

COMMONSPIRIT HEALTH POLÍTICA DE GOBERNANZA

ASUNTO: Asistencia financiera

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

Por determinarse

NÚMERO DE PÓLIZA: Finanzas G-003

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA ORIGINAL:

1 de julio de 2021

POLÍTICA

De conformidad con el Código de Impuestos Internos (IRC, por sus siglas en inglés), sección 501(r) y con el objetivo de mantener la exención impositiva, se requiere que cada organización hospitalaria de CommonSpirit Health establezca una Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) y una Política de atención médica de emergencia por escrito, que regulen la atención médica necesaria y la atención médica de emergencia (denominadas, en el presente, EMCare) que se prestan en un Centro hospitalario. Esta Política tiene por finalidad describir las condiciones bajo las cuales un Centro hospitalario brinda Asistencia financiera a sus pacientes. Asimismo, en esta Política, se describen las acciones que podría llevar a cabo un Centro hospitalario en caso de incumplimiento de pago de una cuenta de paciente.

ALCANCE

Esta Política se aplica a CommonSpirit y a cada una de sus afiliadas directas exentas¹ de impuestos y Subsidiarias² totalmente de su propiedad exentas de impuestos, así como a cualquier otra Subsidiaria que no sea totalmente de su propiedad absoluta u otra entidad relacionada que, a través de un contrato o cuyos documentos rectores, requieran o dispongan expresamente que dicha Subsidiaria o entidad(es) cumpla con las políticas y procedimientos de CommonSpirit (Entidad Conformante) y que operen un Centro Hospitalario (denominado individualmente como una Organización Hospitalaria de CommonSpirit y colectivamente como Organizaciones Hospitalarias de CommonSpirit). CommonSpirit tiene por política ofrecer, sin ningún tipo de discriminación, EMCare en Instalaciones hospitalarias de CommonSpirit a todos los pacientes, independientemente de la capacidad financiera que tenga el paciente para pagar.

¹ Una Afiliada directa es cualquier corporación de la cual CommonSpirit Health es el único miembro corporativo o único accionista, así como Dignity Community Care, una corporación sin fines de lucro de Colorado.

² Una Subsidiaria se refiere a una organización, ya sea sin fines de lucro o con fines de lucro, en la que una Afiliada directa tiene el poder de nombrar el cincuenta por ciento (50 %) o más de los miembros con derecho a voto del órgano de gobierno de dicha organización o posee el cincuenta por ciento (50 %) o más de los derechos de voto en ella (según se demuestre mediante facultades de membresía o valores que confieran determinada autoridad para la toma de decisiones a la Afiliada directa), así como a cualquier organización en la que una Subsidiaria tenga esa misma autoridad o esos mismos derechos de voto.

PRINCIPIOS

Como proveedores católicos de atención médica y organizaciones exentas de impuestos, las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit deben satisfacer las necesidades de los pacientes y de otras personas que necesiten atención médica más allá de su capacidad económica para pagar los servicios prestados.

Es el deseo de las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit que la capacidad financiera de las personas que procuran acceder a la prestación de servicios de atención médica no signifique un obstáculo en el momento de buscar o recibir atención.

Las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit ofrecerán, sin ejercer ningún tipo de discriminación, Atención médica de emergencia a individuos independientemente de su elegibilidad para acceder a Asistencia financiera o para recibir asistencia estatal en Instalaciones hospitalarias de CommonSpirit.

Las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit se ocupan de ofrecer Asistencia financiera a personas con necesidades de atención médica sin seguro, con un seguro inferior al necesario, que no son elegibles para un programa del gobierno, o bien, que no pueden pagar y precisan obtener Atención médica necesaria no emergente en Instalaciones hospitalarias de CommonSpirit.

APLICACIÓN

A. La presente Política rige para:

- Todos los cargos correspondientes a EMCare que una Organización hospitalaria de CommonSpirit presta en un Centro hospitalario
- Todos los cargos correspondientes a EMCare prestada por un médico o profesional clínico de práctica avanzada que sea empleado de una Organización hospitalaria de CommonSpirit en caso de que dicha atención médica se preste en un Centro hospitalario
- Todos los cargos correspondientes a una EMCare prestada por un médico o profesional clínico de práctica avanzada que sea empleado de una Entidad sustancialmente relacionada en tanto y en cuanto dicha atención médica se preste en un Centro hospitalario.
- Atención médica necesaria sin cobertura prestada a los pacientes, cuyos cargos serían responsabilidad del paciente, como los cargos por días que superen el límite de la estadía o en circunstancias en las que los beneficios del paciente se hayan agotado.

Las actividades de cobranza y recuperación se llevarán a cabo de acuerdo con la Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-004, *Facturación y cobranzas*.

B. Coordinación con otras leyes

La provisión de Asistencia financiera puede estar sujeta a leyes o regulaciones adicionales de conformidad con las leyes federales, estatales o locales. Dichas leyes se aplican en la medida en que impongan requisitos más exigentes que los establecidos en esta Política. En caso de que una ley estatal o local que se adopte posteriormente sea directamente

opuesta a la presente Política, la Organización hospitalaria de CommonSpirit podrá, tras consulta con su representante del equipo local del sector de Legales de CommonSpirit, el liderazgo de Ciclos de ingresos de CommonSpirit y el liderazgo de Impuestos de CommonSpirit, incorporar un anexo a la presente Política antes del próximo ciclo de revisión de políticas con los cambios mínimos que sean necesarios en esta Política para garantizar el cumplimiento de las leyes vigentes.

DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (AGB) se refiere al cargo máximo que un paciente elegible para Asistencia financiera conforme a esta Política de asistencia financiera es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado todas las deducciones y descuentos, incluidos los descuentos disponibles en virtud de esta Política, menos cualquier monto reembolsado por las aseguradoras. A ningún paciente elegible para la Asistencia financiera se le cobrará más del AGB por la EMCare que se le brindó al paciente. CommonSpirit calcula el AGB en cada institución con el método "retrospectivo", multiplicando los "cargos brutos" de EMCare proporcionados por los porcentajes de AGB, que se basan en reclamos pasados aceptados en Medicare y seguros privados según lo descrito en la ley federal. "Cargos brutos" para estos fines significa el monto que figura en el directorio de cargos de cada Centro hospitalario para cada servicio de EMCare.

Período de solicitud significa el tiempo proporcionado a los pacientes por la Organización hospitalaria CommonSpirit para completar la solicitud de Asistencia financiera. Vence en la fecha que ocurra más tarde entre: (i) 365 días a partir del alta del paciente del Centro hospitalario o la fecha de la EMCare del paciente, o (ii) 240 días a partir de la fecha de la factura inicial posterior al alta de la EMCare recibida en un Centro hospitalario.

Área de servicio de la entidad CommonSpirit significa, para fines de esta Política, la comunidad atendida por un Centro hospitalario como se describe en su Evaluación de Necesidades de Salud Comunitaria más reciente, como se describe en la Sección 501(r)(3) del IRC.

La Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad (Community Health Needs Assessment, CHNA) es realizada por un Centro hospitalario al menos una vez cada tres (3) años de conformidad con la sección 501(r)(1)(A) del IRC; cada Organización hospitalaria de CommonSpirit luego adopta estrategias para satisfacer las necesidades de salud de la comunidad identificadas a través de la CHNA.

Período de determinación de elegibilidad :A los fines de determinar la elegibilidad para Asistencia financiera, el Centro hospitalario revisará el Ingreso familiar anual del período de seis (6) meses anterior o del año fiscal anterior, según se muestre en los recibos de pago o declaraciones de impuestos recientes y otra información. La prueba de ingresos puede determinarse analizando el Ingreso familiar del año a la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ingresos actual.

Período de calificación de elegibilidad: Después de presentar la solicitud de Asistencia financiera y los documentos de respaldo, los pacientes aprobados para ser elegibles recibirán Asistencia financiera para todas las cuentas elegibles incurridas por servicios recibidos doce (12) meses antes de la fecha de la determinación y, de manera prospectiva, por un período de seis (6) meses a partir de la fecha de la determinación. En caso de que se apruebe la elegibilidad, conforme a los criterios de Elegibilidad presunta, se aplicará

también Asistencia financiera sobre cuentas elegibles que hayan incurrido en servicios recibidos doce (12) meses antes de la fecha de determinación.

Ley de Atención Médica de Emergencia, Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA, por sus siglas en inglés): Cualquier paciente que busque atención para una afección médica de emergencia en el sentido de la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd) en un Centro hospitalario será tratado sin discriminación y sin tener en cuenta la capacidad del paciente para pagar la atención. Además, está prohibida cualquier acción que disuada a los pacientes de buscar EMCare, lo que incluye, entre otras acciones, permitir actividades de cobro y recuperación de deudas que interfieran con la prestación de EMCare. Los Centros hospitalarios también deberán operar de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales para la prestación de atención relacionada con afecciones médicas de emergencia, incluidos los requisitos de detección, tratamiento y traslado establecidos en la EMTALA y de conformidad con el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), sección 482.55 (o cualquier reglamento sucesor). Los Centros hospitalarios deben consultar y guiarse por cualquier Política de EMTALA de CommonSpirit, las regulaciones de EMTALA y las Condiciones de participación aplicables de Medicare/Medicaid para determinar qué constituye una afección médica de emergencia y los procesos que se deben seguirse con respecto a cada una.

Medidas Extraordinarias de Cobranza (ECA, por sus siglas en inglés): El Centro hospitalario no participará en acciones ECA contra una persona antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar la elegibilidad conforme a esta Política. Una ECA puede incluir cualquiera de las siguientes acciones tomadas para obtener el pago de una factura de atención:

- Vender la deuda individual a un tercero, excepto si está expresamente previsto por la ley federal. Y
- Reportar información adversa sobre el individuo a las oficinas de créditos para consumidores.

Las ECA no incluyen los gravámenes que la Instalación hospitalaria tiene derecho a aplicar según la ley estatal a los fondos de una sentencia o compromiso que se le debe a un individuo (o a su representante) como resultado de lesiones personales por las que un Centro hospitalario brindó atención.

Familia significa (usando la definición de la Oficina de Censos) un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las reglas del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta, dicha persona podría considerarse un dependiente a los efectos de la disposición de la Asistencia financiera. Si la documentación tributaria del IRS no está disponible, el tamaño de la familia se determinará por el número de dependientes documentados en la solicitud de Asistencia financiera y verificados por el Centro hospitalario.

El Ingreso familiar se determina de acuerdo con la definición del IRS de Ingreso bruto ajustado modificado para el solicitante y todos los miembros de su familia. Al definir la elegibilidad, la Organización hospitalaria de CommonSpirit podría tener en cuenta los "activos monetarios" de la Familia del paciente. No obstante, a los efectos de esta determinación, los activos monetarios no incluirán planes de jubilación ni de compensación

diferida.

Las Pautas Federales del Nivel de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son actualizadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de conformidad con la autoridad conferida por la subsección (2) de la sección 9902 del título 42 del Código de los Estados Unidos. Se puede hacer referencia a pautas actuales en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Asistencia financiera se refiere a la asistencia que se da a pacientes para quienes sería una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo previstos por los EMCare que se proporcionan en un Centro hospitalario y que cumplen con los criterios de elegibilidad para dicha asistencia. La Asistencia financiera se ofrece a los pacientes asegurados en la medida permitida por el contrato de la compañía de seguros del paciente.

Garante se refiere a una persona que es legalmente responsable del pago de la factura del paciente.

Centro Hospitalario (o Centro) significa un centro de atención médica que es requerido por un estado para ser autorizado, registrado o reconocido de manera similar como un hospital y que es operado por una Organización Hospitalaria de CommonSpirit.

Atención médicamente necesaria se refiere a cualquier procedimiento razonablemente determinado (por un proveedor) como necesario para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de cualquier afección, enfermedad, lesión o patología que ponga en peligro la vida, cause sufrimiento o dolor, provoque una enfermedad o dolencia, amenace con causar o agravar una discapacidad, o cause deformidad física o mal funcionamiento. o para mejorar el funcionamiento de un miembro con malformaciones, si no hay otro tratamiento disponible, igualmente eficaz, más conservador o menos costoso. La atención médica necesaria no incluye la atención relacionada con procedimientos electivos o estéticos cuyo único propósito es mejorar la apariencia estética de una parte del cuerpo normal o que funciona con normalidad.

Opera un Centro hospitalario : se considera que un Centro hospitalario es operado ya sea por el uso de sus propios empleados o por la subcontratación de la operación del Centro a otra organización. Un Centro hospitalario también puede ser operado por una Organización hospitalaria de CommonSpirit si la Organización hospitalaria de CommonSpirit tiene un interés de capital o ganancias en una entidad gravada como una sociedad que opera directamente un Centro hospitalario con licencia estatal o que opera indirectamente un Centro hospitalario con licencia estatal a través de otra entidad gravada como una sociedad.

Asistencia financiera presunta se refiere a la determinación de elegibilidad para Asistencia financiera que puede basarse en la información proporcionada por proveedores externos y otra información disponible públicamente. En caso de que se determine que un paciente es presuntamente elegible para acceder a Asistencia financiera, podrá obtener EMCare gratis o con descuento durante el período por el cual el individuo es presuntamente elegible.

Entidad sustancialmente relacionada significa, con respecto a una Organización hospitalaria CommonSpirit, una entidad tratada como una sociedad para fines de impuestos federales en la que la Organización hospitalaria posee un capital o participación

en las ganancias, o una entidad no considerada de la cual la Organización hospitalaria es el único miembro o propietario, que proporciona EMCare en un Centro hospitalario con licencia estatal, a menos que la prestación de dicha atención sea un comercio o negocio no relacionado descrito en la Sección 513 del IRC con respecto a la Organización hospitalaria.

Sin seguro se refiere a una persona que no tiene cobertura de terceros por parte de una compañía de seguros de salud comercial, un plan de ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y TRICARE), una Indemnización laboral u otra asistencia de terceros para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago.

Seguro insuficiente se refiere a una persona con cobertura de seguro público o privado, para quien sería una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo previstos para la EMCare cubierta por esta póliza.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

A. Asistencia financiera disponible para EMCare

Un paciente que califica para Asistencia financiera recibirá EMCare gratis o con descuento, y, en tal sentido, jamás será responsable de más que el AGB para EMCare. Se prestará Asistencia financiera a pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad descritos en el presente y tengan residencia establecida en el Área de servicio de la entidad de CommonSpirit, según se defina en la más reciente del Centro hospitalario CHNA, excepto que la consulta sea urgente o de emergencia, o tenga lugar en un Centro hospitalario de California. Los residentes de países fuera de los Estados Unidos de América no son elegibles para acceder a Asistencia financiera sin previa aprobación del director ejecutivo del Centro hospitalario (o la persona designada), excepto que la consulta sea urgente o de emergencia. Los servicios programados para pacientes que viven fuera del Área de servicio de la entidad de CommonSpirit deberán obtener aprobación previa del director ejecutivo del Centro hospitalario (o de la persona designada). En caso de que un proveedor solicitante requiera servicios en un Centro hospitalario y este mismo servicio también se preste en otro centro más cercano al lugar de residencia del paciente y fuera del Área de servicio de la entidad de CommonSpirit, el Centro hospitalario podrá pedir que el proveedor solicitante haga una reevaluación de los servicios y solicite que se presten en las cercanías de la residencia del paciente.

Los servicios hospitalarios de urgencia o emergencia no se denegarán ni retrasarán en función de la capacidad de pago del paciente ni por la identificación de su cobertura de seguro. Sin embargo, los servicios de atención médica que no sean de emergencia o que no sean urgentes pueden retrasarse o diferirse en función de la consulta con el personal clínico del Centro hospitalario en aquellos casos en que el Centro hospitalario no pueda determinar una fuente de pago para sus servicios. La urgencia del tratamiento asociada con los síntomas clínicos que presenta cada paciente será determinada por un profesional médico de acuerdo con los estándares locales de práctica clínica, las normas clínicas de atención nacionales y estatales y las políticas y procedimientos del personal médico del Centro hospitalario.

B. Asistencia financiera no disponible para otras cuestiones que no sean EMCare

Asistencia financiera no disponible para otras atenciones médicas que no sean EMCare. En el caso de que se trate de atención médica distinta a EMCare, ningún paciente será responsable más allá de los cargos netos correspondientes a dicha atención (cargos brutos para dicha atención una vez aplicadas todas las deducciones y reembolsos de seguros).

C. Monto de Asistencia financiera disponible

Se considerará la posibilidad de brindar elegibilidad para Asistencia financiera a aquellos individuos que no tengan seguro, estén infrasegurados o no sean elegibles para acceder a un programa de beneficios de atención médica estatal, y que no puedan pagar su atención, según cuál sea la determinación en materia de necesidades financieras conforme a la presente Política. El otorgamiento de Asistencia financiera se basará en la determinación individualizada de la necesidad financiera y no tomará en cuenta posibles factores discriminatorios, como edad, ascendencia, género, identidad sexual, expresión de género, raza, color, nacionalidad, orientación sexual, estado civil, estado social o de inmigrante, tendencia religiosa u otros factores según lo prohíben las leyes federales, estatales o locales.

Excepto que resulte elegible para recibir Asistencia financiera presunta, deben cumplirse ciertos criterios para que un paciente califique para obtener Asistencia financiera:

- El paciente debe tener un saldo mínimo inferior a diez dólares (\$10,00) en la cuenta de la Organización hospitalaria de CommonSpirit. Pueden combinarse los saldos de varias cuentas para llegar a esta cantidad. Los pacientes o garantes que tengan un saldo inferior a diez dólares (\$10,00) en su cuenta podrán ponerse en contacto con un asesor financiero para coordinar pagos mensuales en cuotas.
- El paciente debe cumplir con los Estándares de cooperación del paciente que se describen en este documento.
- El paciente debe presentar una Solicitud de asistencia financiera (FAA, por sus siglas en inglés) completa.

D. Atención de caridad

- Hasta el 200 % del FPL : cualquier paciente cuyo Ingreso familiar sea igual o inferior al 200 % del FPL, incluido, entre otros, cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente, es elegible para recibir Asistencia financiera con hasta un 100 % de descuento en el saldo de su cuenta por los servicios elegibles proporcionados al paciente después del pago, si lo hubiera, por parte de un tercero.
- 201 % - 400 % del FPL: cualquier paciente cuyo Ingreso familiar sea igual o superior al 201 %, pero inferior al 400 % del FPL, incluido, entre otros, cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente, es elegible para recibir Asistencia financiera con la reducción del saldo de su cuenta por los servicios elegibles proporcionados una vez deducido cualquier pago efectuado por terceros, si lo hubiera, a un importe que no exceda los AGB del Centro hospitalario.

E. Estándares de cooperación del paciente

Un paciente debe cooperar con el Centro hospitalario en cuanto a aportar la información y la documentación necesarias para determinar la elegibilidad. Dicha cooperación incluye completar todos los formularios o las solicitudes requeridos. El paciente es responsable de notificar al Centro hospitalario de todo tipo de cambio que se produzca en su situación

financiera y que generaría un impacto sobre la evaluación de elegibilidad.

El paciente debe agotar las otras opciones de pago, como cobertura privada, programas de asistencia médica federal, estatal o local, y otras formas de asistencia prestadas por terceros antes de que se le otorgue aprobación. El solicitante de Asistencia financiera es responsable de postularse a los programas públicos disponibles para acceder a cobertura. También se espera que analice opciones de pago de seguros de salud públicos o privados para la atención médica prestados por una Organización hospitalaria de CommonSpirit en un Centro hospitalario.

Se requerirá la colaboración del paciente y, en caso de que corresponda, del Garante para postularse en todas las fuentes de financiación identificables y de programas aplicables. Un Centro hospitalario deberá realizar esfuerzos proactivos para ayudar a un paciente o al garante del paciente a solicitar programas públicos y privados, que pueden incluir cobertura bajo un intercambio de seguros de salud, seguro de salud comercial o la cobertura de un plan de salud adquirida mediante COBRA. En caso de que un Centro hospitalario determine que hay posibilidades de acceder a cobertura bajo un intercambio de seguro médico, seguro médico comercial o un plan COBRA y dicho paciente no sea beneficiario de Medicaid o Medicare, el paciente o Garante (i) deberá proporcionarle al Centro hospitalario y a la base correspondiente la información necesaria para determinar la prima mensual para dicho paciente, y, (ii) deberá colaborar con el personal del Centro hospitalario y de la base para determinar si califican o no para acceder a asistencia con primas, que puede ofrecerse por un tiempo limitado para garantizar la cobertura de seguro mencionada anteriormente.

F. Descuento para pacientes sin seguro

Los servicios no cubiertos bajo una política de seguro y aquellos pacientes o Garantes que aporten pruebas de la inexistencia de una cobertura de seguro de salud, ya sea a través de un programa ofrecido por el empleador o un programa estatal, como Medicare, Medicaid u otro programa local o estatal para pagar los servicios de atención de médica necesaria prestados al paciente, serán elegibles para acceder a un Descuento para paciente sin seguro. Este Descuento no se aplicará a procedimientos cosméticos ni a procedimientos que no sean necesarios desde el punto de vista médico y solo estará disponible para servicios elegibles.

Cada Centro hospitalario deberá calcular y determinar el descuento a partir de los cargos brutos disponibles para pacientes elegibles. La Asistencia financiera que se describe a continuación reemplaza a esta disposición de Descuento de paciente sin seguro. En caso de que se determine que la solicitud de Asistencia financiera reducirá aún más la factura del paciente, el Centro hospitalario deberá revertir el Descuento para paciente sin seguro y aplicar los ajustes correspondientes en virtud de la Política de asistencia financiera.

G. Descuento de autopago

Para los pacientes sin seguro que no califican para ninguno de los descuentos de Asistencia financiera descritos en esta Política, las Instalaciones hospitalarias podrán aplicar un descuento automático (autopago) en la factura del paciente según lo establecido en las pautas y los procedimientos del Ciclo de ingresos de CommonSpirit. El descuento por autopago no se somete a una prueba de medios.

MÉTODO PARA APLICAR ASISTENCIA FINANCIERA

Todos los pacientes deben completar una FAA de CommonSpirit para ser considerados para acceder a Asistencia financiera, excepto que sean elegibles para acceder a Asistencia financiera presunta. El Centro hospitalario utiliza la FAA para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera.

Para tener derecho a la asistencia, el paciente debe proporcionar estados de cuenta bancarios o de cuentas corrientes que evidencien los recursos disponibles del paciente (aquellos que pueden convertirse en efectivo y que no son necesarios para su vida diaria) y al menos una (1) documentación de respaldo que verifique el Ingreso familiar debe ser presentada junto con la FAA. La documentación de respaldo puede incluir, entre otros, los siguientes documentos:

- Copia de la declaración federal de impuestos más recientemente presentada del individuo.
- Formulario W-2 actualizado.
- Comprobantes de pago actuales.
- Carta de apoyo firmada.

El Centro hospitalario podrá, a su exclusivo criterio, basarse en pruebas de elegibilidad que no sean las descritas en la FAA o en el presente. Otras fuentes de pruebas podrían ser las siguientes:

- Fuentes de datos disponibles a nivel general y de manera externa que proporcionen información sobre la capacidad de pago del paciente o Garante.
- Una revisión de las cuentas pendientes del paciente correspondientes a servicios previos prestados y del historial de pagos del paciente o Garante.
- Determinaciones previas de la elegibilidad para recibir asistencia por parte del paciente o Garante en virtud de la presente Política, si las hubiere. O
- Pruebas obtenidas como resultado de analizar distintas fuentes alternativas adecuadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados.

En caso de que no se obtenga información sobre ingresos en una FAA completa, debe presentarse un documento por escrito en el que se describa por qué no hay información sobre ingresos disponibles y cómo sostiene sus gastos básicos diarios (por ejemplo, vivienda, alimentos y servicios públicos) el paciente o Garante. Los solicitantes de Asistencia financiera que participan de un Programa de Repago de Préstamos de Corporaciones Nacionales de Servicios de Salud (NHSC, por sus siglas en inglés) se encuentran exentos de presentar información sobre gastos.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit reconocen que no todos los pacientes y Garantes pueden completar la FAA o presentar la documentación necesaria. Hay asesores financieros disponibles en cada ubicación de un Centro hospitalario que ofrecen su ayuda a quienes necesitan ayuda con la solicitud. En el caso de pacientes y Garantes que no pueden presentar la documentación requerida, el Centro hospitalario podrá otorgar Asistencia financiera presunta sobre la base de información obtenida de otros recursos. En particular, la elegibilidad presunta podrá determinarse en función de las circunstancias de vida individuales, a saber:

- Beneficiario de programas de recetas financiados por el estado.
- Persona en situación de calle o que recibe atención en una clínica de atención

- gratuita o para personas en situación de calle.
- Participación en programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés).
- Elegibilidad para cupones de alimentos.
- Elegibilidad o derivación para otros programas de asistencia local o estatal (por ejemplo, Medicaid).
- Vivienda de bajos ingresos o subvencionada proporcionada como domicilio válido o
- Paciente fallecido sin cónyuge conocido o situación conocida.

Esta información les permitirá a las Instalaciones hospitalarias tomar decisiones informadas en función de las necesidades financieras de los pacientes y utilizar las mejores proyecciones disponibles en caso de que el paciente no aporte información de manera directa. En caso de que se determine que un paciente es elegible para acceder a Asistencia financiera presunta, podrá obtener EMCare gratis o con descuento durante el período durante el cual el individuo es presuntamente elegible.

Los pacientes que tienen Medicaid y reciben servicios médicos necesarios sin cobertura serán tenidos en cuenta para acceder a Asistencia financiera presunta. Podrá aprobarse la Asistencia financiera en instancias previas a la fecha de entrada en vigencia de Medicaid.

En caso de que se determine que un individuo es presuntamente elegible, se le otorgará Asistencia financiera al paciente por un período de doce (12) meses que finalizarán en la fecha de la determinación de elegibilidad presunta. Como resultado, se aplicará Asistencia financiera sobre cuentas elegibles que hayan incurrido en servicios recibidos doce (12) meses antes de la fecha de determinación. El individuo presuntamente elegible no recibirá Asistencia financiera para la EMCare prestada con posterioridad a la fecha de determinación, a menos que se complete una FAA o una nueva determinación de elegibilidad presunta.

En el caso de pacientes, o sus Garantes, que no respondan a un proceso de solicitud de un Centro hospitalario, podrán utilizarse otras fuentes de información para llevar a cabo una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información le permitirá al Centro hospitalario tomar decisiones informadas en función de las necesidades financieras de los pacientes que no presentan capacidad de respuesta y utilizar las mejores proyecciones disponibles en caso de que el paciente no aporte información de manera directa.

A los efectos de ayudar a pacientes con necesidades financieras, el Centro hospitalario podrá recurrir a un tercero para revisar la información del paciente o del Garante con el objetivo de evaluar la necesidad financiera. Para esta revisión, se aplica un modelo predictivo y reconocido en el sector de atención médica fundamentado en bases de datos de registros civiles. En el modelo, se incorporan datos de registros públicos para calcular el puntaje de capacidad financiera y socioeconómica. El conjunto de reglas del modelo ha sido diseñado para evaluar a cada paciente en función de los mismos estándares y se ha calibrado tomando como referencia las aprobaciones históricas de Asistencia financiera hechas por el Centro hospitalario. Esto le permite al Centro hospitalario evaluar si un paciente es similar a otros pacientes que han calificado históricamente para acceder a Asistencia financiera con el proceso tradicional de solicitud.

Cuando se utiliza el modelo, se aplicará antes de asignar la deuda como incobrable, después de haber agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y de pago para aquellos

pacientes que aún no han sido evaluados para determinar su elegibilidad presunta. De esta manera, el Centro hospitalario puede evaluar a todos los pacientes en cuanto a Asistencia financiera antes de emitir una ECA. Los datos que se obtienen a partir de esta revisión constituyen documentación adecuada de la necesidad financiera en virtud de la presente Política.

En caso de que un paciente no califique para elegibilidad presunta, el paciente podrá, de todos modos, aportar información de los requisitos y ser tenido en cuenta en el proceso tradicional de FAA.

Las cuentas de los pacientes a los que se les haya otorgado un estado de elegibilidad presunta recibirán atención gratuita o con descuento para los servicios elegibles correspondientes únicamente a fechas de prestación de servicios anteriores. Esta decisión no constituye un estado de atención gratuita o con descuento como los disponibles mediante el proceso de solicitud tradicional. Se tratarán estas cuentas como elegibles para Asistencia financiera en virtud de la presente Política. Estas cuentas no se enviarán para la cobranza, así como tampoco estarán sujetas a acciones posteriores de cobranzas y no se incluirán en los gastos por deudas incobrables del Centro hospitalario. No se notificará a los pacientes para informarles sobre esta decisión. Asimismo, los montos deducibles y de coaseguros informados como deudas incobrables de Medicaid se excluirán del informe de atención de caridad.

La evaluación presunta ofrece un beneficio para la comunidad al habilitar a una Organización hospitalaria de CommonSpirit a identificar sistemáticamente a los pacientes con necesidades financieras, reducir la carga administrativa y ofrecer Asistencia financiera a pacientes y sus Garantes, algunos de los cuales es posible que no hayan presentado respuesta al proceso de FAA.

NOTIFICACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Toda notificación sobre la disponibilidad de Asistencia financiera por parte de Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit se distribuirá a través de distintos medios, como los siguientes, aunque sin limitarse a ellos:

- Publicación visible de avisos en facturas de pacientes.
- Avisos colocados en salas de emergencias, centros de atención médica de urgencias, departamentos de admisión y registro, oficinas comerciales y en otros espacios públicos que elija el Centro hospitalario. Y
- Publicación de un resumen de la presente Política en el sitio web del Centro hospitalario, según lo dispuesto en el Apéndice A, y en otros lugares de las comunidades a las que presta servicios el Centro hospitalario, según lo decida.

Los pacientes pueden recibir de un asesor financiero del Centro hospitalario información adicional sobre el porcentaje de AGB del Centro hospitalario y cómo se calculan los porcentajes, según lo dispuesto en el Apéndice A.

Dichos avisos e información resumida deberán incluir un número de contacto y se ofrecerán en inglés, español y otros idiomas principales hablados por la población a la que se presta servicio en un Centro hospitalario individual, según corresponda.

La remisión de pacientes para Asistencia financiera podrá estar a cargo de cualquier miembro del personal médico o no médico de la Organización hospitalaria de

CommonSpirit, como médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. El paciente o un miembro de la familia, amigo cercano o asociado del paciente podrán ocuparse de presentar la solicitud de asistencia, conforme a lo establecido en las leyes de privacidad aplicables.

Las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit ofrecerán asesoramiento financiero a pacientes relacionados con sus facturas por la prestación de EMCare e informarán sobre la disponibilidad de dicho asesoramiento. El paciente o el Garante del paciente son responsables de programar reuniones con un asesor financiero en relación con la disponibilidad de la Asistencia financiera.

Se publicará una lista de proveedores en el sitio web de cada una de los Centros hospitalarios de CommonSpirit hasta el 1 de julio de 2021, o antes de esa fecha, y, a partir de ese momento, la gerencia deberá actualizarla periódicamente (aunque con una frecuencia no menor a una vez cada tres meses).

ACCIONES EN CASO DE FALTA DE PAGO

Las acciones que una Organización hospitalaria de CommonSpirit puede tomar en caso de falta de pago con respecto a cada Centro Hospitalario se describen en una política separada, Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-004, *Facturación y cobranzas*. El público en general podrá obtener una copia gratuita de la presente Política, para lo cual deberán contactarse con el departamento de Acceso y admisiones de pacientes a Centros hospitalarios, según se dispone en el Apéndice A.

APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

El liderazgo del Ciclo de ingresos de CommonSpirit es responsable de velar por la implementación de esta Política.

ANEXOS

Solicitud de Asistencia financiera (FAA)

REFERENCIAS

Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-004, *Facturación y cobranzas*

DOCUMENTOS ASOCIADOS

Anexo de Gobernanza de CommonSpirit	Finanzas G-003A-1, <i>Asistencia financiera - California</i>
Anexo de Gobernanza de CommonSpirit	Finanzas G-003A-2, <i>Asistencia financiera - Oregon</i>
Anexo de Gobernanza de CommonSpirit	Finanzas G-003A-3, <i>Asistencia financiera – Washington</i>
Anexo de Gobernanza de CommonSpirit	Finanzas G-003A-A, <i>plantilla del Anexo de Información de Contacto de Asistencia Financiera del Centro Hospitalario</i>

APROBACIÓN ANUAL

APROBADO POR LA JUNTA DE COMMONSPIRIT HEALTH: 26 DE JUNIO DE 2024, POR DETERMINAR