

**TRINITAS**  
Regional Medical Center

**Poliza: Poliza de asistencia financiera**

*Manual: Organizativa                      Capitulo: Liderazgo*

*Responsabilidad de Revision:*

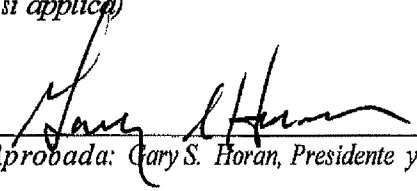
*Formulada en: Septiembre 2015*

*Revisada:  
3/20/20*

*La poliza aplica a: Todos (x)*

*A todo el personal clinico ( )*

*Respaldada por el Comité  
(si aplica)*

  
*Aprobada: Gary S. Horan, Presidente y Oficial Ejecutivo*      *4/21/2020*

**POLIZA:** Poliza de Asistencia Financiera

**PROPOSITO:** Ofrecer asistencia en Trinitas Regional Medical Center (Trinitas RMC) a pacientes sin seguro medico o con seguro insuficiente.

Esta poliza ofrece acceso a programas de descuento que estan disponibles para reducir el peso financiero a la comunidad que servimos. Sepa que la ley federal Medicare, Medicaid junto a otros programas auspiciados bajo la ley federal, prohiben que Trinitas RMC descuenta el co-seguro y el deducible a los pacientes. Otras companias de seguro que tienen contrato con el hospital, de igual manera prohiben al hospital descontar co-seguro y deducible a los pacientes.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Pacientes sin seguro medico o con seguro insuficiente son elegibles para solicitar ayuda financiera al Programa de Caridad de New Jersey, al Medicaid, o a otro programa gubernamental siempre que cumplan con los siguientes requisitos:
  - a. Llenar una aplicacion para determinar si usted es elegible de acuerdo a sus entradas financieras.
  - b. Proveer documentacion que identifiquen a todos los miembros del hogar, las entradas financieras y las propiedades. Algunos ejemplos de prueba de documentacion incluyen: Su mas reciente planilla de devolucion de taxes, fomulario W-2; talonarios de pagos por los ultimos 6 meses; licencia de conducir o una identificacion gubernamental con fotografia; estado de cuenta bancaria; tarjeta de seguro social;

cargos relacionados con servicios no cubiertos, incluyendo todas las denegaciones son atención de caridad. Los ejemplos pueden incluir, entre otros:

- a Servicios proporcionados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios de embarazo o emergencia, pero reciben otra atención hospitalaria)
- b Cuentas pendientes de Medicaid
- c Medicaid y otras negaciones del programa de atención indigente
- d Los cargos se refieren a días que exceden el límite de duración de la estancia
- e Reclamaciones de Medicaid fuera del estado sin pago

5. Longitud de aprobación . Aprobación de asistencia financiera será válido en período de un año desde la fecha de aprobación. Sujeto a revisión posterior la aplicación será revisada basado en las circunstancias del solicitante.

6 Acuerdos de caso único: En algunos casos TRMC puede proporcionar atención a los pacientes asegurados por los que la compañía de seguros no está bajo contrato con TRMC. Aunque TRMC puede aceptar los términos de las negociaciones con las compañías de seguros, el acuerdo de caso único no es representativo de un paciente "bajo contrato" con TRMC. Todos los montos no reembolsados son una forma de asistencia financiera del paciente y se determinan como la diferencia entre los cargos hospitalarios brutos y el reembolso del hospital

Una copia de la póliza y formularios se pueden obtener bajo la página del hospital sitio web precios e información [https://trinitasrnc.org/price\\_and\\_information.htm](https://trinitasrnc.org/price_and_information.htm). Si necesita algún asistente o requiere una aplicación para ser enviada por correo, entonces por favor contacte nuestras oficinas de evaluación financiera, ubicada en el 343 Pearl Street and 655 East Jersey Street Elizabeth, NJ 07202 o llamar 908-994-8651 or 908-994-8680. La póliza también están disponibles en español, también acomodaciones pueden hacerse para ayudarles con traducción a través de nuestras oficinas financieras, en el lugar y número, enumerado anteriormente.

#### **EMIENDA A LOS REQUISITOS PARA DIRECCIONAR LA ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA TEMPORAL DE CARIDAD**

Durante la Emergencia declarada nacionalmente (con efecto retroactivo del 1 de marzo de 2020) los pacientes que son diagnosticados con el virus COVID-19 que están o no están asegurados y retroactivamente cumplen con los requisitos de atención benéfica del hospital, y donde el hospital no recibió ningún otro financiamiento especial por el COVID-19, serán considerados para asistencia financiera de caridad, y son elegibles y se aplicarán todas las condiciones y requisitos. El final del período de emergencia será determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Además, los pacientes que califiquen para recibir atención financiera de caridad bajo la Elegibilidad de Caridad Temporal, no estarán sujetos a restricciones de residencia geográfica durante el Período de Emergencia Declarado Nacionalmente.

En consecuencia, para toda atención a un caso posible o real de COVID-19, el Destinatario certifica que no tratará de cobrar del paciente gastos de bolsillo en una cantidad mayor que lo que el paciente habría tenido que pagar de otra manera si la atención hubiera sido proporcionada por un Destinatario dentro de la red