

ASCENSION SAINT THOMAS REHABILITATION HOSPITAL

Atención de beneficencia 6 de enero de 2023

POLÍTICA/PRINCIPIOS

La política de Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital es garantizar una práctica justa desde el punto de vista social para proporcionar atención de emergencia y medicamento necesaria en sus centros. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para acceder a la ayuda económica destinada a pacientes que la necesitan y reciben atención en la Organización. *El término “Organización”* significa Saint Thomas Health.

1. Todas las prácticas de ayuda económica reflejarán nuestro compromiso con la dignidad humana individual y el bien común, y el respeto hacia estos, nuestra preocupación especial por las personas que viven en la pobreza y demás personas vulnerables, y la solidaridad para con ellas, y nuestro compromiso con la justicia y la administración distributivas.
2. Esta política se aplica a toda la atención de emergencia y medicamento necesaria provista por la Organización. No se aplica a los cargos de la atención que no es de emergencia ni medicamento necesaria.
3. En la lista de proveedores cubiertos por la Política de Ayuda Económica constan los profesionales que brindan atención en los centros de la Organización y se especifica quiénes están cubiertos por dicha política y quiénes no.

DEFINICIONES

A los fines de esta política, se aplican las siguientes definiciones:

- **501(r)**: este número hace referencia a la sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las reglamentaciones promulgadas en virtud de este.
- **Importe generalmente facturado o AGB**: con respecto a la atención de emergencia y medicamento necesaria, este término hace referencia al importe que suele facturarse a los individuos que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- **Comunidad**: este término hace referencia a los trece (13) condados de la región centro de Tennessee, que incluye los siguientes: Cannon, Davidson, DeKalb, Hickman, Rutherford, Warren, White, Montgomery, Putnam, Sumner, Williamson, Wilson y Humphrey. Se considerará que un Paciente es miembro de la Comunidad de la Organización si la atención de emergencia o medicamento necesaria que este necesita es la continuación de la atención de emergencia y medicamento necesaria recibida en otro centro de Ascension Health donde ha calificado para recibir ayuda económica para el pago de dicha atención.
- **Atención de emergencia**: este término hace referencia al trabajo de parto o a una afección de tal gravedad que la falta de atención médica inmediata podría derivar razonablemente en un peligro grave para la salud del paciente (o del niño por nacer), un impedimento grave en una función orgánica o una disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo.
Atención médicamente necesaria: este término se refiere a la atención que (1) es adecuada, esencial y coherente para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección que aqueja al Paciente; (2) es el suministro o nivel de servicio más adecuado para la afección del Paciente que

puede proporcionarse sin correr riesgos; (3) no es provista principalmente para la comodidad del Paciente, su familia, médico o cuidador; y (4) tiene más probabilidades de generar beneficios para el Paciente en lugar de daños. Para que la atención programada futura se considere “médicamente necesaria”, la atención y sus plazos deben estar aprobados por el director médico de la Organización (o por quien este designe). La determinación de la atención médicamente necesaria debe ser tomada por un proveedor con licencia que proporcione atención médica al Paciente y, a criterio de la Organización, por el médico que admite o remite al paciente, o el director médico u otro médico revisor (según el tipo de atención que se recomienda). En caso de que el médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es médicamente necesaria, la determinación también debe ser confirmada por el médico que admite o remite al paciente.

- **Organización:** este término hace referencia a Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital.
- **Paciente:** este término hace referencia a las personas que reciben atención de emergencia y médicamente necesaria en la Organización y a la persona que es económicamente responsable de la atención que reciba el paciente.

Ayuda económica provista

La ayuda económica que se describe en esta sección se limita a los Pacientes que viven en la Comunidad:

1. Sujetos a las demás disposiciones de esta Política de Ayuda Económica, los Pacientes cuyos ingresos sean inferiores o iguales al 250 % del nivel federal de pobreza (FPL) estarán en condiciones de acceder al 100 % de la atención de beneficencia de esa parte de los cargos correspondientes a los servicios que debe pagar al Paciente tras el pago de una aseguradora, si la hubiera, si se determina que este Paciente es elegible en virtud de un puntaje presunto (descrito en el quinto párrafo a continuación) o presenta una solicitud de ayuda económica (una “Solicitud”) el día 240 o antes tras la primera factura del alta y si la Organización la aprueba. El Paciente podrá recibir hasta el 100 % de ayuda económica si presenta la Solicitud después del día 240 tras la primera factura del alta, pero, en ese caso, el importe de la ayuda económica disponible para un Paciente de esta categoría se limita al saldo adeudado después de considerar los pagos realizados en la cuenta del Paciente. Si un Paciente está en condiciones de acceder a esta categoría de ayuda económica, no se le cobrarán más que los cargos de AGB calculados.
2. Sujetos a las demás disposiciones de esta Política de Ayuda Económica, los Pacientes cuyos ingresos sean superiores al 250 % del FPL pero que no superen el 400 % del FPL estarán en condiciones de acceder a un descuento variable en esa parte de los cargos correspondientes a los servicios que el Paciente debe pagar tras el pago de una aseguradora, si la hubiera, si este Paciente presenta una Solicitud el día 240 o después tras la primera factura del alta y la Organización la aprueba. El Paciente podrá acceder a la ayuda económica con descuento variable si presenta la Solicitud después del día 240 tras la primera factura del alta, pero, en ese caso, el importe de la ayuda económica disponible para un Paciente de esta categoría se limita al saldo adeudado por este después de considerar los pagos realizados en su cuenta. Si un Paciente está en condiciones de acceder a esta categoría de ayuda económica, no se le cobrarán más que los cargos de AGB calculados. El descuento variable es el siguiente:

Los Pacientes cuyos ingresos se encuentren entre el 251 % y el 300 % del FPL recibirán una ayuda del 95 %; aquellos cuyos ingresos se encuentren entre el 301 % y el 351 % del FPL recibirán una ayuda del 90 %; en el caso de quienes tengan ingresos de entre el 351 % y el 400 % del FPL, la ayuda será del 85 %.

3. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Ayuda Económica, un Paciente que tenga ingresos superiores al 400 % del FPL puede estar en condiciones de recibir ayuda económica en virtud de una “Prueba de Medios” para algunos descuentos en los cargos de servicios provistos por la Organización, según el total de su deuda médica. Un Paciente estará en condiciones de recibir ayuda económica de conformidad con la Prueba de Medios si tiene una deuda médica total excesiva, que incluye una deuda médica a Ascension y a cualquier otro proveedor de atención de la salud, por atención de emergencia y medicamento necesaria, que sea igual a los ingresos brutos del grupo familiar del Paciente o superior. El nivel de ayuda económica provisto de conformidad con la Prueba de Medios es el mismo que se otorga a un paciente cuyos ingresos son del 400 % del FPL en virtud del segundo párrafo anterior, si dicho Paciente presenta una Solicitud el día 240 o antes tras la primera factura del alta y la Organización la aprueba. El Paciente podrá acceder a la ayuda económica con descuento según la prueba de medios si presenta la Solicitud después del día 240 tras la primera factura del alta, pero, en ese caso, el importe de la ayuda económica disponible para un Paciente de esta categoría se limita al saldo adeudado por este después de considerar los pagos realizados en su cuenta. Si un Paciente está en condiciones de acceder a esta categoría de ayuda económica, no se le cobrarán más que los cargos de AGB calculados.
4. Un Paciente puede no estar en condiciones de recibir la ayuda económica descritas en el primer, segundo y tercer párrafo anteriores si se considera que posee suficientes recursos para pagar de conformidad con una “Prueba de Activos”. La Prueba de Activos incluye una evaluación real de la capacidad de pago del Paciente basada en las categorías de activos medidas en la Solicitud de FAP. Un Paciente cuyos activos excedan el 250 % de su importe de FPL no podrá acceder a la ayuda económica.
5. La elegibilidad para recibir la ayuda económica puede determinarse en cualquier momento del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de un puntaje presunto para un Paciente que tenga un saldo adeudado suficiente en el plazo de los primeros 240 días tras la primera factura del alta, a fin de determinar la elegibilidad para el 100 % de la atención de beneficencia, pese a la imposibilidad de que el Paciente complete una solicitud de ayuda económica (Solicitud de FAP). Si se le otorga al Paciente el 100 % de la atención de beneficencia sin que presente la Solicitud de FAP completa y mediante un puntaje presunto únicamente, el importe de la ayuda económica al que este puede acceder se limita al saldo impago después de considerar los pagos realizados en su cuenta. Una determinación de elegibilidad basada en un puntaje presunto solo se aplica al episodio de atención para el que se calcula dicho puntaje.
6. En el caso de un Paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran a la Organización “fuera de la red”, la Organización podrá reducir o denegar la ayuda económica que estaría a disposición del Paciente de otro modo, según un análisis de la información del seguro del Paciente y demás datos y circunstancias pertinentes.
7. El Paciente puede apelar una denegación de elegibilidad para recibir ayuda económica; para ello, debe proporcionarle información adicional a la Organización en el plazo de los catorce (14) días calendario de recibir la notificación de denegación. La Organización analizará todas las apelaciones para tomar una determinación final. Si en tal determinación se confirma la denegación previa de la Ayuda Económica, se le enviará al paciente una notificación por escrito. El proceso que deben iniciar el Paciente y las familias para apelar las decisiones de la Organización sobre la elegibilidad para recibir la ayuda económica es el siguiente:
 - a. Los Pacientes y las familias pueden enviar por correo una carta de apelación al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes. En esta carta, debe incluirse información económica que no se haya considerado en la Solicitud de Ayuda

Económica original presentada por el Paciente, que sea importante para reconsiderar la elegibilidad de este para recibir atención de beneficencia. Además de la carta de apelación, los Pacientes y las familias deben incluir documentación de la información de reconsideración. Sin la documentación adecuada, la consideración de la apelación puede demorarse hasta tanto se reciba la documentación correcta. La carta de apelación y la documentación respaldatoria deben enviarse por correo postal a la Organización, a la siguiente dirección: 310 21st Avenue North, Nashville, TN 37203.

8. El Comité de Apelaciones sobre Ayuda Económica de la Organización considerará todas las apelaciones presentadas, y las decisiones de este comité se informarán por escrito al Paciente o a la familia que presentó la apelación.

Otras ayudas para Pacientes que no reúnen los requisitos para recibir la ayuda económica

Los Pacientes que no reúnen los requisitos para recibir una ayuda económica, según se describe anteriormente, pueden calificar para acceder a otros tipos de ayuda ofrecida por la Organización. Con vistas a la completitud, se enumeran aquí estos otros tipos de ayuda, si bien no se basan en la necesidad y no tienen como fin estar sujetos a la sección 501(r), sino que se los incluye por cuestiones de practicidad para la comunidad a la que la Organización brinda servicios.

1. Los Pacientes sin seguro que no pueden acceder a la ayuda económica recibirán un descuento basado en el descuento otorgado por el responsable del pago que más paga para esa Organización. El responsable único del pago que más paga debe representar, como mínimo, al 3 % de la población de la Organización, medido por volumen o ingresos brutos de los pacientes. Si un responsable único del pago no representa ese nivel mínimo de volumen, deben promediarse más de un contrato de responsable del pago de modo que las condiciones de pago aplicadas para promediar representen al menos el 3 % del volumen del negocio de la Organización para ese año en particular.
2. Los Pacientes con y sin seguro que no reúnen los requisitos para recibir la ayuda económica pueden acceder a un descuento por pronto pago. Dicho descuento puede ofrecerse sumado al descuento para pacientes sin seguro descrito en el párrafo inmediatamente anterior.

Limitaciones en los cargos para Pacientes en condiciones de recibir ayuda económica

A los Pacientes que están en condiciones de recibir la Ayuda Económica no se les cobrará individualmente más del AGB para atención de emergencia y médicamente necesaria, y no más de los cargos brutos de todo el resto de atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes del AGB por medio del método “retrospectivo” e incluye la tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud que pagan reclamaciones a la Organización, de conformidad con la sección 501(r). En el sitio web de la Organización se puede obtener una copia de la descripción del cálculo de AGB y de los porcentajes; también se la puede solicitar en el área de admisión. Los Pacientes también pueden solicitar que se les envíe por correo postal a su dirección una copia gratuita del cálculo y porcentaje de AGB; para ello, deben llamar al 629-253-5300.

Solicitud de ayuda económica y otros tipos de ayuda

Un Paciente puede calificar para recibir ayuda económica mediante la elegibilidad del puntaje presunto o si presenta una Solicitud de FAP completa. La Solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes se encuentran en el sitio web de la Organización; también se pueden obtener en el momento del servicio. Si un Paciente desea solicitar ayuda económica después del día de servicio, puede obtener la Solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes e imprimirlas directamente desde el sitio web de Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital. Los Pacientes también pueden pedir que se les envíe por correo postal una copia de la Solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes. Para ello, deben llamar al 629-253-5300. En cada uno de los lugares accesibles mencionados, están disponibles la Solicitud de FAP y las instrucciones correspondientes en inglés, español, chino simplificado, chino tradicional, vietnamita, lao, coreano y árabe. La Organización exigirá a las personas sin seguro que se comuniquen con un asesor financiero para acceder a Medicaid u otros programas públicos de ayuda para los que el paciente puede ser elegible para acceder a ayuda económica (salvo cuando sea elegible y se lo apruebe mediante el puntaje presunto). Se le puede denegar la ayuda económica a un Paciente si este proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad por puntaje presunto, si el Paciente se niega a ceder las ganancias del seguro o el derecho a que una compañía de seguros pague directamente lo que está obligada a pagar por la atención provista, o si el Paciente se niega a consultar a un asesor financiero para solicitar los beneficios de Medicaid u otros programas públicos de ayuda para los que se lo considera posiblemente elegible para recibir la ayuda económica (salvo cuando sea elegible y esté aprobado mediante el puntaje presunto). La Organización podrá considerar una Solicitud de FAP completada menos de seis meses antes de una fecha de determinación de elegibilidad para decidir sobre la elegibilidad correspondiente a un episodio de atención actual. La Organización no considerará una Solicitud de FAP completada más de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad.

Facturación y cobros

Las medidas que puede tomar la Organización ante la falta de pago se describen en la Política de Facturación y Cobro aparte. En el sitio web de la Organización se puede obtener una copia de dicha política; también se la puede solicitar en el momento del servicio. Los pacientes también pueden pedir que se les envíe por correo postal una copia de la Política de Facturación y Cobro. Para ello, deben llamar al 629-253-5300.

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos pertinentes, tiene el objetivo de cumplir con la sección 501(r) y se la interpretará y aplicará de conformidad con esta, salvo cuando se lo indique específicamente de otro modo.