

Ascension
Genesys Hospital, Ascension St. Mary's Hospital, Ascension Medical Group – Proveedores cubiertos de Genesys y Ascension Medical Group - Proveedores cubiertos de St. Mary
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Junio de 2020

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de las organizaciones descritas a continuación de este párrafo (refiriéndose cada una a la "Organización") garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para recibir asistencia financiera por parte de los pacientes que la necesitan y reciben atención de la Organización. Esta política se aplica a cada una de las siguientes organizaciones dentro de Ascension Mid-Michigan Market:

Ascension Genesys Hospital	Ascension Medical Group – Genesys
Ascension Medical Group – Genesys – PMI	Ascension Genesys Ambulatory Imaging
Ascension Genesys Ambulatory Therapy	
Ascension St. Mary's Hospital	Ascension Medical Group – St. Mary's

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra preocupación y solidaridad particular con las personas que viven en pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia y la gestión distributivas.
2. Esta política se aplica a todos los cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta política no se aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios.
3. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera figura una lista de todos los proveedores que prestan servicios de atención en los centros de la Organización, en la que se especifica cuáles 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 a la Sección 501(r) del Código Impositivo Interno y a los reglamentos promulgados en virtud de este.
- “**Cantidad Facturada por Regla General**” (**Amount Generally Billed, AGB**) se refiere, en lo que respecta a la atención de emergencia y 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 los pacientes que residen en la zona geográfica de servicio identificada en la Evaluación de Necesidades Sanitarias de la Comunidad, que incluye lo siguiente:

<i>Ascension Mid-Michigan Community Service Area by County</i>			
Alcona	Gladwin	Midland	Shiawassee
Arenac	Gratiot	Oakland	Tuscola
Bay	Iosco	Ogemaw	
Genesee	Lapeer	Saginaw	

- También se considerará que un Paciente es miembro de la Comunidad de la Organización si la atención de emergencia o necesaria por razones médicas que requiere el Paciente es la continuidad de la atención de emergencia o necesaria por razones médicas recibida en otro centro Ascension Health en el que el Paciente haya reunido los requisitos para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y necesaria por razones médicas.
- **“Atención de emergencia”** se refiere a la atención destinada a tratar una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que, sin atención médica inmediata, podría ocasionar el 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 debe ser tomada por 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 los centros y proveedores regionales de Ascensión Mid-Michigan.
- **“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 de su atención.

Asistencia Financiera Brindada

La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a los 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 income, 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 a continuación) o si presenta una solicitud de asistencia financiera (una 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 un 100 % de asistencia financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la

primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior 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 no superiores al 400 % del FPL, recibirán un descuento de escala proporcional en el monto de los cargos por los servicios prestados de los que sea responsable el Paciente una vez que el asegurador haya efectuado el pago, si lo hubiere, siempre que dicho Paciente presente una solicitud antes de los 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud sea aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de escala móvil si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB. El descuento de escala proporcional es el siguiente:

<i>Pacientes con niveles de ingresos:</i>	<i>% de descuento de la FAP</i>
de 251 % al 275 % del FPL	95 %
del 276 % al 300 % del FPL	85 %
del 301 % al 350 % del FPL	80 %
de 351 % al 375 % del FPL	75 %
del 376 % al 400 % del FPL	70 %

3. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, un Paciente con ingresos superiores al 400 % del FPL puede ser elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con una "Prueba de Medios" para obtener algún descuento en los cargos del Paciente por servicios de la Organización con base en su deuda médica total. El Paciente será elegible para asistencia financiera de acuerdo con la Prueba de Medios si tiene una deuda médica total excesiva, que incluye la deuda médica con Ascension y cualquier otro proveedor de atención médica, de atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas, que sea igual o mayor que los ingresos brutos del hogar de dicho Paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionada de conformidad con la Prueba de Medios es el mismo que se concede a un paciente con ingresos del 400 % del FPL en virtud del Párrafo 2 anterior, si dicho Paciente presenta una solicitud en o antes de los 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir la asistencia financiera de descuento de la prueba de medios si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo impago del Paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. A los Pacientes elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB.
4. Es posible que un paciente no sea elegible para la asistencia financiera descrita en los Párrafos 1 a 3 anteriores si se considera que dicho Paciente 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 de un Paciente basada en las categorías de activos medidas en la 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 presentar una Solicitud de FAP completa y solo mediante una puntuación presunta, la cantidad de asistencia financiera para la cual el Paciente es elegible se limita al saldo impago del paciente después de tener en cuenta cualquier pago realizado en la cuenta del Paciente. La determinación de la elegibilidad basada en la puntuación presunta solo se aplica al episodio de atención para el que se realiza 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. A los Pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera se les podrá cobrar una tarifa plana nominal de hasta \$50 (véase la tabla de copago de asistencia financiera que figura a continuación).

Tipo de servicio de atención médica	Copago de la FAP
<i>Atención de pacientes hospitalizados o en sala de emergencias</i>	\$50.00
<i>Cirugía y tratamientos ambulatorios</i>	\$25.00
<i>Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios</i>	\$10.00

8. 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. Se incluye un formulario de solicitud de apelación con todas las cartas de notificación de aprobación parcial y de denegación de elegibilidad de la FAP.
 - b. El Paciente que solicite la reconsideración de la Determinación de Elegibilidad de la FAP debe completar el formulario de Solicitud de Apelación y enviarlo por correo o entregarlo en la dirección que figura en la parte inferior del formulario.
 - c. 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.

Otra asistencia para los pacientes no elegibles para recibir asistencia financiera

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. En aras de la integridad, se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que sirve la Organización.

1. Los Pacientes no asegurados que no sean elegibles para ayuda financiera recibirán un descuento en función del 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 asegurados que no son elegibles para asistencia financiera pueden recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago puede ofrecerse además del descuento sin seguro descrito en el párrafo inmediato precedente.

Limitaciones de los cargos de 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 utilizando el método "retroactivo" e incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo de acuerdo con 501(r). Puede obtenerse una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y los porcentajes en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con alguno de los siguientes departamentos del hospital: Servicio al Cliente, Asesoramiento Financiero, Caja y Oficina de Proveedores Cubiertos.

Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia

Los Pacientes podrán calificar para recibir asistencia financiera mediante una elegibilidad por puntuación presunta o al solicitar asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. La Solicitud de FAP y sus instrucciones se pueden consultar en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con cualquiera de los siguientes departamentos u oficinas del hospital: Servicio al Cliente, Asesoramiento Financiero, Caja y Oficina de Proveedores Cubiertos. La Organización requerirá que los no asegurados trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que el paciente es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado a través de la puntuación presunta). Se puede negar asistencia financiera a un Paciente si éste proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presunta, si el paciente se niega a asignar los ingresos del seguro o el derecho a recibir el pago directamente de una compañía de seguros que puede estar obligada a pagar la atención prestada, o si el paciente se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado a través de la puntuación presunta). La Organización podrá tener en cuenta una solicitud de FAP completada menos de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad para tomar una determinación sobre la elegibilidad para un episodio actual de atención. La Organización no considerará

una Solicitud de FAP completada más de seis meses antes de 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 separada. Puede obtener una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro en el sitio web de la Organización o poniéndose en contacto con cualquiera de los siguientes departamentos u oficinas del hospital: Servicio al Cliente, Asesoramiento Financiero, Caja y Oficina de Proveedores Cubiertos.

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) excepto que se indique expresamente lo contrario.