



St. Vincent's Health System, Inc.
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA
01/07/2024

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 atender à elegibilidade da assistência financeira para doentes que precisam de assistência financeira e recebem tratamentos da Organização. Esta política aplica-se a cada uma das seguintes Organizações da St. Vincent's Health System, Inc.:

St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, com o nome comercial de Ascension St. Vincent's
Southside;

St. Vincent's Medical Center, Inc., com o nome comercial de Ascension St. Vincent's Riverside;
St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc., com o nome comercial de Ascension St. Vincent's
Clay County

St. Vincent's Health System, Inc. com o nome comercial Ascension St. Vincent's St. Johns County

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 emergência 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 Secção 501, alínea r) do Código Fiscal e os regulamentos promulgados no mesmo.
- Por “**Valor Normalmente Faturado** ” ou “**AGB**” entende-se, com relação a tratamentos de emergência e outros cuidados médicos necessários, o valor normalmente cobrado das pessoas que possuem seguro para esses tratamentos.
- Por “**Comunidade**” entende-se os (5) condados do nordeste da Flórida: Baker, Clay, Duval, Nassau, St. Johns e os dez (10) condados do sudeste da Geórgia: Appling, Bacon, Brantley, Camden, Charlton, Coffee, Glynn, Pierce, Ware e Wayne. O Doente também será considerado

membro da Comunidade da Organização se os tratamentos de emergência e medicamento necessários que o Doente precisar forem a continuidade dos tratamentos de emergência e medicamento necessários recebidos noutra instalação da Ascension Health, onde o Doente se qualificou para assistência financeira para tal tratamento de emergência e cuidados médicos necessários.

- Por “**Tratamento de Emergência**” entende-se Tratamento para uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa), de modo que a ausência de atendimento médico imediato possa resultar em comprometimento grave da função corporal, disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo, ou comprometimento grave da saúde do indivíduo.
- Por “**Cuidados Medicamente Necessários**” entende-se tratamentos que são (1) apropriados, consistentes e essenciais para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da condição de um Doente; (2) o fornecimento ou nível de serviço mais apropriado para a condição do Doente que pode ser fornecido com segurança; (3) não fornecido para a conveniência do Doente, sua família, médico ou responsável; e (4) maior probabilidade de resultar em benefício para o Doente do que em prejuízos. Para que os cuidados futuros programados sejam considerados “cuidados medicamente 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 Doente 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 Doente 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 St. Vincent's Health System, Inc. e suas filiais controladas, incluindo especificamente, sem limitação, a St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, com o nome comercial de Ascension St. Vincent's Southside; St. Vincent's Medical Center, Inc., com o nome comercial de Ascension St. Vincent's Riverside; St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc., com o nome comercial de Ascension St. Vincent's Clay County, St. Vincent's Health System Inc., com o nome comercial de Ascension St. Vincent's St. Johns County.
- Por “**Doente**” entende-se aquelas pessoas que recebem tratamento de emergência e outros cuidados medicamente necessários na Organização, e a pessoa que é financeiramente responsável pelos tratamentos do doente.

Assistência financeira fornecida

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

1. Sujeito às outras disposições desta Política de Assistência Financeira, Doentes com renda menor ou igual a 250% da renda do Nível Federal de Pobreza (“FPL”) serão elegíveis para atendimento de 100% gratuito nessa parcela das cobranças por serviços pela qual o Doente 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 Doente enviar um pedido de assistência financeira (um “Pedido”) antes ou no dia 240 após a primeira fatura de alta do Doente, e o Pedido for aprovado pela Organização. O Doente será elegível para receber assistência financeira de até 100% se o Doente enviar o Pedido após o 240º dia

após a primeira fatura de alta do Doente, mas o valor da assistência financeira disponível para um Doente nessa categoria será limitado ao saldo não pago do Doente após a consideração de todos os pagamentos feitos na conta do Doente. Um Doente 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, Doentes com renda acima de 250% da FPL, mas que não excedam 400% da FPL, receberão um desconto em escala variável na parcela das cobranças pelos serviços prestados pelas quais o Doente é responsável após o pagamento por uma seguradora, se houver, se esse Doente enviar um Pedido até o 240º dia após a primeira fatura de alta do Doente e o Pedido for aprovado pela Organização. O Doente será elegível para receber assistência financeira de até 100% se o Doente enviar o Pedido após o 240º dia após a primeira fatura de alta do Doente, mas o valor da assistência financeira disponível para um Doente nessa categoria será limitado ao saldo não pago do Doente após a consideração de todos os pagamentos feitos na conta do Doente. Um Doente elegível para esta categoria de assistência financeira não receberá mais do que as cobranças calculadas pelo AGB. O desconto na escala é o seguinte:
 - Doentes entre 251% FPL e 300% FPL receberão 90% de assistência
 - Doentes entre 301% FPL e 350% FPL receberão 85% de assistência
 - Doentes entre 351% FPL e 400% FPL receberão 84% de assistência
3. Sujeito às outras disposições desta Política de Assistência Financeira, Doentes com renda superior a 400% da FPL podem ser elegíveis para assistência financeira sob um “Teste de Meios” para descontos nas cobranças do Doente por serviços da Organização com base na dívida médica total do Doente. Doentes 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 Doente. O nível de assistência financeira fornecida de acordo com o Teste de Meios é o mesmo que é concedido a um doente com renda de 400% da FPL conforme o Parágrafo 2 acima, se esse Doente enviar um Pedido no ou antes do 240º dia após a primeira conta de alta e o Pedido for aprovado pela Organização. O Doente será elegível para receber assistência financeira com desconto no teste de meios se o Doente enviar o Pedido após o 240º dia após a primeira fatura de alta do Doente, mas o valor da assistência financeira disponível para um Doente nessa categoria será limitado ao saldo não pago do Doente após a consideração de todos os pagamentos feitos na conta do Doente. Um Doente elegível para esta categoria de assistência financeira não receberá mais do que as cobranças calculadas pelo AGB.
4. Um Doente pode não ser elegível para a assistência financeira descrita nos Parágrafos 1 a 3 acima, se for considerado que possui ativos suficientes para pagar de acordo com um “Teste de Ativos”. O Teste de Ativos envolve uma avaliação substantiva da capacidade de pagamento de um doente com base nas categorias de ativos medidas no Pedido do FAP. Um Doente com esses ativos que exceda 250% do valor da FPL desse Doente 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 Doente em preencher um pedido de assistência financeira (“Pedido do FAP”). Se o Doente receber tratamentos 100% gratuitos sem enviar um Pedido do FAP preenchido e apenas através de pontuação presuntiva, o valor da assistência financeira pela qual o Doente é elegível será limitado ao saldo não pago do Doente, após levar em consideração quaisquer pagamentos feitos na conta do Doente. Uma determinação de elegibilidade com base na pontuação presuntiva se aplica apenas ao episódio de tratamento para o qual a pontuação presuntiva é realizada.

- a. Com o objetivo de ajudar doentes que precisam de assistência financeira, o Ministério da Saúde pode utilizar terceiros para revisar as informações do doente e avaliar a elegibilidade para assistência financeira de 100%. Esta análise utiliza um modelo preditivo reconhecido pelo setor de saúde, baseado em bancos de dados de registros públicos. O modelo incorpora dados de registros públicos para calcular uma pontuação de capacidade socioeconômica e financeira que inclui estimativas de receita, ativos e liquidez. O conjunto de regras do modelo é projetado para avaliar cada doente com os mesmos padrões, e é calibrado com as aprovações históricas para tratamentos 100% gratuitos para o Ministério da Saúde. O modelo preditivo permite que o Ministério da Saúde avalie se um doente é característico de outros doentes e que historicamente se qualificaram para tratamentos 100% gratuitos sob o Pedido do FAP.
 - b. Após os esforços para confirmar a disponibilidade da cobertura, o modelo preditivo fornece um método sistemático para conceder tratamento presuntivo 100% gratuito para doentes com necessidades financeiras apropriadas. Quando a modelagem preditiva é a base da elegibilidade presuntiva, o tratamento 100% gratuito será concedido com base na pontuação dos serviços elegíveis apenas para datas retrospectivas do serviço.
 - c. Se o doente receber tratamentos 100% gratuitos sem enviar um Pedido do FAP preenchido e apenas através de pontuação presuntiva, o valor da assistência financeira pela qual o doente é elegível será limitado ao saldo não pago do doente, após levar em consideração quaisquer pagamentos feitos na conta do doente.
 - d. No caso de um doente não ser elegível sob o conjunto de regras de elegibilidade presumida, o doente ainda poderá ser considerado para assistência financeira mediante um Pedido do FAP.
6. Além da utilização do modelo preditivo descrito acima para assistência financeira presuntiva, a assistência financeira deve também ser fornecida no nível de tratamento 100% gratuito nas seguintes situações:
- a. Doentes falecidos nos quais o Ministério da Saúde verificou que não há bens imóveis nem cônjuge vivo
 - b. Doentes elegíveis da Medicaid de outro estado no qual o Ministério da Saúde não é um provedor participante e não pretende se tornar um provedor participante;

- c. Doentes elegíveis para outros programas de assistência do governo, como vale-refeição, moradia subsidiada e o Programa para Mulheres e Bebês (WIC);
 - d. Doentes beneficiários da Medicaid que recebem serviços não cobertos pela Medicaid;
 - e
 - e. Doentes beneficiários da Medicaid que esgotaram qualquer limite de permanência.
7. Para um Doente 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 Doente com base em uma revisão das informações de seguro do Doente e outros fatos e circunstâncias pertinentes.
8. Os Doentes elegíveis para assistência financeira podem receber uma taxa fixa nominal de até US\$ 20,00 por serviço recebido das Práticas do Ascension Medical Group pelos serviços. A taxa fixa nominal não excederá a taxa AGB pelos serviços.
9. O Doente 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 recepção 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 Doente. O processo para que Doentes e familiares recorram das decisões da Organização em relação à elegibilidade para assistência financeira é o seguinte:
- a. Os Recursos de Assistência Financeira podem ser enviados ao escritório da HOPE da Ascension St. Vincent (moradas abaixo). Os Doentes devem fornecer qualquer documentação adicional para fundamentar o motivo do recurso.

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193

- b. Todos os recursos serão considerados pelo Comitê de Recursos de assistência financeira da Organização e as decisões do comitê serão enviadas por escrito ao Doente ou à família que interpôs o recurso.

Outra assistência para doentes não elegíveis para assistência financeira

Os Doentes 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 Doentes Não Segurados que não são elegíveis para assistência financeira receberão um desconto com base no desconto concedido ao pagador mais bem pago 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 Doentes 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 doentes elegíveis para assistência financeira

Os Doentes elegíveis para Assistência Financeira não receberão, individualmente, mais do que o AGB, pelos tratamentos de emergência e outros cuidados medicamente 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 percentagens do cálculo do AGB pode ser obtida no sítio da Organização em <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> ou por escrito:

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193

Pedido de assistência financeira e outra assistência

O Doente pode ser elegível para assistência financeira através da elegibilidade presumida de pontuação ou pedindo assistência financeira através do preenchimento de um Pedido do FAP. O Pedido do FAP e as Instruções para o Pedido do FAP estão disponíveis no sítio da Organização em <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> ou por escrito:

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193

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 doente é considerado potencialmente elegível para assistência financeira (exceto quando elegível e aprovado por meio de pontuação presuntiva). O Doente pode ser negado assistência financeira se o Doente fornecer informações falsas em um Pedido do FAP ou em conexão com o processo de elegibilidade de pontuação presuntiva, se o doente 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 doente se recusar a trabalhar com um consultor financeiro para solicitar a Medicaid ou outros programas de assistência pública para os quais o doente é considerado potencialmente elegível para assistência financeira (exceto quando elegível e aprovado via pontuação presuntiva). A Organização pode considerar um Pedido do FAP preenchido 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 um Pedido do FAP preenchido mais de seis meses antes de qualquer data de determinação da elegibilidade.

Faturação e cobrança

As ações que a Organização pode executar em caso de não pagamento são descritas numa política separada de faturação e cobrança. Uma cópia gratuita da política de faturação e cobrança pode ser obtida no sítio da Organização em <https://healthcare.ascension.org/Billing/Florida> ou por escrito

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193

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