

## ASCENSION SETON

### POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

01 de julho de 2025

#### POLÍTICA/PRINCÍPIOS

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 da Ascension Seton:

- Dell Children’s Medical Center of Central Texas
- Ascension Seton Medical Center Austin
- Ascension Seton Hays
- Ascension Seton Williamson
- Ascension Seton Northwest
- Ascension Seton Southwest
- Ascension Seton Edgar B. Davis
- Ascension Seton Highland Lakes
- Ascension Seton Smithville
- Dell Seton Medical Center at The University of Texas
- Cedar Park Regional Medical Center

1. 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.
2. 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.
3. 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

Para os fins desta Política, aplicam-se as seguintes definições:

- Por “**501(r)**” entende-se a Seção 501(r) do Código Fiscal e os regulamentos promulgados sob tal código.

- 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.
- Por “**Comunidade**” entendem-se as áreas geográficas, agrupadas por condados, que a Ascension Seton usa para o planejamento na região central do Texas: 1.) Centro – Condado de Travis, 2.) Sul – Condados de Hays e Caldwell, 3.) Norte – Condado de Williamson, 4.) Oeste – Condados de Burnet, Blanco e Llano, e 5.) Leste – Condados de Bastrop, Fayette, Gonzales e Lee Counties e o Condado de San Saba. O Paciente também será considerado membro da Comunidade da Organização se os tratamentos de emergência e medicamento necessários que o Paciente precisar forem a continuidade dos tratamentos de emergência e medicamento necessários recebidos noutra instalação da Ascension Health, onde o Paciente se qualificou para assistência financeira para tal tratamento de emergência e cuidados médicos necessários.
- Por “**Tratamento de urgência**” entende-se trabalho de parto ou uma condição médica a qual pode-se razoavelmente esperar que a ausência de atenção médica imediata possa resultar em comprometimento grave da saúde dum Paciente (ou nascituro), comprometimento grave da função corporal, ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo.
- Por “**Cuidados médicos necessários**” entende-se atendimento que seja (1) apropriado e consistente com, e essencial para, a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento duma condição dum Paciente; (2) a provisão ou nível de serviço mais adequados para a condição do Paciente que possa ser oferecida de maneira segura; (3) não prestada primariamente para a conveniência do Paciente, a sua família, médico ou cuidador; e (4) mais provável de resultar num benefício do que prejuízo para o Paciente. Para que os cuidados futuros programados sejam considerados “cuidados médicos 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 provedor licenciado que esteja fornecendo 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). No caso em que os cuidados solicitados por um Paciente abrangidos por esta política sejam determinados não como medicamente necessários por um médico revisor, essa determinação também deverá ser confirmada pelo médico responsável pela admissão ou indicação.
- Por “**Organização**” entende-se a Ascension Seton, que consiste de:
  - Dell Children’s Medical Center of Central Texas
  - Ascension Seton Medical Center Austin
  - Ascension Seton Hays
  - Ascension Seton Williamson
  - Ascension Seton Northwest
  - Ascension Seton Southwest
  - Ascension Seton Edgar B. Davis
  - Ascension Seton Highland Lakes
  - Ascension Seton Smithville
  - Dell Seton Medical Center at The University of Texas
  - Cedar Park Regional Medical Center
- 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.

## **Assistência financeira fornecida**

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

1. Sujeito às outras disposições desta Política de Assistência Financeira, Pacientes com renda menor ou igual aos 250% da renda do Nível Federal de Pobreza (“FPL”, Federal Poverty Level) serão elegíveis para atendimento 100% gratuito nessa parcela das cobranças por serviços pela qual o Paciente é responsável após o pagamento por uma seguradora, se houver, se esse doente for considerado elegível de acordo com a pontuação presuntiva (descrita no Parágrafo 5 abaixo) ou se o Paciente enviar uma Solicitação de Assistência Financeira (uma “Solicitação”) antes ou no dia 240 após a primeira fatura de alta do Doente, e a Solicitação for 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 demais disposições desta Política de Assistência Financeira, Pacientes com renda acima dos 250%, mas que não excedam os 400% do FPL, receberão um desconto em escala variável na parcela das cobranças pelos serviços prestados pelas quais o Paciente é responsável após o pagamento por uma seguradora, se houver, se esse Paciente enviar uma Solicitação até o 240º dia após a primeira fatura de alta do Paciente e a Solicitação for aprovada pela Organização. O Paciente será elegível para receber assistência financeira de até 100% se o 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. O desconto na escala é o seguinte:

Pacientes entre os 251% e 300% do FPL receberão assistência de 95%

Pacientes entre os 301% e 350% do FPL receberão assistência de 90%

Pacientes entre os 351% e 400% do FPL receberão assistência de 85%

3. Sujeito às outras disposições desta Política de Assistência Financeira, Pacientes com renda superior aos 400% da 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 dívida médica total do Paciente. Os Pacientes serão elegíveis para assistência financeira de acordo com o Teste de Meios se tiverem uma dívida médica total excessiva, que inclui uma dívida médica com a Ascension e qualquer outro profissional de saúde, para tratamento de emergência e outros cuidados medicamente necessários, iguais ou superiores que a renda bruta da família 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 400% do FPL conforme o Parágrafo 2 acima, se

esse Paciente enviar uma Solicitação no ou antes do 240º dia após a primeira conta 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.

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 250% do valor do FPL pode não ser elegível para assistência financeira.
5. A elegibilidade para assistência financeira pode ser determinada em qualquer ponto do ciclo de receita e pode incluir o uso de pontuação presuntiva para um Doente com um saldo não remunerado suficiente nos primeiros 240 dias após a primeira fatura de alta do doente para determinar a elegibilidade para tratamentos 100% gratuitos, não obstante falha do Paciente em preencher uma solicitação de assistência financeira (“Solicitação da FAP”). Se o Paciente receber tratamentos 100% gratuitos sem enviar uma Solicitação da FAP preenchida e apenas através de pontuação presuntiva, o valor da Assistência Financeira pela qual o Paciente é elegível será limitado ao saldo não pago do Paciente, após levar em consideração quaisquer pagamentos feitos na conta do Paciente. Uma determinação de elegibilidade com base na pontuação presumida se aplica apenas ao episódio de tratamento para o qual a pontuação presumida é realizada.
6. Para um Paciente que participa de certos planos de seguro que consideram a Organização como “fora da rede”, a Organização pode reduzir ou negar a assistência financeira que, de outra forma, estaria disponível para o Paciente com base em uma revisão das informações de seguro do Paciente e outros fatos e circunstâncias pertinentes.
7. Pacientes que são elegíveis para assistência financeira podem ser cobrados de uma taxa fixa nominal de até 30,00 US\$ pelos serviços. A taxa fixa nominal não excederá a taxa AGB pelos serviços.
8. 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. Os Pacientes e suas famílias podem enviar uma carta de recurso por correio para o departamento de Serviços Financeiros do Paciente (Patient Financial Services). A carta de recurso deve incluir as informações financeiras, não consideradas na Solicitação de Assistência Financeira original do Paciente, que são importantes para reconsiderar a elegibilidade do Paciente para o atendimento de caridade. Para além da carta de recurso por escrito, os Pacientes e as famílias devem incluir a documentação para a reconsideração das informações incluídas na carta de recurso. Sem a documentação adequada, a consideração do recurso pode ser atrasada até que a documentação adequada seja recebida. A carta de recurso e a documentação de apoio devem ser enviadas para: Patient Financial Services at P.O. Box 204301 Dallas TX, 75320-4301.
- b. Todos os recursos serão considerados pela Comissão de Recursos de assistência financeira da Organização, e as decisões da Comissão serão enviadas por escrito ao Paciente ou à família que apresentou o recurso.

### **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 pagador mais bem pago deve representar pelo menos 3% da população da Organização, conforme medido pelo volume ou pela receita bruta dos doentes. 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.

### **Limitações de cobranças para Pacientes elegíveis para a Assistência Financeira**

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). Uma cópia gratuita da descrição e percentagem(s) do cálculo do AGB pode ser obtida no sítio da Organização ou solicitada em qualquer área de recepção. Os Pacientes também podem solicitar uma cópia gratuita do cálculo e percentagem do AGB por correio, ligando para o 800-749-7624 para solicitar que uma cópia seja enviada à morada do Paciente.

## **Solicitação de Assistência Financeira e outras assistências**

O Paciente pode ser elegível para a Assistência Financeira devido à pontuação de elegibilidade presumida ou ao solicitar Assistência Financeira preenchendo uma Solicitação da FAP. A Solicitação da FAP e as Instruções para a Solicitação estão disponíveis no sítio da Organização ou solicitadas no momento do atendimento. Se um Paciente deseja solicitar Assistência Financeira após o(s) dia(s) de atendimento, este deve acessar a Solicitação da FAP e as Instruções para a Solicitação diretamente no sítio da Ascencion Seton. Os Pacientes também podem solicitar uma cópia da Solicitação da FAP e as Instruções para a Solicitação pelo correio. Para solicitar uma cópia dos documentos pelo correio, os Pacientes devem ligar para o departamento de Serviços Financeiros do Paciente (Patient Financial Services) no 800-749-7624. Em cada um dos locais acessíveis mencionados, a Solicitação da FAP e as Instruções para a Solicitação estão disponíveis em inglês, espanhol, chinês, vietnamita, coreano e árabe. 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.

## **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 ou solicitada no momento do atendimento. Os Pacientes também podem solicitar uma cópia da Política de Faturamento e Cobrança pelo correio. Para solicitar uma cópia dos documentos pelo correio, os Pacientes devem ligar para o departamento de Serviços Financeiros do Paciente (Patient Financial Services) no 800-749-7624.

## **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.