

Ascension St. Vincent

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

10/01/23

POLÍTICA/PRINCIPIOS

La política de las organizaciones que se enumeran a continuación de este párrafo (cada una de ellas consideradas la Organización) es garantizar una práctica socialmente justa para prestar atención de emergencia y otro tipo de atención médica necesaria 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 cada una de las siguientes organizaciones dentro de Ascension St. Vincent:

Carmel Ambulatory Surgery Center, LLC

1. La asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra preocupación especial y solidaridad con personas que viven en la pobreza y con otras vulnerabilidades, así como nuestro compromiso con la justicia y la gestión distributivas.
2. Esta política se aplica a todos los tipos de atención de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual contratados. No aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otros tipos de atención médica necesaria.
3. En la Lista de Proveedores Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera se indican los proveedores que prestan servicios de atención dentro de las instalaciones de la Organización y se especifica cuáles proveedores 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 al artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y sus reglamentos.
- **Cantidad Facturada por Regla General (Amount Generally Billed, AGB)** se refiere, en lo que respecta a la atención de emergencia o a otro tipo de atención médicamente necesaria, al monto facturado por regla general a aquellas personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- **Comunidad** se refiere al área de servicio primario de Carmel Ambulatory Surgery Center, LLC, aunque no es exclusivo del condado de Hamilton, que se encuentra en Indiana central. También se considerará que un Paciente es miembro de la comunidad de la Organización si la atención de emergencia y médicamente necesaria que requiere es una continuación de la atención de emergencia y médicamente necesaria recibida en otro centro de Ascension Health en el que el Paciente haya reunido los requisitos para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y médicamente necesaria.
- **Atención de emergencia** se refiere a la atención destinada a tratar una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluye dolor intenso) que, sin atención médica inmediata, podría ocasionar deterioro grave del funcionamiento corporal o una

disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o podría poner en grave peligro la salud del Paciente.

- **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.
- **Organización** se refiere a *Carmel Ambulatory Surgery Center, LLC*.
- **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 su atención.

Asistencia financiera brindada

La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a 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, FPL) 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 más adelante) o si presenta una solicitud de asistencia financiera (en lo adelante la 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 el 100% de asistencia financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a su primera factura de alta, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo no pagado del mismo después de que se tome en cuenta cualquier pago realizado a su cuenta. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará ningún monto adicional a los cargos calculados de la AGB.
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 un descuento de escala variable en la asistencia financiera si presenta la solicitud después de los 240 días posteriores a su primera factura de alta, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un paciente en esta categoría se limitará al saldo no pagado del paciente después de que se tome en cuenta cualquier pago realizado a su cuenta. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará ningún monto adicional a los cargos calculados de la AGB.

3. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, un Paciente con ingresos superiores al 400% del FPL podrá ser elegible para recibir asistencia financiera a través de una "Prueba de Insuficiencia de Medios" para obtener algún descuento en los cargos del Paciente por servicios de la Organización basado en su deuda médica total. Un Paciente será elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con la Prueba de Insuficiencia de Medios si tiene una deuda médica total excesiva. Esta incluye la deuda médica con Ascension y cualquier otro proveedor de atención médica, atención de emergencia y otros tipos de atención médica necesaria, que sea igual o superior a los ingresos brutos familiares de dicho Paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionado de conformidad con la Prueba de Insuficiencia de Medios es el mismo que se concederá a un paciente con ingresos del 400% del FPL según el párrafo 2 antes mencionado, siempre que dicho paciente presente una solicitud antes de los 240 días siguientes a la primera factura de alta y esta sea aprobada por la Organización. El paciente será elegible para la asistencia financiera de descuento en la Prueba de Insuficiencia de Medios si presenta la solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un paciente en esta categoría se limitará al saldo no pagado del paciente después de que se tome en cuenta cualquier pago realizado a su cuenta. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará ningún monto adicional a los cargos calculados de la AGB.
4. Un Paciente puede 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 de Asistencia Financiera (Solicitud de FAP). Un Paciente que tenga en su haber activos que superen el 250% de la cantidad del FPL puede no ser elegible para recibir asistencia financiera.
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 haber presentado una Solicitud de FAP y solamente a través de la puntuación presunta, el monto de la asistencia financiera para que el Paciente sea elegible se limitará al saldo no pagado después de contabilizar cualquier pago realizado a la cuenta del Paciente. La determinación de la elegibilidad basada en la puntuación presunta solo se aplicará al episodio de atención para el que se realice la puntuación presunta.

6. Para aquellos Pacientes que participen en determinados planes de seguro que consideren a la Organización como "fuera de la red", esta podrá reducir o denegar la asistencia financiera que, de otro modo, estaría a disposición del Paciente según una revisión de la información de su seguro así como otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. 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 confirma la denegación previa de Asistencia Financiera, se le enviará una notificación por escrito 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. Todas las apelaciones deberán ser presentadas por escrito por correo a: Ascension St. Vincent, Vice President of Revenue Cycle, 5763 Reliable Parkway, Chicago, IL 60680-5763.
 - 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.

Asistencia alternativa para los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera

Los pacientes que no sean elegibles para recibir asistencia financiera, según lo antes descrito, aún podrán, calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. En aras de la integridad, estos otros tipos de asistencia se enumeran en este documento. Sin embargo, estos no se basan en la necesidad y no están sujetos al artículo 501(r). Se incluyen aquí para la conveniencia de la comunidad a la que la Organización presta servicio.

1. Los Pacientes no asegurados que no sean elegibles para asistencia financiera recibirán un descuento de acuerdo con el 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 aquellos asegurados que no sean elegibles para asistencia financiera podrán recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago podrá ofrecerse además del descuento sin seguro descrito en el párrafo inmediato precedente.

Limitaciones de los cargos a 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 médicamente necesaria, ni montos superiores a los cargos brutos de toda la demás atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de la AGB mediante el método "retroactivo" e incluye el pago por servicio de Medicare y todas las compañías de seguro médico privadas que pagan reclamaciones a la Organización, de acuerdo con el artículo 501(r). Puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de la

AGB y los porcentajes en el sitio web de la Organización o por medio de y los porcentajes visitando cualquier departamento de Registro de pacientes, o por correo llamando a nuestro departamento de Atención al cliente.

Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de ayuda

Los Pacientes podrán calificar para recibir asistencia financiera mediante una elegibilidad por puntuación presunta o solicitando asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. Puede encontrar la solicitud de FAP y sus instrucciones disponible en el sitio web de la Organización o bien acudiendo a cualquier departamento de Registro de Pacientes; o por correo a través de nuestro Departamento de Atención al Cliente. La Organización exigirá a los no asegurados que trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los cuales se considere que el Paciente es potencialmente elegible. Ello a fin de calificar para la asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y se apruebe a través de una puntuación presunta). Se podrá negar la asistencia financiera al Paciente si este proporciona información falsa en una solicitud de FAP o con relación al proceso de elegibilidad de puntuación presunta, si se niega a asignar los pagos del seguro o se niega a que le pague directamente una compañía de seguros que pueda estar obligada a pagar la atención prestada, o si se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considera que el Paciente es potencialmente elegible a fin de calificar para la asistencia financiera (excepto cuando es elegible y se aprueba mediante la puntuación presunta). La Organización podrá considerar una solicitud de FAP completada con menos de seis meses de antelación a cualquier fecha de determinación de elegibilidad al momento de tomar una decisión sobre la elegibilidad para un episodio vigente de atención. La Organización no considerará una solicitud de FAP completada con más de seis meses de antelación a cualquier fecha de determinación de elegibilidad.

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 aparte. Puede obtener una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro en el sitio web de la Organización o acudiendo a cualquier departamento de Registro de Pacientes o por correo a través de nuestro Departamento de Atención al Cliente.

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.

Carmel Ambulatory Surgery Center, LLC

**LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

10/01/23

En la lista que figura a continuación se especifican los proveedores de atención de emergencia y de otro tipo de atención médicamente necesaria que se prestan en el centro hospitalario y que están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (FAP). *Sírvase tener en cuenta que cualquier atención que no sea considerada de emergencia ni médicamente necesaria no estará cubierta por la FAP para ningún proveedor.*

Proveedores cubiertos por la FAP

Proveedores no cubiertos por la FAP

All St. Vincent Medical Group Physicians	John Abrams MD
All St. Vincent Employed Physicians	Leslie Abrams Tobe MD
Brendan Frank MD	Noah Agada MD
Christine Kelley MD	Vaibhav Agrawal MD
	Jeffrey Agricola DPM
	John Aker MD
	Mona Alqulali MD
	Sewit Amde MD
	Caryn Anderson MD
	Stanton Angermeier MD
	Erica Anspach Will MD
	John Arbuckle MD
	Rickinder Bains DO
	Robert Baltera MD
	Kevin Beadle DDS
	Jay Beagle DDS
	Teresa Beam MD
	Vinayak Belamkar MD
	Bridgit Bell MD
	Cynthia Benedict MD
	Barry Berch MD
	Debra Bergman MD
	Stephanie Bergstein MD
	Feriyl Bhaijee MD
	Richard Biggerstaff MD
	Ruemu Birhiray MD
	Kristine Bolin MD
	Sally Booth MD

	Bradford Bopp MD
	John Bozic DDS
	Kathleen Bradley DDS
	Adam Brazus MD
	Margaret Brengle MD
	Paul Broderick DO
	Mary Brunner MD
	Rodney Bucher MD
	Jason Buckner MD
	Tovah Buikema DO
	Samuel Bullard DDS
	Katherine Bumgardner DDS
	Brenda Cacucci MD
	Rachel Chhiba DPM
	Euna Choi MD
	Tae Kae Chong MD
	James Christenson MD
	Craig Cieciora MD
	Douglas Cifuentes DO
	Anne Clark MD
	Brian Clarke MD
	Ann Collins MD
	Robert Colver MD
	James Cox MD
	Michael Crovello MD
	James Cumming DO
	Kara Czarkowski DDS
	Ann Daniel MD
	Robert Darragh MD
	Casey Delcoco MD
	Dale Dellacqua MD
	George Desilvester MD
	Komal Dhiran MD
	David Diaz MD
	Timothy Dicke MD
	Gregory Dikos MD
	John Dinsmore MD
	Danh Do MD
	Sangeeth Dubbireddi MD
	Don Dubois MD

	Elaine Dupler MD
	Natalie Eden DDS
	Adrienne Einhorn MD
	Maria Ermitano MD
	Christopher Evanson MD
	Joseph Fata MD
	William Fecht MD
	Clifford Fetters MD
	William Finkelmeier MD
	Adam Fisch MD
	Denise Flanagan DDS
	Mary Forkin MD
	Douglas Franke MD
	Shelagh Fraser MD
	Paul Frederick MD
	Arthur Galstian MD
	Jonathan Gentile MD
	Matthew Gentry MD
	Kristi George MD
	Aaron Gerstein MD
	Anna Georgina Gilley MD
	Mahendra Govani MD
	Stephen Greenfield MD
	Aparajita Gupta DDS
	Robert Habig MD
	Scott Hackett MD
	Fyeza Haider MD
	Richard Hallett MD
	Mark Hamilton MD
	Flora Hammond MD
	Carl Hanke MD
	James Hardacker MD
	Samuel Harmon MD
	Montgomery Harrison DO
	Steven Haug DDS
	Chad Hazelrigg DDS
	Michael Henry MD
	Sarah Hill MD
	Scott Himmelstein MD
	Julie Hirsch MD

	John Hockema DDS
	Mark Holbreich MD
	Michael Hopen MD
	Emily Hrisomalos MD
	Melissa Huebner MD
	Brandy Hughes MD
	Tod Huntley MD
	Karen Israel MD
	Kiran Ivaturi MD
	Susan Jacob MD
	Marianne Jacobs DO
	Christopher Jones MD
	Laura Juntgen DMD
	Martin Kaefer MD
	David Kaehr MD
	Marc Kappelman MD
	Christine Kelley MD
	Jennie Kho-Duffin MD
	Kristin Kindred DPM
	Katherine Kobza MD
	Stephen Kollias MD
	Edward Kowlowitz MD
	Diana Kozlowski DDS
	Kathryn Krause DMD
	Edward Krowiak MD
	Kenneth Krueger DPM
	Jennifer Kugar DDS
	Christine Kuhn MD
	Dhananjay Kulkarni MD
	Peter Kunz MD
	Benjamin Kuzma MD
	Kent Lancaster MD
	Meredith Langhorst MD
	Earl Lanter MD
	Carlo Lazzaro MD
	Bradford Legge DPM
	Jeffrie Leibovitz DPM
	Timothy Lein MD
	Kimberly Lentz MD
	Raymond Loffer MD

	Andrew Louden MD
	Aaron Ludwig MD
	James Malenkos MD
	Leah Martinson MD
	Patrick Matoole MD
	Raj Maturi MD
	Ian McAlister MD
	Mary Mcateer MD
	Clement Mcdonald MD
	Grant Mcdougal MD
	Melissa Mchenry DDS
	Jaime Mckeever MD
	Anthony Miller DPM
	Norman Mindrebo MD
	Amy Moon MD
	David Morgan DDS
	Jack Moss MD
	Brian Mulherin MD
	Marwan Mustaklem MD
	Martina Mutone MD
	Charles Nakar MD
	David Nathan MD
	Kenneth Ney MD
	Katherine Nichols DDS
	Christopher Obeime MD
	Wojciech Ornowski MD
	Vincent Ostrowski MD
	Michael Pannunzio MD
	David Patterson MD
	Donnis Patton MD
	James Phelps MD
	Erin Phillips DDS
	James Pike DO
	Gregory Poulter MD
	Kofi Quist MD
	Rachael Raffle MD
	Angeli Rampersad MD
	John Ramsey MD
	Pavan Rao MD
	Adrienne Rasbach MD

	David Ratzman MD
	Arthur Rettig MD
	Gregory Reveal MD
	Keith Ridel MD
	Maysa Ridha MD
	Stephanie Riggen MD
	Troy Roberson MD
	Gavin Roberts MD
	Douglas Robertson MD
	Ashley Robey MD
	Bruce Rougraff MD
	Alan Sadove MD
	Maram Said DO
	Peter Sallay MD
	Rick Sasso MD
	Jennifer Satterfield-Siegel DDS
	Andrew Satz MD
	David Scheidler MD
	Donald Schilson MD
	John Schlueter MD
	Wendy Schulte MD
	Alan Schwartz MD
	Jonathan Shook MD
	Jerome Silver MD
	Barbara Siwy MD
	Jerry Smartt MD
	Jonathan Smerek MD
	William Sobat MD
	Leo Solito MD
	Nicole Sonn MD
	Jeremy Spaulding DPM
	Karl Stein MD
	Kira Stockton DDS
	Randall Stoesz MD
	Timothy Story MD
	Daniel Stout MD
	Donald Strobel MD
	Ronald Suh MD
	David Sullivan DPM
	James Sumners MD

	Jessica Swenberg MD
	James Teter MD
	Aiden Thompson MD
	Jeremy Thurgood MD
	Jason Tomsic DO
	Joseph Tortorich DO
	Bruce Van Natta MD
	Jyothi Varanasi MD
	Ashwin Vasudevamurthy MD
	Jeffery Vaught MD
	Steven Veatch MD
	Alejandro Vega MD
	Jose Vitto MD
	Jennifer Vivio MD
	Helen Wang MD
	Brittany Ward MD
	Aaron Warnock DPM
	Michael Welsh MD
	Hiram Whitaker MD
	Christopher Wickman MD
	Matthew Will MD
	Christopher Winters DPM
	Mark Wyant MD
	Shira Yahalom MD
	Abideen Yekinni MD
	Juan Yepes DDS
	Mohamad Yousef MD
	Edward Zdobyak MD
	Rao Zhou MD
	Steven Zirkelbach MD
	Charles Zollman MD