

Sacred Heart Health System, Inc
aka Sacred Heart Medical Group
aka Panhandle Emergency Physicians

Providence Health System, Inc
aka Providence Medical Group
aka Seton Medical Management

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de las entidades recién mencionadas (en adelante, la “Organización”) garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para recibir asistencia financiera por parte de los pacientes que la necesiten 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 acuerdos de pago de procedimientos electivos u otra atención que no sea de emergencia o necesaria por razones médicas.

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.
- “**Atención de emergencia**” hace referencia 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 derivar en 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 necesaria por razones médicas**” se refiere a la atención que se determina como médicamente necesaria luego de una determinación 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 necesaria por razones médicas, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que realizó la admisión o la derivación.
- “**Organización**” se refiere a las entidades mencionadas anteriormente.
- “**Paciente**” se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia o necesaria por razones médicas en la Organización y a las personas que sean financieramente responsables de la atención del paciente.

Asistencia financiera provista

1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250 % del nivel federal de pobreza (en adelante, el “FPL”) serán elegibles para recibir atención de caridad al 100 % deducida en proporción a la porción de los cargos por servicios de la cual sean responsables tras el pago de la compañía de seguro, si corresponde.
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 sobre la porción de los cargos por servicios prestados de la cual sean responsables tras el pago de la compañía de seguro, si corresponde. A un paciente elegible para el descuento de escala móvil no se le cobrará un importe superior a los cargos de la AGB calculados. El descuento de escala móvil es el siguiente:

Sacred Heart Hospital Pensacola
Tabla de cálculo de las pautas de pobreza del HHS del 2017*

Servicios hospitalarios							
Tamaño del hogar	FPL*	Atención de caridad		Programa de asistencia financiera***			No asegurados con medios para pagar
		0 a 200 %	a 250 %	a 300 %	a 350 %	a 400 %	> 400 %
1	\$12,060	\$24,120	\$30,150	\$36,180	\$42,210	\$48,240	
2	\$16,240	\$32,480	\$40,600	\$48,720	\$56,840	\$64,960	
3	\$20,420	\$40,840	\$51,050	\$61,260	\$71,470	\$84,680	
4	\$24,600	\$49,200	\$61,500	\$73,800	\$86,100	\$98,400	
5	\$28,780	\$57,560	\$71,950	\$86,340	\$100,730	\$115,120	
6	\$32,960	\$65,920	\$82,400	\$98,880	\$115,360	\$131,840	
7	\$37,140	\$74,280	\$92,850	\$111,420	\$129,990	\$148,560	
8**	\$41,320	\$82,640	\$103,300	\$123,960	\$144,620	\$165,280	
Clasificación		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5	No asegurado
Descuento		100 %	100 %	90 %	80 %	72%	51%
Solicitud de descuento	1) La asistencia financiera para los no asegurados y con medios para pagar se basa en los cargos totales. 2) El descuento para no asegurados se basa en el pasivo o en el saldo adeudado.						

* Basado en el Registro Federal/citación de documento: Registro Federal Vol. 82/26 de enero de 2017/págs. 8831-8832

* Vea <https://federalregister.gov/documents/2017/01/31/2017-02076/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

** Para cada persona adicional al 100 % de pobreza, agregue \$4180 (luego, de ser necesario, multiplíquelo por hasta 400 %).

*** El máximo adeudado por cualquier paciente por episodio de atención o cuenta es el 10 % del ingreso bruto del hogar.

Providence Hospital, Mobile AL
Tabla de cálculo de las pautas de pobreza del HHS del 2017*

Servicios hospitalarios							
Tamaño del hogar	FPL*	Atención de caridad		Programa de asistencia financiera***			No asegurados con medios para pagar
		0 a 200 %	a 250 %	a 300 %	a 350 %	a 400 %	> 400 %
1	\$12,060	\$24,120	\$30,150	\$36,180	\$42,210	\$48,240	
2	\$16,240	\$32,480	\$40,600	\$48,720	\$56,840	\$64,960	
3	\$20,420	\$40,840	\$51,050	\$61,260	\$71,470	\$84,680	
4	\$24,600	\$49,200	\$61,500	\$73,800	\$86,100	\$98,400	
5	\$28,780	\$57,560	\$71,950	\$86,340	\$100,730	\$115,120	
6	\$32,960	\$65,920	\$82,400	\$98,880	\$115,360	\$131,840	
7	\$37,140	\$74,280	\$92,850	\$111,420	\$129,990	\$148,560	
8**	\$41,320	\$82,640	\$103,300	\$123,960	\$144,620	\$165,280	
Clasificación		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5	No asegurado
Descuento		100 %	100 %	90 %	80 %	66%	66%
Solicitud de descuento	1) La asistencia financiera para los no asegurados y con medios para pagar se basa en los cargos totales. 2) El descuento para no asegurados se basa en el pasivo o en el saldo adeudado.						

* Basado en el Registro Federal/citación de documento: Registro Federal Vol. 82/26 de enero de 2017/págs. 8831-8832

* Vea <https://federalregister.gov/documents/2017/01/31/2017-02076/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

** Para cada persona adicional al 100 % de pobreza, agregue \$4180 (luego, de ser necesario, multiplíquelo por hasta 400 %).

*** El máximo adeudado por cualquier paciente por episodio de atención o cuenta es el 10 % del ingreso bruto del hogar.

- Los pacientes con necesidades financieras demostradas cuyos ingresos sean mayores al 400 % del FPL pueden ser elegibles para que se los considere mediante una "prueba de medios" para recibir un descuento de los cargos por los servicios de la Organización en función de una evaluación sustancial de su capacidad de pago. El máximo adeudado por cualquier paciente por episodio de atención o cuenta es el 10 % del ingreso bruto del hogar. A los pacientes elegibles para el descuento mediante la "prueba de medios" no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB.
- 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. 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").
6. La elegibilidad para recibir asistencia financiera debe determinarse para cualquier saldo del que sea responsable el paciente.
7. El proceso para pacientes y familiares para apelar las decisiones de una Organización con respecto a la elegibilidad para la asistencia financiera es el siguiente:
 - a. Todas las apelaciones deberán entregarse por escrito por correo a:
NRSC, director ejecutivo del ciclo de ingresos/asistencia financiera
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianápolis, IN 46290
 - b. Todas las apelaciones serán consideradas por el Comité de apelaciones de atención de caridad al 100 % y asistencia financiera de las entidades mencionadas anteriormente, 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 sean elegibles para recibir ayuda financiera según se describió anteriormente aún pueden calificar para recibir otros tipos de ayuda ofrecida 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 sirven las entidades mencionadas anteriormente. 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 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 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.

Limitaciones de los cargos de los 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 necesaria por razones médicas, ni montos superiores a los cargos brutos de toda la demás atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de la AGB mediante el método "retroactivo" e incluye el pago por servicio de Medicare y todas las compañías de seguro médico privadas que pagan reclamaciones a la Organización, de acuerdo con el Artículo 501(r). Se puede obtener una copia gratuita del cálculo AGB y del porcentaje llamando por teléfono a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

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. Puede denegarse la asistencia financiera a un paciente si proporciona información falsa en la Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad por puntuación presunta. La Solicitud de FAP y sus instrucciones están disponibles en línea en <https://sacred-heart.org/MedicalGroup/Patient-Billing>, en cualquier Departamento de inscripción de pacientes o por correo si llama a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Las siguientes pautas se utilizan para determinar una presunta elegibilidad:

- a. Con el fin de ayudar a los pacientes que necesitan asistencia financiera, la Organización puede utilizar a un tercero para examinar la información del paciente y evaluar la necesidad financiera. En esta revisión, se utiliza un modelo predictivo reconocido en el sector de la atención médica que está basado en los registros públicos almacenados en bases de datos. El modelo incorpora datos de registros públicos para calcular una puntuación de la capacidad socioeconómica y financiera que incluye cálculos aproximados de los ingresos,

los activos y la liquidez. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se calibra conforme a las aprobaciones históricas de asistencia financiera para la Organización. El modelo predictivo permite a la Organización evaluar si un paciente es característico de otros pacientes que han calificado históricamente para asistencia financiera conforme a la Solicitud de FAP.

- b. Después de los esfuerzos destinados a confirmar la disponibilidad de la cobertura, el modelo predictivo brinda un método sistemático para otorgar asistencia financiera presunta a los pacientes con necesidades financieras adecuadas. Cuando el modelado predictivo es la base de la elegibilidad presunta, se otorgará un descuento adecuado según la puntuación para los servicios elegibles para fechas de servicio retrospectivas únicamente. Para aquellos pacientes a quienes no se les otorgue la atención de caridad al 100 %, se generará una carta en la que se le notifique al paciente el nivel de asistencia financiera otorgada y se le impartan instrucciones sobre cómo apelar la decisión.
- c. Además del uso del modelo predictivo anteriormente descrito, también se proporcionará asistencia financiera presunta al nivel de atención de caridad al 100 % en las siguientes situaciones:
 - i. Pacientes fallecidos para los que la Organización ha verificado que no hay patrimonio ni cónyuge supérstite.
 - ii. Pacientes que son elegibles para Medicaid de otro estado en el que la Organización no es un proveedor participante y no tiene la intención de convertirse en un proveedor participante.
 - iii. Pacientes que califican para otros programas de ayuda gubernamental, como cupones de alimentos, vivienda subsidiada y el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés).

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 obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro si lo llama a Servicio al Cliente, 844-366-9666.

Interpretación

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

Información de contacto

Servicio al cliente:

844-366-9666

Equipo de asistencia financiera:

800-566-5050

Dirección de correo:

Representante de asistencia financiera de NRSC
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianápolis, IN 46290