, del 200% de los más recientes Lineamientos del Indice Federal de Pobreza.

- iii. Ingreso Familiar entre el 201% y el 400% de los Lineamientos del Indice Federal de Pobreza:

- i. Un descuento del total de los cargos igual al promedio de ajuste contractual para cuidado agudo de HCH para Medicare, será provisto a los pacientes de cuidado agudo cuyo Ingreso Familiar esté entre el 201% y el 400% de los Lineamientos del Indice Federal de Pobreza.
- ii. Un descuento del total de los cargos igual al ajuste contractual de médicos de HCH para Medicare será provisto a pacientes en instalaciones ambulatorias cuyo Ingreso Familiar esté entre el 201% y el 400% de los Lineamientos del Indice Federal de Pobreza.
- iii. Los montos de ajuste contractual en cuidado agudo y médico de HCH para Medicare son calculados utilizando la metodología retrospectiva de calcular la suma de cuentas pagadas dividida por el total de cargos "brutos" de tales cuentas, por parte de la Oficina de Sistemas de HCH anualmente, usando doce meses de cuentas pagadas con un retraso de 30 días desde el día del reporte hasta la fecha del alta más reciente.

- iv. Los pacientes con Ingreso Familiar hasta, e incluyendo, el 200% de los Lineamientos del Indice Federal de Pobreza, serán elegibles para Apoyo Financiero para montos de co-pagos, deducibles y co-seguros, contando con

que los arreglos contractuales con el asegurador del paciente no prohíban proporcionar tal asistencia.

- v. Apoyo a Pacientes Médicamente Indigentes / Catastrófico: El apoyo financiero también se provee a los pacientes médicamente indigentes. La indigencia médica ocurre cuando una persona no es capaz de pagar algunas o todas sus cuentas médicas, porque sus gastos médicos exceden cierto porcentaje del Ingreso Familiar o del hogar (por ejemplo, debido a condiciones o costos catastróficos) sin importar que tengan Ingreso o bienes que de otra forma exceden los requerimientos de elegibilidad financiera para Cuidado Gratuito o Cuidado con Descuento, bajo el FAP de HCH. Los costos o condiciones catastróficas ocurren cuando hay una pérdida de empleo, muerte del proveedor principal, exceso de gastos médicos u otros eventos desafortunados. Las circunstancias de Indigencia Médica/catastrófica serán evaluadas con base en caso por caso, incluyendo la revisión del Ingreso del paciente, sus gastos y bienes. Si un paciente no asegurado reclama circunstancias catastróficas y solicita asistencia financiera, los gastos médicos por un episodio de cuidado que excedan el 20% del Ingreso calificará al paciente asegurado para co-pagos y deducibles para asistencia catastrófica de caridad para su cuidado. Los descuentos para cuidado médicamente indigente para el no asegurado no serán menores al monto del promedio de ajuste contractual de HCH para Medicare, para los servicios provistos; o un monto que regrese los gastos médicos catastróficos del paciente a una relación del 20% respecto al Ingreso. La asistencia financiera médicamente indigente y catastrófica será aprobada por el Director Financiero (CFO) de HCH y reportada a la Oficina de Sistemas del Director Financiero.
 - vi. Aunque el Apoyo Financiero se debe dar de acuerdo con los criterios escritos establecidos por HCH, está reconocido que ocasionalmente habrá la necesidad de otorgar Apoyo Financiero adicional a los pacientes basándose en consideraciones individuales. Tales consideraciones individuales serán aprobadas por el Director financiero (CFO) de HCH y reportadas a la Oficina de Sistemas del Director Financiero.
- h. Contabilidad y Reportes de Apoyo Financiero
- i. De acuerdo con los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados, el Apoyo Financiero provisto por Trinity Health se registra sistemática y detalladamente en los estados financieros como una deducción de réditos en la categoría de “Cuidado de Caridad”. Para propósitos de reportar Beneficios a la Comunidad, el cuidado de caridad es reportado como costo estimado asociado con provisiones para servicios de “Cuidado de Caridad” de acuerdo con la Asociación Católica de Salud.

- ii. Los siguientes lineamientos se proveen para registrar el Apoyo Financiero en el estado financiero:
- El Apoyo Financiero provisto a los pacientes bajo las provisiones del “Programa de Asistencia Financiera”, incluyendo el ajuste para montos generalmente aceptados como pago de pacientes con seguro, se registrará bajo “Rebaja para Cuidado de Caridad”.
 - Anulación de cargos a pacientes que no han calificado para Apoyo Financiero bajo este Procedimiento y que no pagan por los servicios recibidos serán registradas como deudas incobrables (“deudas malas”).
 - Descuentos por pagos oportunos se registrarán bajo “Rebajas Contractuales”.
 - Las cuentas inicialmente anuladas por incobrables (“deudas malas”) que subsiguientemente retornan de las agencias de cobranzas donde se determina que el paciente ha cumplido con los criterios para Apoyo Financiero, con base en información obtenida por la agencia de cobranzas, serán reclasificadas pasando de Incobrables (“deudas malas”) a “Rebajas por Cuidado de Caridad”.

II. Asistiendo a pacientes que pueden calificar para cubrimiento

- a. HCH hará esfuerzos positivos para ayudar a que los pacientes soliciten a programas privados y públicos para los cuales puedan calificar y que les pueden dar asistencia para pagar por servicios de cuidado de salud. También se pueden otorgar primas de asistencia con base discrecional, de acuerdo con el procedimiento de “Pagos para Primas de Planes de Salud Cualificados (QHP) y Pacientes por Pagar”, de Trinity Health.
- b. HCH tendrá procedimientos comprensibles y escritos para ayudar a los pacientes a determinar si ellos califican para programas de asistencia pública o para el FAP de HCH.

Comunicaciones efectivas

- a. HCH proveerá consejo financiero a los pacientes acerca de sus cuentas por cuidado de salud relacionadas con los servicios que han recibido de HCH, y hará que se sepa que tal consejo está disponible.
- b. HCH responderá con prontitud y cortesía a las preguntas de los pacientes

acerca de sus cuentas y a sus pedidos de asistencia financiera.

- c. HCH utilizará un proceso de facturación que es claro, conciso, correcto y sensible con el paciente.
- d. HCH tendrá información disponible en un formato comprensible, sobre los cargos por los servicios que provee.
- e. HCH pondrá letreros y publicará folletos que provean información básica acerca de su programa de FAP, en la sala de emergencias, áreas de admisión y otros lugares públicos de HCH.
- f. HCH tendrá disponible para los pacientes una copia en papel del resumen en lenguaje simple de su programa FAP, como parte del proceso de admisión o del alta. HCH no fallará en publicar ampliamente su programa de FAP por razón de que un individuo decline aceptar el resumen en lenguaje simple que se le ha ofrecido durante la admisión o antes de darle el alta, o porque indique que él o ella prefiere recibir el resumen en lenguaje simple de manera electrónica.
- g. HCH pondrá a disposición de los pacientes que lo soliciten: el FAP, el resumen en lenguaje simple y el formulario de solicitud del FAP, en la sala de emergencia, las áreas de admisión y otros lugares públicos de HCH; por correo y en el portal de internet de HCH. Cualquier individuo con acceso a internet podrá ver, descargar e imprimir una copia en papel de estos documentos. HCH proveerá instrucciones, a cualquier persona que las pida, sobre cómo acceder con una dirección directa de internet (URL) al sitio web donde se pueden encontrar la copia del FAP, del formulario de solicitud del FAP, o del resumen del FAP en lenguaje simple.
- h. HCH hará una lista de los nombres individuales de los doctores, oficinas de grupos de doctores y otras entidades que estén proveyendo el cuidado médico o de emergencia necesario en HCH, ya sea por el nombre usado en los contratos con el hospital, o por el nombre usado en las facturas dadas al paciente por el cuidado recibido.
- i. Estos documentos estarán disponibles en inglés y en el idioma principal de cualquier población con dominio limitado del inglés que constituya al menos 1,000 individuos o el 5 por ciento de la comunidad a la que HCH sirve.
- j. HCH tomará medidas para notificar a los miembros de la comunidad a la que HCH sirve, sobre información acerca del FAP. Tales medidas pueden incluir, por ejemplo, la distribución de hojas informativas resumiendo el FAP a agencias públicas locales y a organizaciones sin fines de lucro que trabajan en las necesidades de salud de la población de bajos ingresos de la comunidad.
- k. HCH incluirá una notificación escrita y visible en las facturas, la cual notifique e informe a quienes las reciben acerca de la disponibilidad de asistencia financiera

bajo el programa FAP del HCH, e incluirá el número de teléfono del departamento de HCH que puede proveer información acerca del FAP, el proceso de solicitud del FAP y la dirección (URL) del portal de internet específico en el cual se pueden obtener copias del FAP, del formulario de solicitud del FAP y del resumen del FAP en lenguaje simple.

- l. HCH se abstendrá de iniciar acciones ECA dentro de los 120 días siguientes a proporcionar a los pacientes la primera factura post-alta por el episodio de cuidado, incluyendo las facturas pendientes por los episodios de cuidado más recientes que se hayan agregado a la factura enviada al paciente. HCH también se asegurará de que todos los contratos con asociados que lleven a cabo acciones de cobranza contengan una cláusula o cláusulas que prohíban las acciones ECA dentro de los 120 días siguientes a proveer al paciente la primera factura por el episodio de cuidado, luego de darle el alta, incluyendo las facturas por los más recientes episodios de cuidado que sean agregadas a la factura enviada al paciente.
- m. HCH proporcionará a los pacientes una notificación escrita que indique que hay asistencia financiera disponible para los pacientes elegibles, indique las acciones ECA que HCH (u otras partes autorizadas) intente iniciar para obtener el pago por el cuidado, y establezca el plazo límite después del cual tales acciones ECA puede ser iniciadas, que es no antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona la notificación escrita. HCH incluirá un resumen del FAP en lenguaje simple junto con la notificación escrita y hará esfuerzos razonables para notificar oralmente al paciente acerca del programa FAP de HCH y acerca de cómo el paciente puede obtener asistencia con el proceso de solicitud del FAP.
- n. En el caso de diferir o rechazar, o requerir un pago por proveer cuidado médicamente necesario porque el individuo no haya pagado una o más facturas por cuidado provisto previamente bajo el programa FAP de HCH, HCH puede notificar al individuo acerca de su FAP en menos de 30 días antes de iniciar acciones ECA. Sin embargo, para acogerse a esta excepción, HCH debe satisfacer varias condiciones. HCH debe:
 - i. Proveer al paciente un formulario de solicitud de FAP (para asegurarse de que el paciente solicite inmediatamente, si es necesario) y notificar al paciente por escrito acerca de la disponibilidad de asistencia financiera para individuos elegibles y la fecha límite, si la hay, después de lo cual HCH ya no aceptará ni procesará una solicitud de FAP sometida por el paciente por el cuidado en cuestión previamente recibido. Esta fecha límite no puede ser antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona la notificación escrita, o 240 días después de la fecha en que fue provista la primera factura post-alta por el cuidado previamente provisto. Por consiguiente, aunque las acciones ECA que involucren diferido o rechazo de cuidado puedan ocurrir inmediatamente después

de ser provista la notificación de requerimiento escrita (y oral), al paciente, se deben dar al menos 30 días después de la notificación para someter una solicitud de FAP por el cuidado previamente proporcionado.

- ii. Notificar al paciente acerca del FAP proporcionando un resumen del FAP en lenguaje simple y notificando oralmente al paciente acerca del FAP de HCH y acerca de cómo el paciente puede obtener asistencia con el proceso de solicitud del FAP.
- iii. Procesar la solicitud con prontitud, para garantizar que el cuidado médicamente necesario no se retrase innecesariamente si se somete una solicitud.

Los esfuerzos razonablemente modificados discutidos arriba no son necesarios en los siguientes casos:

- i. Si han pasado 120 días desde la primera factura post-alta por el cuidado provisto previamente y HCH ya ha notificado al paciente acerca de su intención de iniciar las acciones ECA.
- ii. Si HCH ya ha determinado que el paciente fue elegible para FAP por el cuidado en cuestión provisto previamente basado en una solicitud completa de FAP, o ha determinado presuntivamente que el paciente fue elegible para FAP por el cuidado provisto previamente.
- o. HCH proveerá una notificación escrita de que nada se debe si el paciente se determina como elegible para Cuidado Gratuito.
- p. HCH proveerá a los pacientes que son determinados como elegibles para asistencia distinta al Cuidado Gratuito, una factura que indique el monto que el paciente debe por el cuidado como paciente elegible a FAP. La factura también describirá cómo fue determinado el monto y cómo el paciente puede obtener información relacionada con la manera en que el monto fue determinado.

IV. Facturación Justa y Prácticas de Cobranza

- a. HCH implementará prácticas de facturación y cobranzas de las obligaciones de pago de los pacientes, que sean justas, consistentes y que cumplan con las regulaciones estatales y federales.
- b. HCH pondrá a disposición de todos los pacientes que califiquen un plan de pago a corto plazo libre de intereses, con un plazo de pago definido basado en el saldo de la cuenta pendiente.

- c. HCH tendrá procedimientos escritos describiendo cuándo y bajo qué autoridad la deuda de un paciente es enviada para acciones de cobranza externa que sean consistentes con este Procedimiento.
- d. Las siguientes acciones de cobranza pueden ser realizadas por HCH o por una agencia de cobranzas en su nombre:
 - i. Comunicarse con el paciente (llamar, escribir correspondencia, fax, texto, correo electrónico, etc.) y sus representantes, en cumplimiento con la Ley de Cobranzas Justas de Deudas, identificando a HCH claramente. Las comunicaciones con el paciente también cumplirán con las regulaciones de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos -HIPAA-.
 - ii. Solicitar el pago de la porción de las obligaciones estimadas del paciente en el momento del servicio, en cumplimiento con las regulaciones de la Ley para el Tratamiento de Urgencias Médicas y Partos Activos –EMTALA- y con las leyes estatales.
 - iii. Proveer programas de préstamos a bajo interés para el pago de deudas pendientes, para los pacientes que tienen la capacidad de pagar pero que no cumplen los requerimientos de pago a corto plazo.
 - iv. Reportar deudas pendientes al Buró de Crédito solo después de que todos los aspectos de este Procedimiento han sido aplicados y después de que se hayan hecho esfuerzos razonables de cobranza, de conformidad con el FAP de HCH.
 - v. Adelantar una acción legal contra individuos que tienen los medios para pagar, pero que no pagan, o los cuales no tienen la voluntad de pagar. Una acción legal también puede ser adelantada por la porción de un monto no pagado luego de una solicitud de FAP de HCH. Una aprobación de Trinity Health o del Presidente / Director Financiero (CEO/CFO) de HCH puede ser obtenida con prioridad a comenzar el procedimiento legal, o de proceder con una acción legal para cobrar un fallo (por ejemplo, embargo de honorarios, interrogatorio de un deudor).
 - vi. Interponer un derecho de retención sobre la propiedad de los individuos que tienen los medios de pagar, pero que no pagan, o no tienen la voluntad de pagar. Los derechos de retención pueden ser interpuestos por la porción del monto no pagado después de la solicitud de FAP de HCH. La interposición de un derecho de retención requiere la aprobación de Trinity Health o del Presidente / Director Financiero (CEO/CFO) de HCH. Los derechos de retención sobre la residencia principal solo se pueden ejercitar contra la

- venta de la propiedad y se protegerá el valor de ciertos bienes dentro de la propiedad como se documenta en el Procedimiento de FAP.
- e. HCH (o una agencia de cobranzas en su nombre) no perseguirá acciones contra la persona de un deudor, tales como órdenes de arresto o de aprehensión. HCH reconoce que una Corte puede imponer una orden de arresto u otras acciones similares contra un acusado por su falta de cumplimiento de una orden judicial, o por otras violaciones legales relacionadas con los esfuerzos de cobranza. En casos extremos de renuencia voluntaria o falta de pago de una deuda justa cuando hay recursos adecuados para pagarla, una Corte puede emitir una orden; en general, HCH al principio hará esfuerzos para convencer a las autoridades públicas de no tomar tales acciones, y si no tiene éxito, para que considere la procedencia de cesar los esfuerzos de cobranza para evitar una acción legal contra la persona del deudor.
 - f. HCH (o una agencia de cobranzas en su nombre) tomará todas las medidas disponibles para reversar acciones ECA relacionadas con montos que los pacientes elegibles a FAP ya no deben.
 - g. HCH puede hacer que la Oficina de Sistemas apruebe los arreglos hechos con una agencia de cobranzas, si tales arreglos cumplen con los siguientes criterios:
 - i. El arreglo con la agencia de cobranzas debe ser por escrito;
 - ii. Ni HCH ni la agencia de cobranzas puede en ningún momento perseguir una acción contra la persona del deudor, tal como una orden de arresto o de aprehensión.
 - iii. El acuerdo debe definir los estándares y el alcance de las prácticas a ser usadas por agencias de cobranzas externas que actúan en nombre de HCH, todas las cuales deben estar en conformidad con este Procedimiento;
 - iv. Ninguna acción legal puede ser adelantada por una agencia de cobranzas sin la previa autorización escrita de HCH;
 - v. Los Servicios Legales de Trinity Health deben aprobar todos los términos y condiciones para la contratación de abogados que representen a HCH en la cobranza de deudas de los pacientes;
 - vi. Todas las decisiones –tales como la manera en que una reclamación es manejada por un abogado, si se demanda, si una reclamación llega a un acuerdo amistoso, si una reclamación regresa a HCH, o cualquier otro asunto relacionado con la resolución de una reclamación por parte de un abogado– deben ser tomadas por HCH en consulta con los Servicios Legales de Trinity Health;

- vii. Cualquier petición de acción legal para cobrar un fallo (por ejemplo, embargo, interrogatorio de un deudor) debe ser aprobada por escrito y por adelantado con respecto a cada cuenta, por parte del representante autorizado de HCH como se detalla en la sección (IV)(d)(v);
- viii. HCH se debe reservar el derecho del interrumpir acciones de cobranza en cualquier momento con respecto a cualquier cuenta específica; y
- ix. La agencia de cobranzas debe acordar indemnizar a HCH por cualquier violación de los términos de su contrato escrito con HCH.

V. Implementación de Políticas Precisas y Consistentes

- a. Representantes de los departamentos de Servicios Financieros del Paciente y Acceso al Paciente, de HCH, educarán a los miembros del personal que trabaja de cerca con los pacientes (incluyendo aquellos que trabajan en el registro y admisión de pacientes, asistencia financiera, servicio al cliente, facturación y cobranzas, y oficinas médicas) acerca de la facturación, la asistencia financiera, las políticas y prácticas de cobranzas, y el tratamiento digno y respetuoso de todos los pacientes, sin importar su estatus de seguro o su capacidad de pagar por los servicios.
- b. HCH honrará los compromisos de Apoyo Financiero que fueron aprobados bajo previos lineamientos de asistencia financiera.

VI. Otros Descuentos

- a. Descuentos Rápidos de Pago: HCH ha desarrollado un rápido programa de descuentos de pago, el cual está limitado a saldos iguales o mayores de \$200.00 y no más del 20% del saldo debido. El descuento rápido de pago es ofrecido al momento del servicio y registrado como un ajuste contractual y no puede ser registrado como cuidado de caridad en los estados financieros.
- b. Descuentos para Costos a Cargo del Paciente: HCH aplica un descuento estándar del 40% de todos los cargos para los pacientes que se hayan registrado para pagar por su cuenta y que no califican para asistencia financiera.
- c. Descuentos Adicionales: Los ajustes que sobrepasan el porcentaje de los descuentos descritos en este Procedimiento se pueden hacer basados en cada caso sobre una evaluación de la cobrabilidad de la cuenta y autorizada por los niveles establecidos y aprobados por HCH.

Si alguna provisión de este FAP está en conflicto con los requerimientos de la ley del Estado en el cual Trinity Health RHM opera, la ley del Estado debe sustituir la provisión en conflicto y RHM debe actuar de conformidad con la ley estatal aplicable.

VII. ALCANCE/APLICABILIDAD

Este procedimiento se aplica a todos los RHM de Trinity Health que operen hospitales autorizados exentos de impuestos. Las organizaciones de Trinity Health que no operen hospitales autorizados exentos de impuestos pueden establecer sus propios procedimientos de asistencia financiera para otros servicios de atención médica que proporcionan y se las alienta a utilizar los criterios establecidos en este procedimiento de FAP como guía.

Este Procedimiento se basa en una “Política de Espejo” de Trinity Health. De esta manera, todos los RHM de Trinity Health y sus Subsidiarias que operan hospitales autorizados exentos de impuestos deben adoptar un Procedimiento local que “refleje” (es decir, que sea idéntico) el Procedimiento de la Oficina del Sistema. Las preguntas al respecto se deben derivar a la Oficina del Departamento Jurídico de Trinity Health.

DEFINICIONES

El Período de Solicitud comienza el día en que se proporciona el cuidado y termina no más tarde de 240 días después de proveerse la primera factura post-alta, o en algunos de los siguientes casos:

- i. al final del período de 30 días para los pacientes que califican para menos de la asistencia más generosa disponible con base en el estatus de apoyo presuntivo, o antes de que la elegibilidad a FAP se provea para solicitar asistencia más generosa.
- ii. en la fecha límite provista en una notificación escrita después de la cual pueden ser iniciadas las acciones ECA.

Montos Generalmente Facturados ("AGB, por sus siglas en inglés") significa que los montos generalmente facturados por emergencia u otro cuidado médicamente necesario a pacientes que tienen seguro con cobertura para tal cuidado, incluyendo los AGB agudos de HCH y los de los médicos, serán calculados utilizando la metodología retrospectiva de calcular la suma de los pagos por reclamaciones de Medicare dividida por el total de los cargos “brutos” por aquellos reclamos de la Oficina de Sistemas de HCH, anualmente, usando doce meses de reclamos pagados con un retraso de 30 días desde la fecha del reporte hasta la fecha del alta más reciente.

Cuidado con Descuento significa que se hace un descuento parcial de la cantidad adeudada por pacientes que califican bajo el FAP.

Servicios Médicos Emergentes son aquellos necesarios para una condición que puede poner la vida en peligro, o que son resultado de una lesión grave y requieren atención médica inmediata. Esta condición médica está generalmente gobernada por la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Partos Activos (EMTALA).

Equipo de Liderazgo Ejecutivo (“ELT”, por sus siglas en inglés) significa un grupo que está compuesto por la gerencia de más alto nivel en Trinity Health.

Acciones Extraordinarias de Cobranza (“ECA”, por sus siglas en inglés) incluyen las siguientes acciones tomadas por HCH (o por una agencia de cobranzas en su nombre):

- Diferir, rechazar o requerir un pago antes de proveer cuidado médicamente necesario, porque el paciente no ha pagado una o más facturas por cuidado provisto previamente cubierto bajo FAP en las instalaciones del hospital. Si HCH requiere un pago antes de proveer cuidado a un individuo que tiene una o más factures pendientes, tal requerimiento de pago se presumirá que es por la falta del pago de la factura(s) pendiente, a menos que HCH pueda demostrar que requirió el pago del individuo con base en otros factores y sin relación con el no pago de él o ella de las facturas pasadas.
- Reportar deudas pendientes al Buró de Crédito.
- Perseguir una acción legal para cobrar un fallo (por ejemplo, embargo o interrogatorio de un deudor).
- Interponer una acción para derecho de retención sobre las propiedades de los individuos.

Familia (tal como la define el Buró del Censo de los E.U.) es un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente reclama a alguien como dependiente en su planilla de devolución de impuestos, de acuerdo con las reglas del Servicio de Rentas Internas (IRS por sus siglas en inglés), esa persona puede ser considerada como dependiente para los propósitos de determinar la elegibilidad bajo el FAP del HCH.

Ingreso Familiar – El Ingreso Familiar de una persona incluye el Ingreso de todos los miembros adultos de la Familia de ese hogar. Para los pacientes menores de 18 años de edad, el Ingreso Familiar incluye el ingreso anual de los padres y/o padrastros, o parientes curadores, contando el período de 12 meses previos, o el año fiscal previo como se muestra en los comprobantes de pago de sueldo, o en la planilla de devolución de impuestos y en otra información. La prueba de las ganancias puede ser determinada por la anualización del Ingreso Familiar hasta la fecha tomando en consideración el índice actual de ganancias.

Póliza de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) significa una póliza y un procedimiento escritos que cumplen con los requerimientos descritos en §1.501(r)-4(b).

Solicitud de Póliza de Asistencia Financiera (FAP) significa la información y documentación adjunta que el paciente somete para solicitar asistencia financiera bajo la FAP de HCH. HCH puede obtener información de un individuo por escrito u

oralmente (o una combinación de ambos).

Apoyo Financiero significa apoyo (caridad, descuentos, etc.) provisto a los pacientes que tienen dificultad para pagar todo el costo de servicios médicos necesarios provisto por HCH y que cumplen con los criterios de elegibilidad para tal asistencia.

Cuidado Gratuito significa un descuento completo del monto adeudado por el paciente que califica para FAP.

Ingreso incluye honorarios, salarios e ingreso como contratista independiente, beneficios por desempleo, compensación a trabajadores, pagos del Seguro Social, asistencia pública, beneficios a veteranos, pensión alimenticia, beneficios a sobrevivientes, pensiones, ingreso por jubilación, pagos regulares por seguros y anualidades, ingreso por bienes raíces y bonos, rentas recibidas, intereses/dividendos e ingresos por otras fuentes misceláneas.

Necesidad Médica se define tal como se documenta en el Manual del Proveedor de Medicaid de la Florida.

Póliza significa una declaración de la dirección de alto nivel en asuntos de importancia estratégica para Trinity Health, o una declaración que desarrolla más la interpretación que hace Trinity Health de documentos legales. Las Pólizas del Sistema pueden ser independientes o ser Pólizas Reflejo designadas por entidades aprobadas.

Resumen del FAP en lenguaje simple significa una declaración escrita que notifica a un paciente que HCH le ofrece asistencia financiera bajo FAP y provee la siguiente información adicional en un lenguaje que es claro, conciso y fácil de entender:

- Una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y de la oferta de asistencia bajo FAP.
- Un resumen breve de cómo solicitar asistencia para FAP.
- La dirección específica (URL) del portal de internet y de los lugares físicos donde el paciente puede obtener copias del FAP y del formulario de solicitud de FAP.
- Instrucciones de cómo el paciente puede obtener una copia gratuita del FAP y de la solicitud de FAP vía correo postal.
- La información de contacto, incluyendo número de teléfono y dirección del lugar físico, de la oficina o departamento en las instalaciones del hospital, que puede proveer información sobre FAP y proveer asistencia para el proceso de solicitud del FAP.
- Una declaración de la disponibilidad de traducciones a otros idiomas del FAP, del formulario de solicitud del FAP y del resumen del FAP en lenguaje simple, si es aplicable.
- Una declaración que diga que al paciente elegible para FAP no se le cobrará más del AGB para emergencias y otro cuidado médico necesario.

Procedimiento significa un documento diseñado para implementar una Póliza, o una descripción de una acción específica o proceso requeridos.

Ministerio Regional de Salud (“RHM”, por sus siglas in inglés) significa una subsidiaria de primer nivel (directo), una división subsidiaria u operativa de Trinity Health, la cual mantiene un cuerpo gubernativo que tiene un equipo de manejo para la supervisión diaria de una porción designada de Trinity Health System. Los RHM pueden estar basados en un mercado geográfico, o estar dedicados a una línea de servicios o de negocios.

Area de Servicio es la lista de códigos postales incluidos en un mercado de servicios de HCH y que constituye una “comunidad con necesidad” de servicios de cuidado de salud primaria.

Estándares o Lineamientos significan instrucciones adicionales y directrices que asisten en la implementación de Procedimientos, incluyendo aquellos desarrollados por organizaciones profesionales o de acreditación.

Subsidiaria significa una entidad legal en la cual un RHM de Trinity Health es el único miembro corporativo, o el único accionista.

Paciente No Asegurado significa un individuo que no está asegurado, sin cubrimiento de terceros por parte de un seguro comercial, un plan ERISA, un Programa Federal de Cuidado de Salud (incluyendo sin limitaciones Medicare, Medicaid, SCHIP, y CHAMPUS), Compensaciones a Trabajadores, o asistencia de terceros para cubrir todo o parte del costo del cuidado, incluyendo reclamos contra terceros cubiertos por seguros a los cuales HCH está subrogado, pero solo si el pago es realmente hecho por tales compañías de seguros.

Urgente (nivel de servicio) son servicios médicos para una condición que no pone en peligro la vida, pero que requiere servicios médicos oportunos.

DEPARTAMENTO RESPONSABLE

Mayor orientación concerniente a este Procedimiento puede ser obtenida de VP, Servicios Financieros del Paciente, en el Departamento de Excelencia de Ingresos.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS MATERIALES

- Póliza de Excelencia en Ingresos N. 1, de Trinity Health: “Asistencia Financiera a Pacientes” (“FAP”) <http://intranet.trinity-health.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>
- Póliza de Excelencia en Ingresos N. 2, de Trinity Health: "Pago de Primas QHP y Cuentas por Pagar del Paciente " <http://intranet.trinity-health.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>

- Ley de Protección del Paciente y Cuidado Asequible: Sección Estatutaria 501(r)
- Cronograma H de Servicios de Ingresos Internos (Formulario 990)
- Departamento del Tesoro, Servicio de Rentas Internas, Requerimientos Adicionales para Hospitales de Caridad; Regla Final: Volumen 79, No. 250, Parte II, 26 CFR, Parte 1