

Saint Thomas Health

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1 de julio de 2022

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de las organizaciones descritas a continuación de este párrafo (individualmente consideradas como 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 ayuda 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 Saint Thomas Health que operen bajo el nombre comercial de Ascension Saint Thomas:

Saint Thomas DeKalb Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas DeKalb; Saint Thomas Hickman Hospital, dba Ascension Saint Thomas Hickman; Saint Thomas Highlands Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas Highlands; Saint Thomas River Park Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas River Park; Saint Thomas Rutherford Hospital, dba Ascension Saint Thomas Rutherford; Saint Thomas Midtown Hospital; Saint Thomas Stones River Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas Stones River; Saint Thomas West, dba Ascension Saint Thomas Hospital, Ascension Saint Thomas Midtown, Ascension Saint Thomas West, Ascension Saint Thomas Three Rivers.

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.
- Con respecto a la atención de emergencia u otro tipo de atención necesaria por razones médicas, la “**suma facturada normalmente**” o “**AGB**” se refiere a la cantidad facturada por lo general a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

- “**Comunidad**” hace referencia a los doce (12) condados de Middle Tennessee que incluyen: Cannon, Davidson, Dekalb, Hickman, Rutherford, Warren, White, Montgomery, Putnam, Sumner, Williamson, Wilson, y Humphrey. 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 se considere “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 necesaria por razones médicas, dicha determinación también debe confirmarse por el médico que realizó la admisión o la remisión.
- “**Organización**” se refiere a Saint Thomas Health.
- “**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 250¹% 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 250²% del FPL pero que no exceden el 400³% 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 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:

Los pacientes entre el 251% FPL y el 300% FPL recibirán un 86% de asistencia

Los pacientes entre el 301% FPL y el 350% FPL recibirán un 81% de asistencia

Los pacientes entre el 351% FPL y el 400% FPL recibirán un 76% de asistencia

3. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, un Paciente con ingresos superiores al 400⁴% 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. Un 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 proporcionado de conformidad con la Prueba de Medios es el mismo que se concede a un Paciente con ingresos del 400¹⁰% del FPL de acuerdo con el párrafo 2 antes mencionado, siempre que dicho Paciente presente una solicitud antes de los 240 días siguientes a 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 en 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. 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% del monto 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 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 sean elegibles para recibir asistencia financiera se les podrá cobrar una tarifa plana nominal, pero la cantidad no podrá exceder la menor de las dos siguientes: a) AGB; o b) la mayor de las dos, \$20 o el 10% de la cantidad por la que el paciente será responsable a partir de la aplicación del seguro u otros pagos de terceros por los servicios. La tarifa plana nominal no excederá el cargo de la AGB por los servicios].⁵
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 se examinarán 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. El paciente puede enviar por fax la explicación de la apelación con la documentación de respaldo al (615) 222-7700 o escribir a Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department, P.O. Box 380 Nashville, TN 37202
 - b. Todas las apelaciones se considerarán 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 mencionan 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.
3. A pesar de que exista en esta política que establezca lo contrario, en ningún caso se le cobrará a un paciente no asegurado más del 175% del costo de los servicios recibidos, calculados según T.C.A. 68-11-262, con modificaciones ocasionales.

Limitaciones sobre el cobro a 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 AGB por el método “retroactivo”, que incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con el 501(r). Se puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y de los porcentajes en el sitio web de la Organización o a través de Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department, P O. Box 380 Nashville, TN 37202.

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 la presentación de una Solicitud de FAP completa. La solicitud de FAP y sus instrucciones están disponibles en el sitio web de la Organización o a través de Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department, P O. Box 380 Nashville, TN 37202. 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 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 con más de seis meses de antelación a 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. Se puede obtener una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro en el sitio web de la Organización o a través de Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department, P O. Box 380 Nashville, TN 37202.

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos correspondientes, debe cumplirse, interpretarse y aplicarse de acuerdo con el artículo 501(r), excepto en aquellos casos que se indiquen específicamente.