

## Ascension St. Vincent

### POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

01/01/23

#### 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:

*St. Vincent Fishers Hospital, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Ascension St. Vincent Fishers.*

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 a la zona de servicio primario de Ascension St. Vincent Fishers, aunque no es exclusiva 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 *St. Vincent Fishers Hospital, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Ascension St. Vincent Fishers.*
- **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. El descuento de escala variable es el siguiente:

Tabla de cálculo según las Pautas de Pobreza para 2022 del Departamento de Salud y Servicios Humanos*						
Servicios hospitalarios						
Tamaño de la familia	Nivel federal de pobreza*	Atención caritativa (CC)		Programa de asistencia financiera (FAP)**		
		0% hasta 138%	Hasta 250%	Hasta 300%	Hasta 350%	Hasta 400%
1	\$ 13,590	\$ 18,754	\$33,975	\$40,770	\$47,565	\$54,360
2	\$ 18,310	\$ 25,268	\$45,775	\$54,930	\$64,085	\$73,240
3	\$ 23,030	\$ 31,781	\$57,575	\$69,090	\$80,605	\$92,120
4	\$ 27,750	\$ 38,295	\$69,375	\$83,250	\$97,125	\$111,000
5	\$ 32,470	\$ 44,809	\$81,175	\$97,410	\$113,645	\$129,880
6	\$ 37,190	\$ 51,322	\$92,975	\$111,570	\$130,165	\$148,760
7	\$ 41,910	\$ 57,836	\$104,775	\$125,730	\$146,685	\$167,640
8**	\$ 46,630	\$ 64,349	\$116,575	\$139,890	\$163,205	\$186,520
Clasificación		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5
Descuento		100%	100%	90%	80%	73%
Solicitud de descuento	1) El descuento de asistencia financiera para personas sin seguro y con recursos para pagar se basa en los cargos totales.					
	2) El descuento para quienes tienen seguro se basa en la responsabilidad del paciente o el saldo a pagar.					
	3) El nivel de ingresos está basado en los ingresos anuales de la familia.					

\* "Las pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Bajo la autoridad de 42 EE. UU. 9902 (2) ".

\* Consultar <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

\*\* Para cada persona adicional que se encuentre en un 100% de pobreza, se debe agregar un monto de \$4720 (y luego, si fuese necesario, se multiplicará según corresponda hasta el 400%).

\*\*\* Un paciente será elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con la verificación de recursos económicos si tiene una deuda médica total excesiva, la cual incluya una deuda médica con Ascension y con cualquier otro proveedor de atención médica para emergencias y cualquier otra atención médicamente necesaria, que sea igual o mayor al ingreso bruto del hogar de dicho paciente. El nivel de asistencia financiera provista de conformidad con la verificación de recursos económicos se otorgará al nivel de descuento más bajo (es decir, la mayor cantidad de responsabilidad del paciente) disponible conforme a la escala móvil.

- 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, 2001 W 86<sup>th</sup> St. Indianapolis, IN 46260.
  - 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.

**Ascension St. Vincent Fishers**

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

01/01/23

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	Steven Ahlfeld MD
All St. Vincent Employed Physicians	Eric Aitken MD
Indiana Physician Management – Northeast, LLC.	Leyla Akanli MD
Francisco Delgado MD	Kirk Akaydin MD
Hassan Elmalik MD	Andrew Alden MD
Tracey Ikerd MD	Megan Alderman MD
	Hayma Al-Ghawi MD
	Krishna Amuluru MD
	Daniel Anzaldua MD
	Gary Ayres MD
	Brian Badman MD
	Nihal Bakeer MD
	Aaron Balanoff MD
	Elizabeth Barr MD
	Edward Bartley MD
	James Bastnagel MD
	Eric Beltz MD
	Jonathan Bennett MD
	Alexander Berrebi MD
	Elizabeth Bertsch MD
	Bradford Bichey MD
	Carly Blankenship MD
	Jason Blocksom MD
	Kristen Blume MD
	Sridhar Bolla MD
	Barrett Boody MD
	Katherine Brundage MD
	Mary Burden DO

	Jennifer Bush MD
	Gabrielle Butts DO
	Benjamin Campbell MD
	Juan Cardenas MD
	Burke Chegar MD
	Maret Cline MD
	Aaron Coats MD
	Neal Coleman MD
	Brian Compton MD
	Michael Conley MD
	Angela Corea MD
	Elizabeth Cottongim MD
	Christopher Crawford MD
	Renn Crichlow MD
	David Crook MD
	Terence Cudahy MD
	Leo D'Ambrosio MD
	Brent Damer DO
	Francisco Delgado MD
	Andrew Denardo MD
	John Depowell MD
	Darin Dill MD
	Larissa Dimitrov MD
	Martha Dwenger MD
	Stephen Eberwine MD
	Hassan Elmalik MD
	Luis Escobar MD
	Modeson Ferrer MD
	John Fiederlein MD
	David Fisher MD
	Charles Fleming MD
	Whitney Fraiz MD
	Brendan Frank MD
	Jenna Fritsch MD
	Anjali Godambe DO
	Laura Goode DDS
	Kalyan Gorantla MD
	David Graybill MD
	Anne Greist MD
	Hitesh Gulliya DO



	Jennifer Haddad MD
	Brandon Hardesty MD
	Charles Hasbrook MD
	Robert Hastings MD
	Fadi Hayek MD
	Ann Hedderman MD
	David Hedrick MD
	David Held MD
	Steven Herbst MD
	Amarilys Heredia MD
	Carolyn Herman MD
	Craig Herrman MD
	Jeffrey Hilburn MD
	James Hoffman MD
	Eric Horn MD
	Douglas Horton MD
	Jamie Howell MD
	Tracey Ikerd MD
	Eric Inman MD
	Leah Jamison MD
	Joseph Jares MD
	James Jarrett MD
	Sridhar Jatla MD
	Theodore Jennermann MD
	David Josephson MD
	Adam Juersivich MD
	Arzu Karaman Gonulalan MD
	Patrick Kay MD
	Kosmas Kayes MD
	Saad Khairi MD
	Anmol Kharbanda MD
	Sunah Kim-Dorantes MD
	Gerald Kirk MD
	Kevin Kirtley MD
	Daniel Klink MD
	David Lasbury MD
	Daniel Leas MD
	Albert Lee MD
	Charles Lerner MD
	Magdalena Lewandowska MD

	Emily Lo MD
	John Lucia MD
	Irwin Malament DPM
	Phyllis Marlar MD
	Anne Marnocha MD
	Viney Mathavan MD
	Shannon Mccanna MD
	Andrew Mcdaniel MD
	Emily Meier MD
	Greg Merrell MD
	Juliana Meyer MD
	Alex Meyers MD
	Daniel Milton MD
	Richard Miyamoto MD
	Jean-Pierre Mobasser MD
	Kuimil Mohan MD
	Amanda Morris MD
	John Morton MD
	Melinda Mumford-Dawdy MD
	Venkatesh Nagaraddi MD
	Raymond Nanko MD
	Michelle Neff MD
	Joshua Neucks MD
	Shani Norberg MD
	Elizabeth Nowacki DO
	Andrew Oberlin MD
	Bradley Orris MD
	John Oscherwitz MD
	Francisco Padron MD
	Jeffrey Pauloski MD
	Richard Payne MD
	Troy Payner MD
	Praveen Perni MD
	Jody Petts MD
	Christopher Pomeroy MD
	Steven Porto DO
	Eric Potts MD
	Misti Pratt DDS
	Robert Quirey MD
	Mark Rafalko MD

	Watcharasarn Rattananan MD
	Naraharisetty Rau MD
	Chad Reichard MD
	Jeremy Remus MD
	Kenneth Renkens MD
	Richard Rink MD
	Richard Rodgers MD
	Joseph Rumer MD
	Daniel Sahlein MD
	Carl Sartorius MD
	Anurag Satsangi MD
	Andrew Schubeck MD
	Glenn Schwenk MD
	Cynthia Seffernick MD
	Michael Sermersheim MD
	Imran Sethi MD
	Shoaib Shafique MD
	Amy Shapiro MD
	Kimberly Short MD
	Joseph Smucker MD
	Catherine Socec MD
	Jeffery Soldatis MD
	William Somerset DO
	Angela Stevens MD
	Stephen Stitle MD
	Ramindrajit Sufi MD
	Michael Thieken MD
	Garrett Thiel MD
	Niharika Thota MD
	Ron Tintner MD
	Michael Tomlin MD
	Thomas Trancik MD
	Andrew Trobridge MD
	Janet Turkle MD
	Ana Vazquez DMD
	Ryan Venis MD
	George Vestermark MD
	Johanna Wallisa MD
	Dan Waxman MD
	Lori Wells MD

	Joseph Whelan MD
	Phillip Whitley MD
	Thomas Whitten MD
	Steven Willing MD
	Edward Wills MD
	Steven Wise MD
	Anil Yakhmi MD