

---

**DATA DE VIGÊNCIA: 20 de fevereiro de 2024****TÍTULO DA POLÍTICA:***Assistência Financeira aos(às) Pacientes**Para revisão a cada três anos pelo:  
Conselho de Administração do Ministério***REVISAR EM: 1° de março de 2027**

---

**POLÍTICA**

É política do Ministério (e de cada Ministério da Trinity Health) abordar a necessidade de Assistência Financeira e suporte aos(às) pacientes para atendimentos médicos necessários de emergência e não eletivos prestados sob leis estaduais e federais aplicáveis. A elegibilidade para Assistência Financeira e apoio do Ministério é determinada individualmente usando-se critérios detalhados e uma avaliação e análise das necessidades médicas, recursos financeiros e obrigações do(a) paciente e/ou de sua família. A Trinity Health espera o pagamento dos atendimentos prestados a indivíduos Capazes de Pagar (conforme definido nesta Política).

**I. Critérios de Elegibilidade para Assistência Financeira**

Assistência Financeira, conforme descrita nesta seção, é prestada aos(às) pacientes que residam na Área de Atendimento (conforme definida nesta Política). Adicionalmente, o Ministério irá prestar Assistência Financeira a pacientes fora de sua Área de Atendimento que se qualifiquem sob a Política de Assistência Financeira (Financial Assistance Policy, FAP) do Ministério e que apresentem uma condição urgente ou que acarrete risco de vida e recebam Atendimento Médico de Emergência.

A Trinity Health irá prestar Assistência Financeira pelos atendimentos em uma unidade hospitalar (incluindo atendimentos prestados na unidade hospitalar por uma entidade basicamente associada) e o Ministério irá oferecer a Assistência Financeira para os seguintes serviços:

- A. Todos os Atendimentos Médicos Necessários e Atendimentos Médicos de Emergência para
  - 1. pacientes particulares que solicitem e sejam considerados elegíveis para Assistência Financeira, e

2. pacientes presumivelmente elegíveis para assistência financeira.
- B. Certos pagamentos devidos por pacientes com cobertura de uma entidade responsável pelos pagamentos/seguradora, com as quais o Ministério participe/tenha contrato, conforme definido nesta Política.

Atendimentos Médicos de Emergência serão fornecidos a todos os pacientes que se apresentarem ao departamento de emergências do hospital do Ministério, independentemente da capacidade do(a) paciente de pagar ou de sua fonte de pagamento. Tais atendimentos médicos continuarão até que a condição do(a) paciente esteja estabilizada, antes de se pensar em qualquer determinação de formas de pagamento.

Os seguintes serviços não são elegíveis para Assistência Financeira da Trinity Health:

- A. Atendimentos cosméticos e outros procedimentos e atendimentos eletivos que não sejam Atendimentos Médicos Necessários.
- B. Atendimentos não prestados e faturados pelo Ministério (p. ex., atendimentos médicos independentes, enfermagem particular, transporte em ambulâncias, etc.).
- C. O Ministério pode excluir atendimentos que sejam cobertos por um programa de seguros, incluindo atendimentos cobertos quando prestados em outro local do prestador e que não sejam cobertos nos hospitais do Ministério Trinity Health; desde que as obrigações da Lei de Tratamento Médico Emergencial e para Trabalho de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) sejam cumpridas.

Os seguintes pacientes são elegíveis para Assistência Financeira da Trinity Health:

- A. Pacientes não segurados, cuja Renda Familiar esteja em ou abaixo de 200% do Nível Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL), serão elegíveis para um desconto de 100% na cobrança pelos atendimentos recebidos.
- B. Pacientes não segurados e Pacientes segurados que estejam recebendo atendimento em estados com porcentagens mais altas de desconto na Renda Familiar também serão elegíveis para um desconto na cobrança pelos atendimentos recebidos.
- C. Pacientes não segurados, cuja Renda Familiar esteja acima de 200% do FPL, mas não exceda 400% do FPL (ou a porcentagem mais alta exigida pelas leis estaduais, se aplicável) serão elegíveis para um desconto na cobrança pelos atendimentos recebidos. Um(a) paciente elegível para este nível de Assistência Financeira não terá que pagar mais do que os Valores Geralmente Faturados (Amounts Generally Billed, AGB).
- D. Pacientes segurados, cuja Renda Familiar esteja em ou abaixo de 400% do FPL, serão elegíveis para Assistência Financeira para copagamento, franquia e valores de cosseguro, desde que os acordos contratuais com a seguradora do(a) paciente não proíbam a prestação de tal assistência.

Assistência Financeira também é fornecida para pacientes carentes. Um(a) paciente carente é um(a) paciente segurado(a) que solicita a Assistência Financeira e, devido a circunstâncias catastróficas, possua despesas médicas referentes a um episódio de atendimento que excedam 20% da Renda Familiar. Os valores acima dos 20% da Renda Familiar (ou a porcentagem mais baixa exigida por leis estaduais, se aplicável) irão qualificar os copagamentos, cosseguros e franquias do(a) paciente segurado(a) para Assistência Financeira. Os descontos para atendimentos médicos a pessoas carentes sem seguro não serão menores que os AGB do Ministério para os atendimentos prestados ou que um valor que traga as despesas médicas catastróficas do(a) paciente para uma proporção da Renda Familiar de volta a 20%.

## **II. Base de cálculo para os Valores cobrados dos Pacientes**

Os pacientes elegíveis para Assistência Financeira não terão que pagar mais que os AGB para atendimentos médicos necessários ou emergenciais. A Trinity Health usa um método com base em valores históricos para calcular os AGB dividindo a soma dos sinistros Medicare pagos pelo total de cobranças brutas enviadas, de acordo com o Código da Receita Fiscal sob a Seção 501(r).

Uma cópia da descrição e porcentagem(ns) do cálculo dos AGB pode ser obtida, gratuitamente, no site do Ministério ou ligando para a Central de Atendimento Comercial do(a) Paciente no número 800-494-5797.

## **III. Método de Aplicação da Assistência Financeira**

Um(a) paciente pode se qualificar para Assistência Financeira ao enviar um Pedido FAP ou através da elegibilidade por pontuação presumível. A elegibilidade se baseia na avaliação e análise das necessidades médicas, recursos financeiros e obrigações do(a) paciente e/ou de sua família na data do atendimento. Um(a) paciente considerado(a) elegível será elegível para assistência financeira por seis meses a partir da data do primeiro atendimento para o qual o(a) paciente tenha sido considerado(a) elegível para assistência financeira.

A elegibilidade para Assistência Financeira exige a cooperação total do(a) paciente durante o processo de requerimento, se aplicável, incluindo:

- A. Preenchimento do Pedido FAP, incluindo o envio de todos os documentos necessários; e
- B. Participação no processo de requerimento para toda a assistência à disposição, incluindo, mas não limitado a, Assistência Financeira e outros programas do governo.

O Ministério envidará esforços afirmativos para ajudar os(as) pacientes no acesso a programas públicos e privados para os quais eles(as) possam se qualificar e que possam ajudá-los(as) na obtenção e pagamento de atendimentos médicos. O Ministério pode avaliar oferecer assistência Premium por um período limitado de tempo se um(a) paciente for aprovado(a) para receber Assistência Financeira.

O Ministério irá notificar os(as) pacientes que enviarem um Pedido FAP incompleto e irá especificar as informações e/ou documentações adicionais necessárias para o processo de requerimento, as quais devem ser fornecidas dentro de 30 dias.

O Ministério se reserva o direito de negar Assistência Financeira se o Pedido FAP não for recebido dentro do Período de Requerimento.

Pacientes que desejarem solicitar Assistência Financeira podem obter uma cópia gratuita do Pedido FAP da seguinte maneira:

- A. Solicitar uma cópia do Pedido FAP no setor de Internações, no Departamento de Emergências ou com o(a) Consultor(a) Financeiro no local onde o atendimento foi prestado;
- B. Baixar e imprimir o Pedido FAP no site do Ministério;
- C. Enviar uma solicitação por escrito à Central de Atendimento Comercial do(a) Paciente no endereço atual postado no site e incluso em avisos e requerimentos para a FAP; ou
- D. Ligar para a Central de Atendimento Comercial do(a) Paciente no número 800-494-5797 ou no número atual postado no site e incluso em avisos e requerimentos para a FAP.

#### **IV. Determinações para Elegibilidade**

A Trinity Health irá utilizar um modelo de estimativa para qualificar presumidamente os(as) pacientes para Assistência Financeira. A elegibilidade presumível para Assistência Financeira pode ser determinada a qualquer momento no ciclo operacional.

Se um(a) paciente for determinado(a) como inelegível para Assistência Financeira ou como elegível para uma assistência menor que a mais generosa à disposição sob a FAP, a Trinity Health irá:

- A. Notificar o(a) paciente a respeito da base da determinação de elegibilidade e como o(a) paciente pode apelar ou solicitar uma assistência mais generosa à disposição sob a FAP;
- B. Fornecer ao(à) paciente pelo menos 30 dias para apelar ou solicitar uma assistência mais generosa; e
- C. Processar qualquer Pedido FAP completo que o(a) paciente envie até o final do Período de Requerimento.

#### **V. Comunicações Eficazes**

O Ministério irá postar avisos e exibir folhetos que ofereçam informações básicas sobre a FAP do Ministério em locais públicos no Ministério. O Ministério irá postar a FAP, um resumo em linguagem clara e um formulário de pedido no site do Ministério e irá disponibilizar a FAP, o resumo em linguagem clara e o formulário de pedido do Ministério aos(às) pacientes mediante solicitação.



## **VI. Procedimento de Faturamento e Cobrança**

O Ministério irá implementar práticas de faturamento e cobrança para as obrigações de pagamento do(a) paciente que sejam justas, consistentes e de acordo com as regulamentações estaduais e federais. As ações que a Trinity Health pode tomar nos casos de não-pagamento estão descritas em um Procedimento de Faturamento e Cobrança separado. Uma cópia do Procedimento de Faturamento e Cobrança pode ser obtida gratuitamente ligando para a Central de Atendimento Comercial do(a) Paciente, no número 800-494-5797 ou por e-mail. A Trinity Health obedece a seção 501(r) e as leis estaduais aplicáveis que tratam das proibições de ações de cobrança extraordinárias contra indivíduos elegíveis para assistência financeira. Além disso, a menos que o indivíduo seja Capaz de Pagar, a Trinity Health não irá tomar medidas legais para buscar um julgamento, exigir garantias sobre a propriedade de um indivíduo ou negatizar o nome de um indivíduo junto a órgãos de proteção ao crédito.

Se um(a) paciente tiver feito pagamentos durante o Período de Requerimento e antes da determinação da elegibilidade, a Trinity Health irá devolver o valor excedente da assistência financeira para a qual o(a) paciente seja elegível, a menos que tal valor seja menor que \$5.00.

## **VII. Lista de Prestadores**

Uma lista dos prestadores que oferecem Atendimentos Médicos de Emergência e Atendimentos Médicos Necessários na unidade hospitalar, a qual especifica quais prestadores oferecem Assistência Financeira, conforme descrito na FAP, e aqueles que não oferecem, é mantida separadamente desta FAP. Uma cópia da Lista de Prestadores pode ser obtida gratuitamente no site do Ministério ou ligando para a Central de Atendimento Comercial do(a) Paciente no número 800-494-5797.

## **VIII. Outros Descontos**

Pacientes não elegíveis para Assistência Financeira, conforme descrito nesta Política, e que recebem atendimentos médicos de emergência e necessários/não eletivos, podem se qualificar para outros tipos de assistência oferecidos pelo Ministério. Os outros tipos de assistência não se baseiam na necessidade e não fazem parte da Política de Assistência Financeira e são fornecidos de acordo com critérios do Ministério.

## **ESCOPO/APLICABILIDADE**

Esta é uma Réplica da Política da Trinity Health. Portanto, esta Réplica da Política deve ser adotada por cada Ministério e Subsidiária dentro do Sistema que forneça ou fature atendimentos hospitalares a pacientes. Esta Réplica da Política espelha as disposições da Política Financeira 1, a Política de Assistência Financeira de todo o sistema Trinity Health. As organizações da Trinity Health que fornecem ou faturam outros tipos de atendimento a pacientes devem adotar uma Política de assistência financeira que atenda às necessidades da comunidade atendida e que forneça assistência financeira a indivíduos que necessitam de assistência e suporte financeiros.

As leis estaduais devem se sobrepôr aos procedimentos do sistema e o Ministério deve agir de acordo com as leis estaduais aplicáveis.

A Política deve satisfazer o comprometimento do Ministério em:

- Fornecer acesso a serviços médicos de qualidade com compaixão, dignidade e respeito por aqueles que atendemos, particularmente os pobres e desamparados em nossas comunidades.
- Cuidar de todas as pessoas, independentemente de sua capacidade de pagar pelos atendimentos; e
- Ajudar os(as) pacientes que não podem pagar, em parte ou no todo, pelo atendimento recebido.

O Ministério é uma comunidade de pessoas trabalhando juntas no espírito do Evangelho como uma presença de cura solidária e transformadora em nossas comunidades. Alinhados aos nossos Valores Essenciais, particularmente ao "Compromisso com Aqueles que Vivem em Situação de Pobreza", prestamos atendimento a pessoas necessitadas e damos atenção especial aos mais vulneráveis, incluindo aqueles que não conseguem pagar e aqueles cujos recursos limitados dificultam ao extremo arcar com as despesas de saúde incorridas.

## DEFINIÇÕES

**Capaz de Pagar** significa

- a. Um indivíduo considerado inelegível para o Medicaid através de um processo de triagem de requerimentos Medicaid ou que tenha recebido uma negativa do Programa Medicaid Estadual para benefícios do Medicaid.
  - A Trinity Health não exige que um indivíduo se candidate ao Medicaid como pré-requisito para a Assistência Financeira.
- b. Um indivíduo considerado inelegível para Assistência Financeira após revisão do Pedido.
- c. Um indivíduo que não tenha solicitado assistência financeira após o término do Período de Requerimento de Assistência Financeira.
- d. Um indivíduo que tenha se recusado a preencher um Pedido ou cooperar no processo de Requerimento de Assistência Financeira.

**Valores Geralmente Faturados (Amounts Generally Billed, “AGB”)** significa os valores geralmente faturados para atendimentos médicos de emergência ou clinicamente necessários a pacientes que tenham seguro que cubra tais atendimentos; os AGB a pacientes agudos e a médicos do Ministério serão calculados utilizando um método com base em valores históricos calculando a soma dos sinistros Medicare pagos dividida pelo total de cobranças "brutas" desses sinistros pelo Escritório do Sistema ou pelo Ministério anualmente, utilizando doze meses de pedidos de

indenização pagos com um intervalo de 30 dias entre a data do relatório e a data de alta mais recente.

**Período de Requerimento** se inicia no dia em que o atendimento é prestado e termina no mais distante entre 240 dias após essa data ou --

- a. no final do período de 30 dias no qual os pacientes que se qualificaram para menos que a assistência mais generosa à disposição, com base no status de Suporte Presumível ou antes da elegibilidade da FAP, possam solicitar uma assistência mais generosa.
- b. o prazo previsto em um aviso por escrito, após o qual as ECAs podem ser iniciadas.

**Atendimento Médico de Emergência** conforme definido na Seção 1867 da Lei do Seguro Social (Social Security Act). Pacientes que buscam atendimento para uma condição médica de emergência em um hospital da Trinity Health devem ser tratados sem discriminação e sem considerar a capacidade de pagamento do(a) paciente. O Ministério deve operar de acordo com todas as exigências federais e estaduais para atendimento de emergência, incluindo necessidades de triagem, tratamento e transferência sob a Lei de Tratamento Médico Emergencial e para Trabalho de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

**Renda Familiar** significa que a Renda Familiar de uma pessoa inclui a Renda anual de todos os familiares adultos no domicílio no período de 12 meses anterior ao ou no ano fiscal anterior, conforme demonstrado por holerites recentes ou declarações de imposto de renda e outras informações. Para pacientes com menos de 18 anos de idade, a Renda Familiar inclui a renda dos pais e/ou padrastos/madrastas ou a Renda anual dos parentes cuidadores. As comprovações de renda podem ser determinadas anualizando-se a Renda Familiar no acumulado do ano.

**Assistência Financeira** significa suporte (beneficente, descontos, etc.) fornecido a pacientes que atendam aos critérios de elegibilidade e para quem seria difícil pagar pelo custo total de atendimentos médicos necessários fornecidos pela Trinity Health.

**Política de Assistência Financeira (Financial Assistance Policy, “FAP”)** significa uma política e procedimentos por escrito que atendam às exigências descritas no §1.501(r)-4(b).

**Pedido referente à Política de Assistência Financeira (“Pedido FAP”)** significa as informações e os documentos anexos que um(a) paciente envia para solicitar Assistência Financeira sob a FAP de um Ministério. O Ministério pode obter informações de um indivíduo por escrito ou oralmente (ou uma combinação de ambos).

**Renda** inclui remuneração bruta, salários, rendas salariais e autônomas, seguro-desemprego, seguro contra acidentes de trabalho, pagamentos do Seguro Social, assistência pública, benefícios a veteranos, pensão alimentícia, pensão, assistência educacional, benefícios a sobreviventes, aposentadorias, renda de aposentadoria, pagamentos de rendas vitalícias e de seguros regulares, rendas de testamentos e sucessões, aluguéis recebidos, juros/dividendos e rendas de outras fontes variadas.



**Atendimentos Médicos Necessários** significa quaisquer atendimentos ou produtos médicos fornecidos por um Ministério da Trinity razoavelmente determinados por um prestador, necessários para prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença, ferimento, enfermidade ou seus sintomas. Os Atendimentos Médicos Necessários não incluem atendimentos eletivos não cobertos pelo plano de saúde/pagamento do governo/seguro aplicável do(a) paciente ou procedimentos cosméticos para melhorar a estética de uma parte do corpo normal ou com funcionamento normal.

**Ministério** (às vezes chamado de Ministério da Saúde) significa uma subsidiária, afiliada ou divisão operacional de primeira linha (direta) da Trinity Health que mantenha um corpo administrativo que possua supervisão gerencial diária de uma parte designada das operações do Trinity Health System. Um Ministério pode ter base em um mercado geográfico ou na dedicação a uma linha de serviço ou negócio. Os Ministérios incluem Ministérios de Missões, Ministérios Nacionais e Ministérios Regionais.

**Réplica da Política** significa uma política-modelo aprovada pela Trinity Health e que cada Ministério deve adotar como uma política idêntica, se apropriada e aplicável às suas operações, mas cujo formato eles podem modificar para refletir as preferências locais de estilo ou, dependendo de aprovação pelo membro ELT responsável por tal Réplica de Política, obedecer leis e regulamentações aplicáveis locais ou estaduais ou exigências de licenciamento e certificação.

**Política** significa uma declaração da alta direção sobre assuntos de importância à Trinity Health, seus Ministérios e Subsidiárias ou uma declaração que interprete de maneira mais detalhada os documentos estatutários da Trinity Health, de seus Ministérios e Subsidiárias. As Políticas podem ser autônomas, do sistema ou réplicas, designadas pelo órgão anuente.

**Procedimento** significa um documento designado a implementar uma política ou uma descrição das ações ou processos necessários específicos.

**Área de Atendimento** significa os mercados primários atendidos pelos Ministérios. Ela é composta por uma lista de códigos postais nos quais os(as) pacientes residem.

**Normas ou Procedimentos** significa instruções e recomendações adicionais que auxiliam na implementação dos Procedimentos, incluindo aqueles desenvolvidos por organismos profissionais ou de certificação.

**Subsidiária** significa uma pessoa jurídica na qual um Ministério Trinity é o único sócio corporativo ou acionista.

**Paciente Não Segurado** significa um indivíduo que não tenha seguro, sem cobertura de terceiros através de uma seguradora terceirizada comercial, um plano ERISA, um Programa Federal de Atendimento Médico (incluindo, sem limitações, Medicare, Medicaid, SCHIP e CHAMPUS), Seguro Contra Acidentes de Trabalho ou outra assistência de terceiros que cubra todos ou parte dos custos do atendimento.



## **DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL**

Recomendações adicionais referentes a esta Réplica de Política podem ser obtidas junto à liderança executiva do Ministério.



## **APROVAÇÕES**

**Aprovação Inicial:** 14 de junho de 2014, Comitê de Gestão do Conselho de Administração da Trinity Health

**Revisão(ões)/Atualização(ões) Subsequente(s):** 18 de setembro de 2014; 1º de julho de 2017; 8 de dezembro de 2021, 6 de dezembro de 2023, 20 de fevereiro de 2024