ASCENSION ST. JOHN

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
10/01/25

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 abordar la elegibilidad para asistencia financiera de los Pacientes que la necesiten y reciben atención de la Organización. Esta política se aplica a cada una de las siguientes organizaciones dentro de Ascension St. John:

Ascension St. John Medical Center
Ascension St. John Owasso
Ascension St. John Broken Arrow
Ascension St. John Sapulpa
Ascension St. John Jane Phillips
Ascension St. John Nowata
Ascension St. John Jenks

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto de la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión.

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 Ascension St. John, que consta de seis hospitales principales en el noreste de Oklahoma, cada uno de los cuales presta servicios a las comunidades circunvecinas.
  - Ascension St. John Medical Center (Tulsa)
  - Ascension St. John Owasso
  - Ascension St. John Broken Arrow
  - Ascension St. John Sapulpa
  - Ascension St. John Jane Phillips (Bartlesville)
  - Ascension St. John Nowata
  - Ascension St. John Jenks

  Ascension St. John Medical Center es un centro regional de remisión terciaria y de trauma que presta

servicios a toda la región noreste de Oklahoma, así como a partes de Kansas, Arkansas y Missouri. El área de servicio principal se encuentra en el condado de Tulsa. Ascension St. John Owasso y Ascension St. John Broken Arrow son centros de atención médica sin fines de lucro que prestan servicios en el área de servicio primario del condado de Tulsa. Ascension St. John Sapulpa es un hospital sin fines de lucro que presta servicios en el área de servicio principal del condado de Creek. Ascension St. John Jane Phillips presta servicios principalmente al condado de Washington y sus condados circunvecinos, incluidos todos los de Nowata y Osage. Ascension St. John Nowata presta servicios en el área del condado de Nowata. 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 Ascension St. John.
- **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 proporcional 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 móvil es el siguiente:

251% - 300% Base FPL = 80% de condonación
301% - 399% Base FPL = 75% de condonación

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 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 los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera se les puede cobrar una tarifa plana nominal. La tarifa plana nominal no excederá el cargo de la AGB por los servicios.
   Cuota de asistencia financiera aprobada
   a. Servicios de emergencia o para pacientes hospitalizados - $100.00 en cada fecha de servicio
   b. Servicios ambulatorios y recurrentes - $25.00 por cada visita hasta un máximo de $250.00

   Cuota de caridad presunta
   a. Servicios de emergencia o para pacientes hospitalizados - $100.00 en cada fecha de servicio
   b. Servicios ambulatorios y recurrentes - $25.00 por cada visita hasta un máximo de $250.00

8. Si un paciente vive fuera de la zona de cobertura definida por el centro donde está buscando servicios, no tiene derecho a solicitar asistencia financiera y se deben establecer otros medios de pago si el paciente elige recibir el tratamiento en un centro de Ascension St. John. Además, basados en la ubicación del Paciente, se explorarán otros centros dentro de su comunidad que presten los mismos servicios.
   a. Si un paciente es tratado a través del Departamento de Emergencia por un servicio de emergencia, es admitido en el hospital desde el Departamento de Emergencia o es admitido directamente, la zona de cobertura será dispensada solo por esa fecha de servicio.
   b. Si un paciente que vive fuera de la zona de cobertura definida es remitido a un centro de Ascension St. John y tiene una orden del médico que lo remitió para un servicio que no está disponible en su comunidad de origen y el servicio es médicamente necesario. Ascension St. John revisará los servicios que califican para asistencia financiera mediante una solicitud detallada y documentos de respaldo. El paciente debe cumplir plenamente con el proceso de solicitud y las directrices de la política.

9. 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. Las apelaciones y la documentación adicional de respaldo después de recibir una negativa pueden enviarse por correo a Ascension St. John Financial Assistance Department 606, Tulsa, OK 74182.
   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.

<u>Otra ayuda para Pacientes no elegibles para recibir ayuda financiera</u>

Los Pacientes que no sean elegibles para recibir asistencia financiera según se describió anteriormente aún pueden calificar para recibir otros tipos de ayuda 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 son elegibles para recibir asistencia financiera recibirán un descuento en función del descuento aplicado a quien más pague por dicha Organización. El mayor pagador debe ser responsable de al menos el 3% de la población de la Organización según se mida mediante el volumen o los ingresos brutos de los pacientes. Si un solo pagador no se responsabiliza

por este nivel mínimo de volumen, más de un contrato pagador debe promediarse de modo que las condiciones de pago que se utilizan para promediar representen, al menos, el 3% del volumen de negocios de la Organización para ese año determinado.

2. Los pacientes sin seguro que no son elegibles para asistencia financiera pueden recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago podrá ofrecerse además del descuento no asegurado descrito en el párrafo inmediato anterior.

Limitaciones de los cargos de los Pacientes elegibles para recibir ayuda 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 AGB por el método "retroactivo" e incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que pagan reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con el 501(r). Puede obtenerse una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y el porcentaje o los porcentajes en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con el Departamento de Asistencia Financiera de Ascension St. John por el 800-298-8329.

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 el envío de una Solicitud de FAP completa. La Solicitud de FAP y sus instrucciones están disponibles en el sitio web de la Organización y en los siguientes lugares.

1. Departamentos de acceso para pacientes en todos los centros de Ascension St. John.
2. Departamento de Asistencia Financiera.
4. Otros departamentos que realizan funciones de admisión.
5. Agencias externas o socios comerciales.

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 que haya sido 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 que haya sido completada con más de seis meses de antelación a cualquier fecha de determinación de elegibilidad.

Facturación y cobro

Las medidas que la Organización pueda tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro por separado. Puede obtenerse una copia gratuita de la política de facturación y cobro en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con el Departamento de Asistencia Financiera a través del teléfono 800-298-8329.

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. JOHN

LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

07/01/25

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 (Financial Assistance Policy, 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
Ascension St. John Medical Center - cargos del centro Ascension St. John Owasso - cargos del centro Ascension St. John Sapulpa - cargos del centro Ascension St. John Broken Arrow - cargos del centro Ascension Jane Phillips - cargos del centro Ascension Jane Phillips Nowata - cargos del centro Todos los médicos y proveedores que prestan servicios bajo el nombre de "Ascension St. John Clinic", incluidos: Ascension Medical Group Family Medical Care Associates Médicos de Ascension St. John - Atención de emergencia y especialistas North Star Anesthesia Ascension St. John Urgent Care Utica Ascension St. John Urgent Care Sand Springs Ascension St. John Urgent Care Jenks Ascension St. John Urgent Care Memorial Ascension St. John Urgent Care Bixby Ascension St. John Urgent Care Bartlesville Ascension St. John Urgent Care Claremore Ascension St. John Clinic Bartlesville en horario nocturno Bluestem Cardiology Gestión de Emergencias Bluestem LabCorp Oklahoma, Inc. Médicos sanos de Oklahoma Northeast Oklahoma Radiology Physicians, PLLC Ascension St. John Jenks	La Autoridad de Servicios Médicos de Emergencia (Emergency Medical Services Authority, EMSA) y todos los servicios de ambulancia terrestre y aérea y de transporte médico Tulsa Radiology Associates Oklahoma Cancer Specialists and Research Institute Surgery Inc. Tulsa Bone and Joint, incluidos Union Pines Surgery Center y TBJ Ortho Urgent Care Urology Associates Equipo médico permanente de All Saints Memorial Surgery Center Healthsouth Rehab Hospital en Tulsa Fresenius Medical Care en Tulsa Prairie House Assisted Living Center Corner Stone Long Term Acute Care Hospital Todos los miembros del personal activo y de atención al público de Ascension St. John; hospitales e instalaciones médicas de propiedad exclusiva que no son personal de las organizaciones que operan bajo el nombre de "Ascension St. John Clinic".