

 <p><b>St. Mary's Healthcare</b></p> <p><b>Manual de Políticas Organizacionales de ST. MARY'S</b></p>	<b>Política N°: PR 4.9</b>	
	<b>Título:</b>	Política de Asistencia Financiera
	<b>Reemplaza la Política:</b>	PR 4.7
	<b>Responsable de la Política:</b>	Director, Cuentas de Pacientes
	<b>Concurrencia:</b>	Vicepresidente de Finanzas / Director Financiero (CFO)
<b>Capítulo: Finanzas del Paciente</b>	<b>Fecha de Vigencia:</b>	01/08/2024
	<b>Fecha de Revisión / Actualización:</b>	15/07/2024, 12/10/2025, 09/06/2025, 31/03/2026
	<b>Aprobación:</b>	Junta Directiva de St. Mary's
	<b>Fecha:</b>	9 de junio de 2025

## I. Declaración de la Política:

St. Mary's Healthcare ("la Organización") desea garantizar una práctica socialmente justa para la prestación de atención de Emergencia u otra atención Médicamente Necesaria en las instalaciones de la Organización. La Organización ha diseñado esta política para abordar la elegibilidad para asistencia financiera de pacientes que enfrentan dificultades económicas y reciben atención de la Organización.

1. Toda la asistencia financiera reflejará el compromiso de la Organización con la dignidad humana individual y el bien común, su especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras poblaciones vulnerables, así como su compromiso con la justicia distributiva y la administración responsable.
2. Esta política se aplica a todos los servicios de Emergencia y otros servicios Médicamente Necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos proporcionados por médicos empleados y los servicios de salud conductual.
3. Esta política no se aplica a acuerdos de pago para procedimientos electivos u otros servicios que no sean atención de Emergencia ni Médicamente Necesaria. Se adjunta a esta política una lista de proveedores que brindan atención dentro de las instalaciones de la Organización, indicando cuáles proveedores están cubiertos y cuáles no están cubiertos bajo esta política de asistencia financiera.

## II. Definiciones:

Para los fines de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **“501(r)”** significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las regulaciones promulgadas en virtud de dicha sección.
- **“Monto Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés)”** significa, con respecto a la atención de Emergencia u otra atención Médicamente Necesaria, el monto generalmente facturado a las personas que cuentan con seguro que cubre dicha atención.
- **“Atención de Emergencia”** significa atención para tratar una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor severo) tal que la ausencia de atención médica inmediata pueda resultar en un deterioro grave de las funciones corporales, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o poner en grave peligro la salud de la persona.
- **“Persona sin Hogar”** significa una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que incluye:
  - (i) tener como residencia principal un lugar público o privado no destinado para habitación humana, o
  - (ii) vivir en un refugio público o privado.
- **“Ingreso del Hogar”** significa salarios, sueldos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensiones o ingresos de jubilación, rentas de propiedad, ganancias y honorarios de negocios propios, intereses, dividendos, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, pensión alimenticia, manutención infantil y otras fuentes misceláneas.

El ingreso familiar se determina antes de impuestos y excluye ganancias o pérdidas de capital. Si una persona vive con una familia, se puede considerar el ingreso de todos los miembros (los miembros no relacionados del hogar no cuentan). Los beneficios no monetarios, como cupones de alimentos y subsidios de vivienda, no se consideran ingresos.
- **“Atención Médicamente Necesaria”** significa lo definido por la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. §1395dd), también conocida como la Ley EMTALA (Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo), que describe una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente tal que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que resulte en:
  - (i) poner en grave peligro la salud de la persona;
  - (ii) deterioro grave de las funciones corporales; o
  - (iii) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

La EMTALA también define una condición médica de emergencia para una mujer embarazada que esté teniendo contracciones.
- **“Organización”** significa St. Mary’s Healthcare.
- **“Paciente”** significa las personas que reciben atención de Emergencia o Médicamente Necesaria en la Organización y la persona responsable financieramente de la atención prestada.

### III. Política

#### Asistencia Financiera Proporcionada

La Organización pone a disposición asistencia financiera para todas las personas subaseguradas y no aseguradas que califiquen para recibir ayuda con sus facturas médicas. Ninguna persona que sea considerada elegible para asistencia financiera será cobrada por atención de Emergencia o Medicamento Necesaria más del monto con descuento aplicable descrito en las regulaciones del IRS 26 CFR 1.501(r).

La Organización ofrece asistencia financiera de acuerdo con esta Política de Asistencia Financiera (FAP). Esta FAP fue desarrollada para cumplir con todas las regulaciones federales y estatales, incluidas las regulaciones del IRS 26 CFR 1.501(r) y la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York 2807-k(9-a).

1. La determinación de elegibilidad se basa en lo siguiente:
  - a) Ingreso del hogar y tamaño de la familia\*
  - b) El ingreso mensual bruto del paciente no puede exceder el 400 % de las Guías Federales de Pobreza (Anexo A).
  - c) Los pacientes subasegurados deben haber acumulado una participación en costos médicos superior al 10 % de su ingreso mensual bruto durante los 12 meses anteriores.
  - d) Los pacientes no asegurados recibirán un descuento según una escala móvil (Anexo A).

\*Las solicitudes de pacientes que se determinen con ingresos brutos iguales o inferiores al 200 % de las Guías Federales de Pobreza, basadas únicamente en el ingreso del hogar y el tamaño de la familia, recibirán un descuento del 100 %.

El Anexo A se revisará periódicamente para reflejar las actualizaciones de las Guías Federales de Pobreza emitidas por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, sin necesidad de aprobación adicional de esta política.

2. Los pacientes sin hogar son automáticamente elegibles para asistencia financiera.
3. Para pacientes que no respondan al proceso de solicitud de la Organización, se podrán utilizar otras fuentes de información, como ingresos y tamaño de familia estimados mediante un modelo predictivo, para realizar una evaluación individual de necesidad financiera.

La Organización podrá utilizar un tercero para revisar la información del paciente y evaluar la necesidad financiera utilizando un modelo predictivo reconocido en la industria de la salud, basado en bases de datos de registros públicos, que calcula una puntuación socioeconómica y de capacidad financiera.

Este modelo puede utilizarse para conceder elegibilidad presunta en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.

4. Los servicios cubiertos incluyen todas las ubicaciones de la Organización que brindan servicios considerados Medicamento Necesarios. La cobertura se basa en la dirección principal del paciente registrada en su cuenta.

La Organización aceptará solicitudes de todos los códigos postales; sin embargo, la aprobación de solicitudes fuera del área primaria de servicio queda a discreción de la Organización.

Códigos postales incluidos, entre otros:

12032  
12835  
12117  
12134  
13470  
12010  
12025  
12068  
12069  
12070  
13339  
12078  
12086  
12095  
13452

### **Servicios Excluidos**

La asistencia financiera se aplicará a todos los servicios Medicamento Necesarios proporcionados por la Organización, excepto procedimientos electivos o cosméticos. No están cubiertos los cargos de médicos/proveedores privados (no empleados) que prestan servicios en la Organización.

La FAP no se aplicará a saldos del paciente debidos a problemas de coordinación de beneficios o a la incapacidad del paciente para proporcionar a la aseguradora o a la Organización la documentación necesaria para la facturación.

Los pacientes que opten por no inscribirse en una cobertura de seguro disponible no serán elegibles para asistencia financiera, salvo prohibiciones culturales.

La Organización podrá considerar la elegibilidad del paciente para otras fuentes de pago y su cooperación para obtenerlas (por ejemplo, Medicaid u otros programas de asistencia para copagos o deducibles).

La asistencia financiera se aplicará a todos los servicios Medicamento Necesarios proporcionados por la Organización, excepto procedimientos electivos o cosméticos. No están cubiertos los cargos de médicos/proveedores privados (no empleados) que prestan servicios en la Organización.

La FAP no se aplicará a saldos del paciente debidos a problemas de coordinación de beneficios o a la incapacidad del paciente para proporcionar a la aseguradora o a la Organización la documentación necesaria para la facturación.

Los pacientes que opten por no inscribirse en una cobertura de seguro disponible no serán elegibles para asistencia financiera, salvo prohibiciones culturales.

La Organización podrá considerar la elegibilidad del paciente para otras fuentes de pago y su cooperación para obtenerlas (por ejemplo, Medicaid u otros programas de asistencia para copagos o deducibles).

### Cálculos

La asistencia financiera se proporciona:

- Como porcentaje de participación en costos para pacientes subasegurados
- Como porcentaje de la tarifa actual de Medicaid para pacientes no asegurados

Para todos los pacientes con ingresos iguales o inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza, se otorga un descuento del 100 %.

El descuento se basa en el ingreso del hogar y el tamaño de la familia, utilizando una metodología de participación en costos hasta el 400 % de las Guías Federales de Pobreza vigentes en el momento de la determinación.

Para ser elegible, el paciente debe haber acumulado costos médicos superiores al 10 % de su ingreso mensual bruto durante los últimos 12 meses.

#### Ejemplo: Paciente Subasegurado

Saldo del paciente	50.00
Costos médicos (12 meses)	200.00
Ingreso mensual bruto	4,000.00
Porcentaje	10%
Responsabilidad del paciente	20% del saldo actual

#### Ejemplo: Paciente No Asegurado

- Saldo del paciente: \$100.00
- Costos médicos (12 meses): N/A
- Ingreso mensual bruto: \$3,000.00
- Responsabilidad del paciente: 10 % de la tarifa actual de Medicaid

## IV.Procedimiento

Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento, incluso durante el proceso de cobro.

Los pacientes disponen de 180 días desde la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta antes de que la deuda se envíe a una agencia de cobros.

Las solicitudes aprobadas son válidas por 180 días desde la fecha de aprobación.

No se enviarán cuentas a cobro ni a deudas incobrables mientras una solicitud esté en proceso.

Se utiliza la Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera Hospitalaria del Estado de Nueva York (octubre de 2024).

1. Cuando corresponda, se solicitará a los pacientes que presenten una solicitud para Medicaid u otros programas de seguro patrocinados públicamente. La Organización pondrá a disposición recursos para asistir a los pacientes en dicho proceso. Es posible que el paciente deba cumplir con un monto de “spend-down” para que los servicios estén cubiertos por Medicaid. Cualquier pago que el paciente deba realizar a la Organización podrá incluir, entre otros, el monto de spend-down y los copagos y/o deducibles, los cuales serán considerados elegibles bajo esta Política de Asistencia Financiera (FAP). El incumplimiento en la solicitud o en los requisitos del proceso de Medicaid dará lugar a la denegación de la asistencia financiera.
2. Las solicitudes incompletas serán retenidas y se notificará al solicitante sobre la información faltante requerida, la cual deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la notificación por escrito. Si el paciente no cumple con este requisito dentro del plazo establecido, la solicitud será denegada y la Organización reanudará las actividades de facturación y cobro. El paciente conserva la opción de presentar la información requerida después del plazo de 30 días.
3. A determinación de si un paciente califica para la asistencia financiera se realizará dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Si el paciente califica para la Asistencia Financiera, recibirá una notificación por escrito que indique el monto del descuento aprobado, así como una Carta de Aprobación de Asistencia Financiera que detalle el período de cobertura, el monto del descuento y todos los dependientes elegibles del hogar.
4. Los pacientes aprobados podrán establecer planes de pago razonables; los pagos mensuales no excederán el 5 % del ingreso mensual bruto del paciente y pueden extenderse hasta 2 años.
5. La elegibilidad para la asistencia financiera será efectiva a partir de la fecha del servicio cubierto para el cual el paciente o garante haya presentado la solicitud. El período de cobertura se extenderá por ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que se otorgue la aprobación. La Organización podrá requerir que los pacientes vuelvan a solicitar asistencia financiera cuando exista un cambio en su situación financiera.

### **Pacientes No Asegurados / Comunidad Cristiana Anabaptista**

Los pacientes no elegibles para asistencia financiera no serán cobrados por encima del Monto Generalmente Facturado (AGB) para atención de Emergencia o Medicamento Necesaria.

Los pacientes no asegurados y los miembros de la comunidad Amish recibirán el descuento AGB y un descuento adicional del 10 % por pronto pago si el saldo se paga en su totalidad dentro de los 30 días siguientes al primer estado de cuenta.

Los descuentos adicionales para miembros del grupo cristiano anabaptista serán determinados por el Director Financiero.

# V. Apéndice

## Anexo A

Federal Poverty Level 2025				
Family Size	100% Discount	AT OR UNDER 200 % = 100% Discount	90% Discount with 10% Cost Share	80% Discount with 20% Cost Share
1	\$15,960	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2	\$21,640	\$43,280	\$63,450	\$86,560
3	\$27,320	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4	\$33,000	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5	\$38,680	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6	\$44,360	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7	\$50,040	\$100,080	\$150,120	\$200,160
8	\$55,720	\$111,440	\$167,160	\$222,880
9	\$55,720	\$111,440	\$167,160	\$222,880
10	\$55,720	\$111,440	\$167,160	\$222,880
Each Additional	\$5,680	\$11,360	\$17,040	\$22,720
	<b>100%</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
	Poverty Level			
<b>Uninsured</b>	Percent of Current Medicaid Rate or 100% discount (COST SHARE IS NOT APPLICABLE)			
<b>Underinsured</b>	Cost Share Percentage or 100% discount			

- Los pacientes son elegibles para Medicaid del Estado de Nueva York con ingresos familiares de hasta el 138 % del Nivel Federal de Pobreza.
- Mujeres embarazadas e infantes son elegibles hasta el 223 % del Nivel Federal de Pobreza.
- Las guías de ingreso se derivan de los Niveles Federales de Pobreza publicados en el Registro Federal.