

ASCENSION ST. JOHN

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1 de octubre de 2021

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

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 medicamento 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 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:

0% - 250% Base FPL = 100% de condonación

251% - 300% Base FPL = 80% de condonación

301% - 399% Base FPL = 70% 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 1802 E. 19th St, Tulsa, OK 74104.
 - 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.

Otra ayuda para Pacientes no elegibles para recibir ayuda financiera

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 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 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 (918)744-2451.

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 (918)744-2451.

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**

1 de enero de 2022

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.*

<u>Proveedores cubiertos por la FAP</u>	<u>Proveedores no cubiertos por la FAP</u>
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 St. John 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 Regional Medical Lab	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".

ASCENSION ST. JOHN

CÁLCULO DE LA CANTIDAD FACTURADA POR REGLA GENERAL

1 de julio de 2021

Ascension St. Vincent calcula un porcentaje de la Cantidad Facturada por Regla General (Amount Generally Billed, AGB) mediante el método “retroactivo”, e incluye los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que pagan reclamaciones a la Organización, de acuerdo con las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) artículos 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii). Los detalles de dicho cálculo y el porcentaje de la AGB se describen a continuación.

Los porcentajes de AGB para Ascension St. John son los siguientes:

Ascension Jane Phillips	34%
Ascension St John Nowata	95%
Ascension St. John Broken Arrow	29%
Ascension St. John Medical Center	32%
Ascension St. John Owasso Hospital	32%
Ascension St. John Sapulpa	37%

Physician Providers DBA Ascension St. John Clinic 42%

Este porcentaje de la AGB se calcula dividiendo el total de los montos de todas las reclamaciones del centro hospitalario por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria permitidas por los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que paguen reclamaciones al centro hospitalario por el total de los cargos brutos asociados correspondientes a dichas reclamaciones. Las únicas reclamaciones que se utilizan con el fin de determinar la AGB son aquellas que han sido permitidas por una compañía de seguro médico durante el período de 12 meses previo al cálculo de la AGB (en vez de los reclamos que correspondan a la atención brindada en los 12 meses anteriores).

Pese al cálculo de la AGB precedente, Ascension St. John ha optado por aplicar un porcentaje de la AGB más bajo (para todos sus hospitales y grupos médicos) de la siguiente manera:

AGB: 29%

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

Resumen de la Política de Asistencia Financiera

Ascension St. John, incluidos los ministerios de salud antes mencionados, se comprometen a respetar la dignidad de cada persona y se preocupan especialmente por aquellos que tienen dificultades para acceder a servicios de atención médica. Ascension St. John tiene el mismo compromiso para administrar sus propios recursos de atención médica como un servicio para toda la comunidad. Para fomentar estos principios, Ascension St. John proporciona asistencia financiera a determinadas personas que reciben atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria de su parte. Este resumen proporciona una visión general de la Política de Asistencia Financiera de Ascension St. John.

¿Quién es elegible?

Es posible que pueda obtener asistencia financiera si vive en la comunidad de Ascension St. John, que está constituida por seis hospitales principales en el noreste de Oklahoma, 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) y Ascension St. John Nowata, y cada uno de ellos presta servicios a las comunidades circunvecinas. 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. La asistencia financiera suele determinarse a través de su ingreso familiar total en comparación con el Nivel Federal de Pobreza. Si su ingreso es menor o igual al 250% del Nivel Federal de Pobreza, usted podrá recibir un 100% de condonación por atención de caridad en la porción de los cargos por los que sea responsable. Los servicios de emergencia o de hospitalización tendrán un copago de \$100.00 por visita. El hospital para pacientes ambulatorios tendrá un copago de \$ 25.00 por visita hasta un máximo de \$ 250.00. Si su ingreso es mayor del 250% del Nivel Federal de Pobreza, pero no excede el 400% del Nivel Federal de Pobreza, puede recibir las tasas descontadas en una escala proporcional. Si tiene una deuda médica por una atención de emergencia y médicamente necesaria que excede sus ingresos, podrá ser elegible para un descuento. Si tiene activos que superan el 250% de la cantidad de ingresos del Nivel Federal de Pobreza, es posible que no califique para recibir asistencia financiera. Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no tendrán que pagar más por la atención elegible que las cantidades facturadas por regla general a los pacientes con cobertura de seguro.

¿Qué servicios están cubiertos?

La Política de Asistencia Financiera se aplica a los servicios de atención de emergencias y los médicamente necesarios. Estos términos se definen en la Política de Asistencia Financiera. Todas las demás atenciones no están cubiertas por la Política de Asistencia Financiera.

¿Cómo puedo solicitarla?

Para solicitar asistencia financiera, por lo general, se completa una solicitud por escrito y se presenta documentación de respaldo, según se describe en la Política de Asistencia Financiera y en la Solicitud de la Política de Asistencia Financiera.

¿Cómo hago para obtener ayuda con la solicitud?

Para obtener ayuda con la solicitud de la Política de Asistencia Financiera, puede comunicarse con el departamento de Asistencia Financiera de Ascension St. John en el 1802 E. 19th St, Tulsa, OK 74104 en el cuarto piso del edificio Kravis o llamar al 918-744-2451 durante el horario de atención, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

¿Cómo puedo obtener más información?

Se pueden obtener copias de la Política de Asistencia Financiera y del formulario para la solicitud en <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Oklahoma> y en los siguientes lugares:

Departamento de Asistencia Financiera, 1802 E. 19th St Tulsa OK 74104; edificio Kravis – piso 4
Ascension St. John Medical Center en Tulsa, 1923 S Utica Ave Tulsa, OK 74104
Ascension St. John Owasso 12451 E 100th St N Owasso, OK 74055
Ascension St. John Broken Arrow, 1000 W Boise Circle Broken Arrow, OK 74012
Ascension St. John Sapulpa, 1004 E Bryan Ave Sapulpa, OK 74066
Ascension St. John Jane Phillips en Bartlesville, 3500 SE Frank Phillips Blvd Bartlesville, OK
Ascension St. John Nowata, 237 S Locust St Nowata, OK 74048

Se pueden obtener copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera, del formulario para la solicitud e información adicional por correo llamando al Departamento de Asistencia Financiera de Ascension St. John por el número 918-744-2451.

¿Qué pasa si no soy elegible?

Si no califica para recibir asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera, puede calificar para recibir otros tipos de asistencia. Para obtener más información, póngase en contacto con Ascension St. John Financial Assistance por el 918-744-2451, o visite la oficina ubicada en 1802 E 19th St, Tulsa, Oklahoma en el piso 4 del edificio Kravis.

Puede encontrar las traducciones de esta Política de Asistencia Financiera, su solicitud e instrucciones, y de este resumen en lenguaje sencillo en nuestro sitio web y, a solicitud, en los siguientes idiomas:

español
chino simplificado
chino tradicional
vietnamita
hmong



Solicitud de asistencia financiera (FAA)

Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha _____ Número de cuenta _____
Nombre (nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número del Seguro Social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número del Seguro Social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número del Seguro Social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar _____

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante_____	Manutención infantil recibida_____
Ingresos del cónyuge del solicitante_____	Pensión alimenticia recibida_____
Beneficios del Seguro Social_____	Ingresos por alquiler de propiedades_____
Ingresos por pensión/jubilación_____	Cupones de alimentos_____
Ingresos por incapacidad_____	Distribución de fondos fiduciarios recibidos_____
Compensación por desempleo_____	Otros ingresos_____
Indemnización laboral_____	Otros ingresos_____
Ingresos por intereses/dividendos_____	Total de ingresos brutos mensuales \$_____

Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler_____	Manutención infantil/pensión alimentaria_____
Servicios públicos_____	Tarjetas de crédito_____
Teléfono (fijo)_____	Facturas de médicos y hospitales_____
Teléfono móvil_____	Seguro de automóvil_____
Comestibles/alimentos_____	Seguro de vivienda/propiedad_____
Servicio de cable/internet/televisión satelital_____	Seguro médico/salud_____
Pago de automóvil_____	Seguro de vida_____
Cuidado de los niños_____	Otros gastos mensuales_____
	Total de gastos mensuales \$_____

Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente_____

Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito_____

Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria_____

Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo_____

Automóviles de colección/automóviles no esenciales_____

Otros activos_____

Solicito asistencia financiera a Ascension St. John y R1 RCM, como agente de facturación/cobro para los proveedores de atención médica afiliados indicados anteriormente. La información que he proporcionado en esta solicitud y en los documentos de respaldo es verdadera y correcta. Al firmar este formulario, acepto permitir que Ascension St. John y R1 RCM verifiquen mi empleo y mi historial de crédito con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. También autorizo a todas las organizaciones y centros a dar a conocer información relativa a mi crédito o situación financiera a Ascension St. John y a MCR R1 con el mismo propósito. Entiendo que Ascension St. John y R1 RCM pueden requerir pruebas más específicas de cualquier información contenida en esta Solicitud de Asistencia Financiera (Financial Assistance Application, FAA) y los documentos de respaldo, las cuales serán proporcionadas cuando se soliciten. Si se descubre que alguna información en esta FAA y los documentos de respaldo es falsa, engañosa o incompleta, mi solicitud de asistencia será denegada. Ascension St. John y R1 RCM se reservan el derecho de reevaluar o revertir cualquier designación de servicio caritativo si la información importante no se revela, si la información fue tergiversada o deliberadamente retenida o si yo (o mis herederos) presento una demanda o una acción civil contra un tercero por lesiones o daños personales (incluye cargos/gastos médicos). Entiendo y acepto que ni yo ni mis representantes legales podremos utilizar la asistencia financiera otorgada por Ascension St. John y R1 RCM en cualquier negociación, acuerdo o demanda con el fin de aumentar la indemnización por daños y perjuicios. Si esto ocurriera, estoy de acuerdo en que Ascension St. John y R1 RCM tienen derecho a revertir cualquier designación de servicio caritativo y cobrar los cargos completos. El abajo firmante acepta que cualquier hospital que haya prestado servicios médicos al paciente mencionado anteriormente puede presentar y mantener un gravamen de Ascension St. John antes o después de que se conceda asistencia financiera sobre todas las posibles fuentes de cobro.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cosolicitante

Fecha

Los asesores financieros están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para asistencia, por favor llame al (918) 744-2451



Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta _____

Nombre de la persona que respalda _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección de la persona que respalda _____

Para Ascension:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) _____ recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda _____

Fecha _____



Estimado paciente/solicitante:

Ascension se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos en adjunto la carta y la solicitud de asistencia financiera debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos como mínimo. Si está casado o vive con una persona con quien mantiene una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes elementos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.

Tome en cuenta que la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, debe ser recibida para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente llenada a la siguiente dirección:

Ascension St. John Financial Assistance
1802 E 19th St
Tulsa, OK 74104

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al (918)744-2451.

Atentamente,

Financial Assistance
Ascension St. John