

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates

FINALIDADE

A finalidade desta Política é especificar os requisitos para administrar a Assistência Financeira no Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates.

POLÍTICA

É política das organizações listadas abaixo deste parágrafo (individualmente, a “Organização”) garantir uma prática socialmente justa para fornecer cuidados de emergência e outros cuidados medicamente necessários nas instalações da Organização. Esta política foi projetada especificamente para abordar a elegibilidade da assistência financeira para pacientes que precisam de assistência financeira e recebem tratamentos da Organização.

Esta política se aplica a cada uma das seguintes Organizações no Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates:

Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Saint Joseph Hospital - Chicago
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Employed Physician Practices

- A. Toda a assistência financeira refletirá o nosso compromisso e reverência pela dignidade humana individual e o bem comum, a nossa preocupação especial e solidariedade com as pessoas que vivem na pobreza e outras pessoas vulneráveis, bem como o nosso compromisso para com uma justiça e gestão distributivas.
- B. Esta política aplica-se a todos os serviços de urgência e outros tratamentos médicos necessários prestados pela Organização, incluindo serviços de natureza física e saúde comportamental. Esta política não se aplica a cobranças por tratamentos que não sejam emergenciais e outros cuidados médicos necessários.
- C. A Lista de Provedores Cobertos pela Política de Assistência Financeira fornece uma lista de todos os provedores que prestam tratamentos dentro das instalações da Organização, e especifica quais são cobertos pela política de assistência financeira e quais não são.

DEFINIÇÕES

Definições específicas a esta Política

- A. Por “**501(r)**” entende-se a Seção 501(r) do Código Fiscal e os regulamentos promulgados sob tal código.
- B. Por “**Valor Normalmente Faturado**” ou “**AGB**” entende-se, com relação a tratamentos de urgência e outros cuidados médicos necessários, o valor normalmente cobrado das pessoas que possuem seguro para esses tratamentos.
- C. Por “**Comunidade**” entende-se o Estado de Illinois.
Para a finalidade desta Política, “viver na Comunidade” significa ser um residente de Illinois, uma pessoa que mora em Illinois e que pretende continuar a viver em Illinois indefinidamente, mas não alguém que se mudou para Illinois para obter benefícios para os cuidados de saúde. Um Paciente também será considerado um membro da Comunidade da Organização se o tratamento de urgência ou cuidado médico necessário ao Paciente for a continuação dum tratamento de urgência ou cuidado médico necessário recebido em outra instalação da Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, onde o Paciente tenha sido qualificado para receber a assistência financeira para tal tratamento de urgência ou cuidado médico necessário.
- D. Por “**Cuidados de urgência**” entende-se o cuidado de tratar uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) de forma que a ausência de atenção médica imediata possa resultar em comprometimento grave da função corporal, disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou colocar a saúde do indivíduo em sério risco.
- E. Por “**Cuidados medicamente necessários**” entende-se tratamentos que são (1) apropriados, consistentes e essenciais para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da condição de um Paciente; (2) o fornecimento ou nível de serviço mais apropriado para a condição do Paciente que pode ser fornecido com segurança; (3) não fornecido para a conveniência do Paciente, sua família, médico ou responsável; e (4) mais provável de resultar em benefício para o Paciente do que em prejuízos. Para que os cuidados futuros programados sejam considerados “cuidados medicamente necessários”, os tratamentos e o momento dos cuidados devem ser aprovados pelo Diretor Médico (ou designado) da Organização. A determinação dos cuidados medicamente necessários deve ser feita por um profissional licenciado que forneça assistência médica ao Paciente e, a critério da Organização, pelo médico que faz a admissão, pelo médico responsável pela indicação e/ou pelo Diretor Médico ou outro médico revisor (dependendo do tipo de tratamento recomendado). Se algum cuidado solicitado por um Paciente coberto por esta Política for determinado como não sendo uma necessidade médica por um médico revisor, essa determinação também deverá ser confirmada pelo médico responsável pela admissão ou indicação.
- F. Por “**Organização**” entende-se o Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates e as entidades cobertas por essa Política de Assistência Financeira conforme definido acima na Seção II.
- G. Por “**Paciente**” entende-se aquelas pessoas que recebem tratamento de urgência e outros cuidados médicos necessários na Organização, e a pessoa que é financeiramente responsável pelos tratamentos do paciente.
- H. Por “**Pontuação presumida**” entende-se o uso de fontes de informação terceiras, que podem incluir registros públicos ou outros métodos objetivos e razoáveis de avaliar a elegibilidade dum Paciente para assistência financeira.
- I. Por “**Paciente não segurado**” entende-se um Paciente não coberto por uma apólice de seguro de saúde e que não seja um beneficiário dum seguro de saúde, benefício de saúde ou outro programa de cobertura de saúde público ou particular, incluindo planos de seguro de saúde altamente dedutíveis, compensação laboral, seguro contra acidentes ou seguro contra terceiros.

PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS

A. A assistência financeira descrita nesta seção é limitada aos Pacientes que vivem na comunidade:

1. Os Pacientes com renda inferior ou igual a 250% do Nível de Pobreza Geral (“FPL”, do inglês “Federal Poverty Level”), serão elegíveis a 100% de desconto da parte dos cuidados que o Paciente seja responsável após o pagamento por uma seguradora, se houver, se tal Paciente for considerado elegível conforme a pontuação presumida (descrita no Parágrafo 5, abaixo) ou enviar uma solicitação de assistência financeira (uma “Solicitação”) no ou até o 240º dia após a primeira fatura de alta e a Solicitação seja aprovada pela Organização. O Paciente será elegível para receber assistência financeira de até 100% se enviar o Pedido após o 240º dia após a primeira fatura de alta do Paciente, mas o valor da assistência financeira disponível para um Paciente nessa categoria será limitado ao saldo não pago após a consideração de todos os pagamentos feitos na conta do Paciente. Um Paciente elegível para esta categoria de assistência financeira não receberá mais do que as cobranças calculadas pelo AGB.
2. Sujeito às outras disposições desta Política de Assistência Financeira, Pacientes não segurados com renda acima dos 250% do FPL mas que não exceda os 600% do FLP, receberão um desconto escalonado sobre tal porção das cobranças para os serviços prestados. Pacientes segurados e com rendas acima dos 250% do FPL, mas que não excedam os 400% do FPL, receberão um desconto escalonado sobre tal porção das cobranças para os serviços prestados pelos quais o Paciente seja responsável, consoante à explicação dos benefícios do plano de seguro. Esses descontos serão aplicados após o Paciente enviar uma Solicitação no ou até o 240º dia após a primeira fatura de alta do Paciente e a Solicitação ser aprovada pela Organização. O Paciente será elegível para receber assistência financeira de até 100% se o Paciente enviar a Solicitação após o 240º dia após a sua primeira fatura de alta, mas o valor da assistência financeira disponível para um Paciente nessa categoria será limitado ao saldo não pago do Paciente após a consideração de todos os pagamentos feitos na conta do Paciente. Um Paciente elegível para esta categoria de assistência financeira não receberá mais do que as cobranças calculadas pelo AGB.

O desconto escalonado funciona da seguinte forma: (FPL - Renda do Nível Federal de Pobreza)

Desconto escalonado para pacientes não segurados	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

Desconto escalonado para pacientes não segurados	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. Sujeito às outras disposições desta Política de Assistência Financeira, Pacientes com renda superior aos 600% do FPL podem ser elegíveis para assistência financeira sob um “Teste de Meios” para descontos nas cobranças do Paciente por serviços da Organização com base na sua dívida médica total. Um Paciente será elegível para assistência financeira conforme o Teste de Meios se tal Paciente possuir uma dívida médica total excessiva, o que inclui uma dívida médica com prestadores de cuidado no Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, bem como qualquer outro prestador de cuidados, para urgências e outros atendimentos médicos necessários, que seja igual ou superior à renda bruta desse Paciente. O nível de assistência financeira fornecida de acordo com o Teste de Meios é o mesmo que é concedido a um Paciente com renda de 600% (não segurado) e 400% (segurado) do FPL conforme o Parágrafo 2 acima, se esse Paciente enviar uma Solicitação no ou antes do 240º dia após a primeira fatura de alta e a

Solicitação for aprovada pela Organização. O Paciente será elegível para receber assistência financeira com desconto no teste de meios se ele enviar a Solicitação após o 240º dia após a sua primeira fatura de alta, mas o valor da assistência financeira disponível para um Paciente nessa categoria será limitado ao saldo não pago do Paciente após a consideração de todos os pagamentos feitos na conta do Paciente. Um Paciente elegível para esta categoria de assistência financeira não receberá mais do que as cobranças calculadas pelo AGB. Adicionalmente, para Pacientes não segurados que sejam qualificados para um desconto escalonado como definido no Parágrafo 2, as cobranças por período de 12 meses devem ser limitadas aos 20% da renda familiar do Paciente.

4. Um Paciente pode não ser elegível para a assistência financeira descrita nos Parágrafos 1 a 3 acima, se ficar determinado que tal Paciente possui recursos suficientes para pagar, conforme um “Teste de Bens”. O Teste de Bens envolve uma avaliação substantiva da capacidade de pagamento de um Paciente com base nas categorias de bens medidos na Solicitação da FAP. Um Paciente cujos ativos que excedam os 600% do valor do FPL pode não ser elegível para assistência financeira.
5. A elegibilidade para assistência financeira pode ser determinada em qualquer altura do ciclo de receita e pode incluir o uso de pontuação presumida para um Paciente com um saldo não pago suficiente nos primeiros 240 dias após a sua primeira fatura de alta para determinar a elegibilidade para tratamentos 100% gratuitos, não obstante falha do Paciente em preencher uma solicitação de assistência financeira (“Solicitação da FAP”). Uma determinação de elegibilidade com base na pontuação presumida se aplica apenas ao episódio de tratamento para o qual a pontuação presumida é realizada.

Pacientes que demonstrem um ou mais dos seguintes critérios serão considerados presumidamente elegíveis para um atendimento 100% gratuito: pessoas sem-teto, falecidos sem bens, pessoas com incapacidade mental sem nenhum representante, elegibilidade para o Medicaid, mas não na data do atendimento ou para um atendimento não coberto, inscrição no Medicaid em um outro estado onde a Organização não seja ou pretenda ser um prestador participante e participação no Medicaid, mas exaustão de quaisquer limites de estadia hospitalar.

As categorias adicionais incluem a participação nos seguintes programas: Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC, Programa de Nutrição de Mulheres, Bebés e Crianças, em inglês); Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Programa de Assistência de Nutrição Complementar); Illinois Free Lunch and Breakfast Program (Programa de Illinois de Almoço e Desjésum gratuitos); Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, Programa de Assistência de Energia para Lares de Baixa Renda); participação dum programa baseado na comunidade que forneça acesso a cuidados médicos que avaliem e documentem o status financeiro de baixa renda como critérios e Recibo de recebimento de assistência para serviços médicos.

6. Para um Paciente que participe de certos planos de seguro que consideram a Organização como sendo “fora da rede”, a Organização pode reduzir ou negar a assistência financeira que estaria, de outra forma, disponível ao Paciente com base numa revisão das informações de seguro do Paciente e outros factos e circunstâncias pertinentes.
7. O Paciente poderá recorrer da recusa de elegibilidade à Ajuda Financeira ao providenciar informação adicional à Organização num prazo de catorze (14) dias de calendário após a receção da notificação de recusa. Todos os recursos serão revistos pela Organização para uma determinação final. Se a determinação final confirmar a recusa anterior de Ajuda Financeira, será enviada uma notificação por escrito ao Paciente. O processo para que os Pacientes e familiares recorram das decisões da Organização em relação à elegibilidade para assistência financeira é o seguinte:
 - a. Recursos devem ser inicialmente recebidos pelo Patient Financial Services (setor de Serviços Financeiros para o Paciente) para análise e perguntas subsequentes, se aplicável.

- b. Então, uma comissão se reunirá mensalmente para analisar todos os recursos. Os membros da comissão devem incluir representantes do Patient Financial Services, Mission Integration (Integração com a Missão), Gestor de Caso/Serviços Sociais e Departamento Financeiro/CFO.

Os recursos devem ser distribuídos aos membros da comissão antes da reunião mensal de revisão.

- c. Um representantes do Patient Financial Services deve estar presente na reunião da comissão para discutir cada caso e fornecer informações adicionais que o Paciente possa ter trazido.
- d. A comissão analisará a Solicitação da FAP do requerente com atenção especial às informações adicionais e argumentos feitos pelo requerente no processo de recurso. A comissão pode aprovar, negar ou adiar a análise do recurso. A comissão pode adiar a análise de um recurso se necessitar de informações adicionais com base nas perguntas feitas durante a análise do recurso.
- e. Patient Financial Services comunicará por escrito o resultado do recurso ao Paciente ou seus familiares.

B. Outras assistências para Pacientes não elegíveis para a Assistência Financeira

Os Pacientes que não são elegíveis para assistência financeira, conforme descrito acima, ainda podem ser elegíveis para outros tipos de assistência oferecidos pela Organização. No interesse da integridade, esses outros tipos de assistência estão listados aqui, embora não sejam baseados na necessidade e não se destinem a estar sujeitos ao 501(r), mas sejam incluídos aqui para a conveniência da comunidade atendida pela Organização.

1. Os Pacientes não segurados que não são elegíveis para assistência financeira receberão um desconto com base no desconto concedido ao maior pagador dessa Organização. O maior pagador pago deve representar pelo menos 3% da população da Organização, conforme medido pelo volume ou pela receita bruta dos pacientes. Se um único pagador não contabilizar esse nível mínimo de volume, mais de um contrato de pagador deve ser calculado em média, de modo que as condições de pagamento utilizadas para calcular a média representem pelo menos 3% do volume de negócios da Organização no ano em questão.
2. Os Pacientes não segurados e segurados que não são elegíveis para assistência financeira podem receber um desconto por pagamento imediato. O desconto por pagamento imediato pode ser oferecido além do desconto não segurado descrito no parágrafo imediatamente anterior.

C. Limitações de cobranças para Pacientes elegíveis para a Assistência Financeira

1. Os Pacientes elegíveis para Assistência Financeira não receberão, individualmente, mais do que o AGB, pelos tratamentos de urgência e outros cuidados médicos necessários, e não mais do que os encargos brutos de todos os outros tratamentos médicos. A Organização calcula uma ou mais percentagens do AGB com o método “look-back” (análise do passado), incluindo a taxa por serviços da Medicare e todas as seguradoras de saúde privadas que pagam pedidos à Organização, tudo em conformidade com o 501(r).
2. Uma cópia gratuita da descrição e percentagens do cálculo do AGB pode ser obtida no sítio da Organização, ligando para o 833-272-7585, por correio eletrônico para amitafinancialassistance@ascension.org, ou por escrito para:

Alexian Brothers Health System
Aos cuidados de: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

D. Solicitação de Assistência Financeira e outras assistências

Um Paciente pode ser elegível para assistência financeira através da elegibilidade presumida de pontuação ou pedindo assistência financeira através do preenchimento de uma Solicitação da FAP. A Solicitação da FAP e as Instruções para a Solicitação da FAP estão disponíveis no sítio da Organização ou ligando para o 833-272-7585, por correio eletrônico para amitafinancialassistance@ascension.org, ou por escrito para:

Alexian Brothers Health System
Aos cuidados de: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

A Organização exigirá que os não segurados trabalhem com um consultor financeiro para solicitar a Medicaid ou outros programas de assistência pública para os quais o Paciente é considerado potencialmente elegível para assistência financeira (exceto quando elegível e aprovado por meio de pontuação presuntiva). Um Paciente pode ter a assistência financeira negada se tal Paciente fornecer informações falsas em uma Solicitação da FAP ou em conexão com o processo de elegibilidade de pontuação presuntiva, se o Paciente recusar-se a atribuir receitas do seguro ou o direito de ser pago diretamente por uma seguradora que possa ser obrigada a pagar pelos cuidados prestados ou se o Paciente se recusar a trabalhar com um consultor financeiro para solicitar a Medicaid ou outros programas de assistência pública para os quais esse Paciente é considerado potencialmente elegível para assistência financeira (exceto quando elegível e aprovado via pontuação presuntiva). A Organização pode considerar uma Solicitação da FAP preenchida menos de seis meses antes de qualquer data de determinação da elegibilidade ao determinar a elegibilidade para um episódio atual de tratamento. A Organização não considerará uma Solicitação da FAP preenchida mais de seis meses antes de qualquer data de determinação da elegibilidade.

E. Faturamento e cobrança

As ações que a Organização pode executar em caso de não pagamento são descritas em uma política separada de faturamento e cobrança. Uma cópia gratuita da política de faturamento e cobrança pode ser obtida no sítio da Organização, ligando para o 833-272-7585, por correio eletrônico para amitafinancialassistance@ascension.org, ou por escrito para:

Alexian Brothers Health System
Aos cuidados de: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

F. Interpretação

Esta política, juntamente com todos os procedimentos aplicáveis, visa cumprir e deve ser interpretada e aplicada de acordo com o 501(r), exceto onde especificamente indicado.

REFERÊNCIAS:

- a. Política Administrativa da Ascension #600 – Assistência Financeira para os Necessitados
- b. Formulário de solicitação de assistência financeira
- c. Resumo da Política de Assistência Financeira em linguagem simples
- d. Lista de provedores abrangidos pela Política de Assistência Financeira
- e. Valor normalmente faturado