

ASCENSION MEDICAL GROUP ST VINCENT'S

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

30 de junio de 2021

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de las organizaciones descritas a continuación de este párrafo (cada una de ellas consideradas como la "Organización") garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para regular la elegibilidad de asistencia financiera en aquellos pacientes que la necesiten y se encuentren recibiendo atención por parte de la Organización. Esta política se aplica a Ascension St Vincent's Medical Group.

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra preocupación y solidaridad particular con las personas que viven en pobreza y otras personas vulnerables y nuestro compromiso con la justicia y la gestión distributivas. No discriminamos en la prestación de servicios por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, religión, edad, sexo, orientación sexual o identidad de género.
2. Esta política se aplica a todos los cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta política no se aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios.
3. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera figura una lista todos los proveedores que prestan servicios de atención en los centros de la Organización, en la que se especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- “**501(r)**” se refiere a la Sección 501(r) del Código Impositivo Interno y a los reglamentos promulgados en virtud de este.
- Con respecto a la atención de emergencia u otro tipo de atención necesaria por razones médicas, la “**suma facturada normalmente**” o “**AGB**” se refiere a la cantidad facturada por lo general a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- “**Comunidad**” hace referencia a los cinco (5) condados del noreste de Florida, que son: Baker, Clay, Duval, Nassau, St. Johns, y a los diez (10) condados del sudeste de Georgia, que son: Appling, Bacon, Brantley, Camden, Charlton, Coffee, Glynn, Pierce, Ware y Wayne. También se considerará que un Paciente es miembro de la Comunidad de la Organización si la atención de emergencia o necesaria por razones médicas que requiere el Paciente es la continuidad de la atención de emergencia o necesaria por razones médicas recibida en otro centro Ascension Health en el que el Paciente haya reunido los requisitos para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y necesaria por razones médicas.

- **“Familia”** se refiere a la solicitud de asistencia financiera, al cónyuge del solicitante y los dependientes del solicitante y cónyuge que califica como dependiente conforme a los requisitos de Servicio de Rentas Internas.
- **“Ingresos”** se refiere al ingreso bruto anual de cualquier tipo de empleo, asistencia gubernamental de cualquier tipo (excluyendo la asistencia alimentaria) o fondos de inversión de cualquier tipo.
- **Atención de emergencia** se refiere a una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que, sin atención médica inmediata, podría ocasionar los siguientes resultados:
 1. poner en grave peligro la salud de la persona, o con respecto a una mujer embarazada, la salud de ella o de su hijo no nacido;
 2. deficiencia grave de las funciones corporales;
 3. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
 4. con respecto a una mujer embarazada con contracciones,
 - a. que haya suficiente tiempo para poderla trasladar con seguridad a otro hospital antes del parto.
 - b. que el traslado represente una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o el bebé no nacido.
- **“Atención médicamente necesaria”** se refiere a la atención que (1) es apropiada, pertinente y esencial para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección del Paciente; (2) es el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del Paciente que se pueda proporcionar de manera segura; (3) no se proporciona principalmente para la conveniencia del Paciente, la familia del Paciente, el médico o el cuidador; y (4) es más probable que ocasione un beneficio para el Paciente en vez de un riesgo. Para que la atención programada a futuro sea considerada "atención médicamente necesaria", la atención y el momento en que se presta deben ser aprobados por el Director Médico de la Organización (o la persona que este designe). La decisión sobre la atención médicamente necesaria la debe tomar un proveedor autorizado que se encuentre prestando atención médica al Paciente y, a discreción de la Organización, por el médico que lo ingrese, el médico que lo remita o el Director Médico u otro médico que lo examine (según el tipo de atención que se recomiende). En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es médicamente necesaria, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que se encargó de la admisión o remisión.
- **“NHSC” se refiere a las Corporaciones Nacionales de Servicios de Salud, un programa de la Administración federal de recursos y servicios de salud que apoya a los trabajadores de atención de salud especializados a prestar servicios en zonas con un alto nivel de necesidad.**
- **"Organización"** se refiere a Ascension St Vincent's Medical Group.
- **"Paciente"** se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria en la Organización y a la persona que es financieramente responsable de su atención.

Asistencia Financiera Brindada

La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a los Pacientes que viven en la Comunidad:

1. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos inferiores o iguales al 250 % del ingreso del Nivel Federal de

Pobreza (Federal Poverty Level income, FPL) vigente en ese momento, serán elegibles para recibir atención de caridad al 100 % de la cuota por los servicios de los que el Paciente es responsable una vez que el asegurador haya pagado, si es el caso. Si se determina que el Paciente es elegible de acuerdo con la puntuación presunta (que se describe en el párrafo 5 a continuación) o si presenta una solicitud de asistencia financiera (una Solicitud) antes de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir hasta un 100 % de asistencia financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB. De conformidad con los requisitos de NHSC, la solicitud y el uso del número de seguro social de un paciente no incluirá la determinación del estatus de ciudadanía.

2. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, los pacientes con ingresos superiores al 250 % del FPL pero que no exceden el 400 % del FPL, recibirán un descuento de escala proporcional en el monto de los cargos por los servicios prestados de los que sea responsable, una vez que el asegurador haya efectuado el pago, si lo hubiere. Todo ello siempre que dicho Paciente presente una Solicitud antes de los 240 días posteriores a la primera factura de alta y la solicitud sea aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de escala móvil si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB. El descuento de escala proporcional es el siguiente:

- Los Pacientes con un FPL entre el 251 % y el 300 % recibirán una asistencia del 90 %.
- Los Pacientes con un FPL entre el 301 % y el 350 % recibirán una asistencia del 85 %.
- Los Pacientes con un FPL de entre el 351 % y el 400 % recibirán una asistencia del 80 %.

Nivel de asistencia financiera y % del FPL					
	100 %	90 %	85 %	80 %	58 %
	Nivel máximo de ingreso	Nivel de ingresos superior a			
Tamaño de la familia	250 %	250 %	300 %	350 %	400 %
1	\$ 32,200.00	\$ 32,200.00	\$ 38,640.00	\$ 45,080.00	\$ 51,520.00
2	\$ 43,550.00	\$ 43,550.00	\$ 52,260.00	\$ 60,970.00	\$ 69,680.00
3	\$ 54,900.00	\$ 54,900.00	\$ 65,880.00	\$ 76,860.00	\$ 87,840.00
4	\$ 66,250.00	\$ 66,250.00	\$ 79,500.00	\$ 92,750.00	\$ 106,000.00

5	\$ 77,600.00	\$ 77,600.00	\$ 93,120.00	\$ 108,640.00	\$ 124,160.00
6	\$ 88,950.00	\$ 88,950.00	\$ 106,740.00	\$ 124,530.00	\$ 142,320.00
7	\$ 100,300.00	\$ 100,300.00	\$ 120,360.00	\$ 140,420.00	\$ 160,480.00
8	\$ 111,650.00	\$ 111,650.00	\$ 133,980.00	\$ 156,310.00	\$ 178,640.00
9	\$ 123,000.00	\$ 123,000.00	\$ 147,600.00	\$ 172,200.00	\$ 196,800.00
10	\$ 134,350.00	\$ 134,350.00	\$ 161,220.00	\$ 188,090.00	\$ 214,960.00

3. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, un Paciente con ingresos superiores al 400 % del FPL puede ser elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con una "Prueba de Medios" para obtener algún descuento en los cargos del Paciente por servicios de la Organización con base en su deuda médica total. El Paciente será elegible para asistencia financiera de acuerdo con la Prueba de Medios si tiene una deuda médica total excesiva, que incluye la deuda médica con Ascension y cualquier otro proveedor de atención médica, de atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas, que sea igual o mayor que los ingresos brutos del hogar de dicho Paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionada de conformidad con la Prueba de Medios es el mismo que se concede a un paciente con ingresos del 400 % del FPL en virtud del Párrafo 2 anterior, si dicho Paciente presenta una solicitud en o antes de los 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de la prueba de medios si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB.
4. De conformidad con los requisitos de NHSC, los pacientes con ingresos menores o iguales al 200 % del FPL serán elegibles para recibir asistencia financiera basándose únicamente en sus ingresos y el tamaño de la familia y en ningún otro factor. Los pacientes con ingresos iguales o mayores al 201 % del FPL pueden no ser elegible para la asistencia financiera descrita en los párrafos del 1 al 3 antes mencionados si se considera que tiene suficientes activos para pagar, de acuerdo con una Prueba de Activos. La Prueba de Activos implica una evaluación sustantiva de la capacidad de pago del Paciente basada en las categorías de activos medidos en la Solicitud Secundaria de Asistencia Financiera (FAP). Es posible que un Paciente con activos que excedan el 250 % del monto del FPL de ese Paciente no sea elegible para recibir asistencia financiera. Tenga en cuenta que las directrices del FPL se actualizan con las actualizaciones federales anuales dentro del primer trimestre de cada año.
5. La elegibilidad para la asistencia financiera puede determinarse en cualquier momento del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de la puntuación presunta para un Paciente con un saldo considerable sin pagar dentro de los primeros 240 días después de la primera factura de alta. Ello a fin de determinar su elegibilidad para la atención de caridad al 100 %, incluso a pesar de que el Paciente no haya completado una Solicitud de Asistencia

Financiera (“Solicitud de FAP”). Si se le concede al paciente el 100 % de la atención de caridad sin presentar una Solicitud de FAP completa y solo mediante una puntuación presunta, la cantidad de asistencia financiera para la cual el Paciente es elegible se limita al saldo impago del paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. La determinación de la elegibilidad basada en la puntuación presunta solo se aplica al episodio de atención para el que se realiza la puntuación presunta.

6. Para un paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran que la Organización está "fuera de la red", la Organización puede reducir o denegar la asistencia financiera que, de otro modo, estaría a disposición del paciente según una revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. A fin de facilitar el acceso y la participación de los Pacientes, el derecho a los descuentos para los pacientes con ingresos menores o igual a 200 % del FPL se basa en los ingresos y el tamaño de la familia y en ningún otro factor (p. ej., bienes, situación en materia de seguros [incluida la elegibilidad para Medicaid y Medicaid], participación en el mercado de seguros de salud, ciudadanía o tipo de población), de conformidad con las directrices de las Corporaciones Nacionales de Servicios de Salud.
8. El Paciente podrá apelar cualquier denegación de elegibilidad para asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán examinadas por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de asistencia financiera, se enviará una notificación escrita al paciente. El proceso para que los Pacientes y familiares apelen las decisiones de la Organización con respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:
 - a. El paciente o la familia deben enviar una apelación directamente al Asesor Financiero con el que estén trabajando. Deben incluir una carta o formulario detallado en los que se señalen las circunstancias financieras específicas que justifican la apelación y todos los documentos financieros y legales que las respaldan.
 - b. Todas las apelaciones serán consideradas por el comité de apelaciones de asistencia financiera de la Organización, y las decisiones del comité se enviarán por escrito al paciente o a la familia que presentó la apelación.

Otra asistencia para los pacientes no elegibles para recibir asistencia financiera

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. En aras de la integridad, se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que sirve la Organización.

1. Los Pacientes no asegurados que no sean elegibles para ayuda financiera recibirán un descuento en función del descuento aplicado al pagador que más pague de la Organización. El pagador que más pague debe ser responsable de, al menos, el 3 % de la población de la Organización conforme a la medición del volumen o de los ingresos brutos provenientes de

Pacientes. Si un solo pagador no representa este nivel mínimo de volumen, se deben promediar los contratos de varios pagadores de modo que los términos de pago que se utilicen para el promedio representen, al menos, el 3 % del volumen de negocios de la Organización para ese año determinado.

2. Los Pacientes no asegurados y asegurados que no son elegibles para asistencia financiera pueden recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago puede ofrecerse además del descuento sin seguro descrito en el párrafo inmediato precedente.

Limitaciones de los cargos de los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

A los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrarán de manera individual montos que superen la AGB de la atención de emergencia y otro tipo de atención necesaria por razones médicas, ni montos superiores a los cargos brutos de toda la demás atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de la AGB utilizando el método "retroactivo" e incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo de acuerdo con 501(r). Puede obtenerse una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y los porcentajes en el sitio web de la Organización o solicitar una copia por correo al Departamento de Atención al Cliente de Ascension Wisconsin.

Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia

Los Pacientes pueden calificar para recibir asistencia financiera mediante una elegibilidad por puntuación presunta o solicitando asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. La solicitud FAP y las instrucciones para la solicitud FAP están disponibles en el sitio web de la organización, poniéndose en contacto con el programa HOPE de Ascension St. Vincent's Medical Group, solicitándolo en persona en las áreas de registro de las clínicas o pidiéndolo a cualquier asesor financiero de Ascension St. Vincent's Medical Group. Se puede negar asistencia financiera a un Paciente si proporciona información falsa en una solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presunta o si el Paciente se niega a asignar los ingresos del seguro o a recibir directamente el pago de una compañía de seguros que esté obligada a pagar por la atención prestada. La Organización podrá tener en cuenta una solicitud de FAP completada menos de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad para tomar una determinación sobre la elegibilidad para un episodio actual de atención. La Organización no considerará una Solicitud de FAP completada más de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad. Tenga en cuenta que este plazo de seis meses es la frecuencia con la que se evaluaría la elegibilidad de las familias.

Como se indica en la carta de presentación de la solicitud de asistencia financiera, se pide a los pacientes que proporcionen una copia de al menos uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos:

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.

- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Facturación y cobro

Las medidas que la Organización puede tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro separada. Puede obtener una copia gratuita de la Política de Facturación y cobro en el sitio web de la Organización o a través de una llamada a Ascension St. Vincent's Medical Group.

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos correspondientes, debe cumplirse, ser interpretada y aplicada de acuerdo con el artículo 501(r) excepto en aquellos casos que se indiquen específicamente, y los requisitos de NHSC.

Anuncio del Programa de Asistencia Financiera

Las ubicaciones de Ascension pondrán a disposición del público todas las políticas de asistencia financiera/planificación de tarifas en los sitios web específicos de las ubicaciones. Los documentos de la Política de Asistencia Financiera y de la Solicitud estarán disponibles en cada ubicación y fácilmente accesibles para el personal que trabaje con la información de seguros y facturación de los pacientes. Además, de acuerdo con los requisitos de NHSC, las ubicaciones de NHSC mostrarán específicamente carteles visibles en las zonas de espera de los pacientes en los que se indique que Ascension no discrimina en la prestación de servicios a una persona porque:

- la persona no pueda pagar
- el pago de los servicios se realice en virtud de:
 - Medicare
 - Medicaid
 - Programa de cobertura médica para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)

La señalización también indicará que existe un programa de asistencia financiera/tarifa deslizando disponible.