

ASCENSION SETON

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

July 1, 2019

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Esta es la política de **Ascension Seton** (la "Organización") a fin de garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia u otra atención médica necesaria en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para hacer frente a la elegibilidad de asistencia financiera para aquellos pacientes que necesitan recibir asistencia financiera y reciben atención de la Organización.

1. Toda la ayuda financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por 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 servicios de emergencia y otros servicios médicos necesarios que ofrece la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta política no se aplica a los acuerdos de pago de procedimientos electivos u otra atención que no sea de emergencia o, de otro modo, médicamente necesaria.
3. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera se proporciona una lista de proveedores que prestan servicios de atención dentro de las instalaciones de la Organización; en ella 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 de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud de este.
- “**Cantidad generalmente facturada**” o “**AGB**” se refiere, con respecto a la atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, a la cantidad facturada por lo general a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- “**Comunidad**” significa áreas geográficas, agrupadas por condados, que Ascension Seton usa para planificar en Central Texas: 1.) Centro: Condado de Travis, 2.) Sur: Condados de Hays y Caldwell, 3.) Norte: Condado de Williamson, 4.) Oeste: Condados de Burnet, Blanco y Llano, y 5.) Este: Condados de Bastrop, Fayette, Gonzales y Lee, y el Condado de San Saba.
- “**Atención de emergencia**” se refiere al parto o a una afección médica de gravedad tal que se podría esperar de manera razonable que la ausencia de atención médica inmediata provoque un riesgo grave a la salud del paciente (o del niño no nacido), un trastorno grave de las funciones corporales o la disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.
- “**Atención médicamente necesaria**” se refiere a la atención que se determina como

médicamente necesaria luego de la decisión de mérito clínico de un proveedor matriculado. 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 derivación.

- “**Paciente**” se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia o médicamente necesaria en la Organización y la persona financieramente responsable por la atención del paciente.
- “**Organización**” significa la Ascension Setons, la cual consta de los siguientes centros:
 - Dell Children’s Medical Center de Central Texas
 - Ascension Seton Medical Center Austin
 - University Medical Center Brackenridge
 - Ascension Seton Hays
 - Ascension Seton Williamson
 - Ascension Seton Northwest
 - Ascension Seton Southwest
 - Ascension Seton Edgar B. Davis
 - Ascension Seton Highland Lakes
 - Ascension Seton Shoal Creek
 - Ascension Seton Smithville
 - Dell Seton Medical Center en la University of Texas

Asistencia financiera provista

La asistencia financiera que se describe en esta sección se limita a los pacientes que viven en la comunidad que Ascension Seton definió para planificación en Texas Central, la cual está agrupada por condados: 1.) Centro: Condado de Travis, 2.) Sur: Condados de Hays y Caldwell, 3.) Norte: Condado de Williamson, 4.) Oeste: Condados de Burnet, Blanco y Llano, y 5.) Este: Condados de Bastrop, Fayette, Gonzales y Lee, y el Condado de San Saba.

1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250 % del nivel federal de pobreza ("FPL") serán elegibles para recibir atención de caridad al 100 % deducida en proporción a los cargos por los servicios por los cuales el paciente es responsable luego del pago de una aseguradora, en caso de corresponder.
2. Como mínimo, los Pacientes con ingresos por encima del 250 % del FPL pero que no superen el 400% de ese índice recibirán un descuento de escala móvil en proporción a los cargos de los servicios prestados por los que el Paciente es responsable luego del pago de la aseguradora, en caso de corresponder. A un paciente elegible para el descuento de escala móvil no se le cobrarán más que los costos calculados de AGB. Como tal, la parte del Paciente será la del arrendador del monto de AGB o la del monto de la escala móvil. El descuento basado en la escala variable es como se indica a continuación:

Los pacientes entre el 251 % del Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) y el 300 % del FPL recibirán el 95 % de asistencia.

Los pacientes entre el 301 % del FPL y el 351 % del FPL recibirán el 90 % de asistencia.

Los pacientes entre el 351 % del FPL y el 400 % del FPL recibirán el 85 % de asistencia.

3. Los pacientes con necesidades financieras demostradas con ingresos mayores al 400% del FPL pueden ser elegibles para una "Prueba de medios" y recibir un descuento de los cargos por servicios de la Organización, en función de una evaluación sustancial de su capacidad de pago. A un Paciente elegible para el descuento de "Prueba de medios" no se le cobrarán más que los cargos AGB calculados.
 - a. El monto que adeude el Paciente, después de que cualquiera/todos los financiadores hayan pagado, tiene que exceder el cincuenta por ciento (50 %) de los ingresos anuales del Paciente.
 - b. A fin de asegurarse de que la Asistencia Financiera no subvencione opciones de estilos de vida, para el cálculo del ingreso disponible se utilizarán los subsidios estándar de acuerdo con las normas de prueba de medios económicos federales y estatales para vestimenta, alimento, vivienda, servicios y transporte.
4. 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.
5. A los pacientes del hospital que sean elegibles para recibir el 100 % de los servicios de caridad se les puede cobrar una tarifa nominal fija de hasta \$30 para obtener servicios. La parte del paciente será la cantidad menor entre la cantidad generalmente facturada (Amount Generally Billed, AGB) o el monto de la tarifa nominal. La tarifa nominal fija no aplica al médico ni a las visitas/los servicios profesionales.
6. La elegibilidad para asistencia financiera puede determinarse en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de la calificación presunta para determinar la elegibilidad a pesar de que el solicitante no complete una solicitud de asistencia financiera ("Solicitud de FAP").
7. La elegibilidad para asistencia financiera debe determinarse a partir del saldo por el cual es responsable el paciente con necesidad financiera.
8. El siguiente es el proceso para que los Pacientes o familiares apelen las decisiones de la Organización respecto de la elegibilidad para la Asistencia Financiera:
 - a. Los pacientes y las familias pueden presentar una carta de apelación por escrito y enviarla por correo al departamento de Servicios Financieros para Pacientes. La carta de apelación debe incluir información financiera importante para reconsiderar la elegibilidad del Paciente para la Atención de caridad, que no haya sido considerada en la Solicitud de Asistencia Financiera original del Paciente. Además de la carta de apelación por escrito, los Pacientes y familiares deben incluir documentación de reconsideración de la información incluida en la carta de apelación. Sin la documentación apropiada, la consideración de la apelación se puede retrasar hasta que se reciba la documentación apropiada. La carta de apelación y la documentación de respaldo deben enviarse por correo a

los Servicios Financieros del Paciente, ubicados en 1345 Philomena Street, Suite 200, Austin, TX, 78745.

- b. Todas las apelaciones serán consideradas por el Comité de Apelaciones de Atención de Caridad al 100 % y Asistencia Financiera de la Ascension Seton y las decisiones del comité se enviarán por escrito al Paciente o familiar que haya presentado la apelación.

Otra ayuda para los pacientes que no califican 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 ofrecidos 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 Ascension Seton.

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 sobre derechos de los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

A los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará de manera individual más del AGB por emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria, y no más que los cargos en bruto por toda su atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB por el método "retroactivo" y 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). En cualquier área de admisión, se puede obtener a solicitud una copia gratuita de los porcentajes y la descripción de la estimación de los AGB. Los pacientes también pueden solicitar una copia gratuita del porcentaje y estimación de los AGB por correo llamando a Servicios Financieros para Pacientes al 512-324-1125 para solicitar que envíen una copia a la dirección de correo del paciente.

Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia

Un paciente puede calificar para recibir Asistencia Financiera por elegibilidad por calificación presunta o por solicitud de Asistencia Financiera, realizada mediante el envío de una Solicitud de

FAP completa. Puede denegarse la Asistencia Financiera a un paciente si este proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presunta. La Solicitud de FAP y las instrucciones para la Solicitud de FAP se pondrán a disposición a pedido del Paciente al momento del servicio. Si un Paciente desea solicitar la Asistencia Financiera después del/de los día/s de servicio, el Paciente puede acceder a la Solicitud de FAP y a las instrucciones para la Solicitud de FAP e imprimirlos directamente desde el sitio web de Ascension Seton. Los Pacientes también pueden solicitar una copia de la Solicitud de FAP y de las instrucciones para la Solicitud de FAP por correo. Para solicitar una copia de los documentos por correo, los Pacientes deberán llamar al departamento de Servicios Financieros del Paciente, al teléfono 512-324-1125. En cada uno de los lugares de acceso ya mencionados, la Solicitud de FAP y las instrucciones para la Solicitud de FAP se encuentran disponibles en inglés, español, chino, vietnamita, coreano y árabe.

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. Se puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro mediante. Los pacientes también pueden solicitar una copia gratuita de la política de facturación y cobro por correo postal. Para solicitar una copia del documento por correo postal, los pacientes deben comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes llamando al 512-324-1125.

Interpretación

Esta política está destinada a cumplir con 501(r), salvo que se indique lo contrario de manera específica. Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) salvo que se indique específicamente lo contrario.