



N.º de PROCEDIMIENTO: M-1 ASUNTO: Asistencia financiera para quien lo necesite

FECHA DE VIGENCIA: 1 de julio de 2004

FECHAS DE REVISIÓN: 23 de abril de 2007

9 de junio de 2010

3 de marzo de 2016

26 de abril de 2016

13 de junio de 2016

Jefe de Operaciones, Ascension Health

REFERENCIA A POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ASCENSION HEALTH:

<u>Política n.º 16</u>	Asistencia financiera para quien lo necesite y prácticas de facturación y cobro
<u>Política n.º 9</u>	Establecimiento de objetivos, planificación e información de beneficios para la comunidad
<u>Procedimiento n.º M-2</u>	Prácticas de facturación y cobro
<u>Procedimiento n.º M-3</u>	Establecimiento de objetivos, planificación e información de beneficios para la comunidad

Asunto

Conforme a su identidad y misión, Ascension Health está comprometida con los principios de la Enseñanza social católica. Este procedimiento está basado en el principio de la dignidad humana que reconoce el valor intrínseco de cada persona en virtud de su existencia como ser humano. El principio del bien común también es la base de este procedimiento, que promueve la colaboración en los bienes que tenemos en común para que cada persona pueda prosperar. Por último, el principio de la solidaridad con aquellos que viven en la pobreza procura identificarse con aquellos afectados por la pobreza, atender sus necesidades y abogar en su nombre. Este procedimiento establece el requisito de que cada ministerio de Ascension Health tenga una política eficaz de asistencia financiera. Cada una de nuestras prácticas de asistencia financiera de nuestro ministerio de salud 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. Cada Ministerio de salud debe asegurar que sus empleados y agentes se comporten de una manera que refleje las políticas y los valores de un centro patrocinado por el catolicismo, incluido el tratamiento de los pacientes y sus familias con dignidad, respeto y compasión.

Política de asistencia financiera

Ascension y Ascension Health tienen la intención, para ellas mismas y para cada ministerio de Ascension Health que provee atención médica ("Ministerio de salud" a los fines de este procedimiento), de cumplir con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los

reglamentos promulgados en virtud de este (en forma conjunta, "501(r)", según corresponda. Este procedimiento, junto con los Anexos A, B y C, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) salvo que se indique específicamente lo contrario. Asimismo, Ascension y Ascension Health tienen la intención de que las siguientes organizaciones (o acuerdos de facturación) que prestan servicios de atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios en cada Ministerio de salud también cumplan con 501(r):

- Centros hospitalarios con licencia del estado
- Organizaciones que operan un departamento de emergencia en nombre de un centro hospitalario
- Prácticas de médicos empleados
- Prácticas de médicos controladas por un Ministerio de salud
- Operaciones de empresas conjuntas en las que Ascension Health o cualquiera de sus subsidiarias directas o indirectas es el miembro controlador
- Proveedores con facturas para facturación según acuerdos
- Entidades sustancialmente relacionadas, lo que significa que
 - cualquier asociación (a los fines impositivos) en las que Ascension Health o cualquiera de sus subsidiarias directas o indirectas posee una participación en el capital o las ganancias, y brinda atención de emergencia o médicamente necesaria en un centro hospitalario
 - Una entidad excluida de la que Ascension Health o cualquiera de sus subsidiarias directas o indirectas es el único miembro que brinda atención de emergencia o médicamente necesaria en un centro hospitalario, pero excluida (incluso si dicha entidad también cumple con los criterios anteriores), sujeto a la aprobación escrita de exclusión del Director Financiero de Ascension Health y el Departamento Impositivo de Ascension,
 - cualquier entidad que Ascension Health considera que brinda dicha atención como un oficio o negocio no relacionado, o
 - una organización que está operada básicamente con fines educativos o científicos.

Para lograr este objetivo, los objetivos generales de este procedimiento y los objetivos de las Políticas 9 y 16 de Ascension Health, el Directorio de cada Ministerio de salud adoptará una Política de asistencia financiera ("FAP"), cuyo formulario se adjunta a este procedimiento como Anexo A. Los Ministerios de salud tendrán la facultad de personalizar determinados aspectos limitados de la FAP (p.ej., para cumplir con la ley estatal aplicable), sujetos a este procedimiento. Una vez finalizada la personalización, los mensajes o las notas al pie en cursiva que proporcionen instrucciones al Ministerio de salud se eliminarán de la versión de la FAP que se difundirá ampliamente. Sin embargo, se espera que todos los centros hospitalarios y otras organizaciones que estén sujetas a una autoridad específica de un Ministerio de salud adopten una FAP idéntica. Cuando apruebe la FAP, el Ministerio de salud también debe instruir que la FAP sea ratificada (y de este modo adoptada) por cada centro hospitalario y otra organización correspondiente bajo la autoridad de dicho Ministerio de salud. Para cada centro hospitalario, la FAP tendrá una fecha de vigencia anterior al 1 de julio de 2016, que también será la fecha de vigencia objetivo para otras organizaciones correspondientes.

Cada Ministerio de salud también asegurará que cada uno de sus centros hospitalarios mantenga,

y ponga a disposición a pedido, (1) una lista de todos los proveedores de servicio que brindan atención en el centro hospitalario y en la que se especifiquen cuáles están cubiertos por la FAP y cuáles no están cubiertos por la FAP, cuyo formulario se adjunta a este procedimiento como Anexo B, y (2) una descripción del cálculo de la cantidad generalmente facturada ("AGB") aplicable a dicho centro hospitalario, cuyo formulario se adjunta como Anexo C. Cada Ministerio de salud desarrollará y mantendrá su propio formulario de Solicitud de FAP (la "Solicitud de FAP") e instrucciones para su Solicitud de FAP (las "Instrucciones para la Solicitud de FAP"), que se publicarán y difundirán como se describe a continuación.

Elementos de la Política de asistencia financiera

Normas mínimas

1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250¹% 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. Se prevé que la atención de caridad al 100 % esté sujeta a 501(r), incluida, por ejemplo, la aplicación de la limitación de la AGB descrita a continuación.

2. Como mínimo, los pacientes con ingresos por encima del 250² % del FPL, pero que no superan el 400³ % 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 cobrará más que los costos calculados de AGB. La escala móvil será determinada por cada Ministerio de salud de conformidad con los principios establecidos en las Políticas 9 y 16 de Ascension Health. Se prevé que la asistencia financiera esté sujeta a 501(r), incluida, por ejemplo, la aplicación de la limitación de la AGB descrita a continuación.

3. 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"). La elegibilidad presunta puede basarse en una determinación previa de elegibilidad para FAP para dicho Paciente o basarse en información provista por este. En caso de que se determine que el Paciente es elegible para atención de caridad de menos del 100 %, entonces el Ministerio de salud debe notificar al Paciente los motivos para la determinación e informarle cómo solicitar una asistencia financiera más generosa. Al determinar la elegibilidad presunta, los Ministerios de salud deben utilizar las siguientes directrices:

- a. Con el fin de ayudar a los pacientes que necesitan asistencia financiera, un Ministerio de salud puede utilizar a un tercero para examinar la información del paciente y evaluar la necesidad financiera. Este examen utiliza un modelo predictivo reconocido en el sector de la atención médica fundamentado en bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora datos de registros públicos para calcular una

¹ Los Ministerios de salud pueden ajustar el umbral del 250 % más arriba, pero no más abajo, del costo de vida, utilizando el índice local de los salarios en comparación con el índice nacional de salarios.

² Según lo ajuste el Ministerio de salud por cualquier ajuste realizado en virtud de la nota al pie 1.

³ Los Ministerios de salud pueden ajustar el umbral del 400 % más arriba o más abajo del costo de vida utilizando el índice local de los salarios en comparación con el índice nacional de salarios.

puntuación de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones para ingresos, activos y liquidez. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente según los mismos estándares y se calibra con respecto a aprobaciones históricas de asistencia financiera para el Ministerio de salud. El modelo predictivo permite al Ministerio de salud 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 esfuerzos por confirmar la disponibilidad de 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 otorga la atención de caridad al 100 %, debe generarse una carta en la que se notifique al paciente el nivel de asistencia financiera otorgada y se impartan instrucciones sobre cómo apelar la decisión.
- c. En caso de que un paciente no califique según el conjunto de reglas de elegibilidad presunta, aún puede considerarse al paciente para la asistencia financiera conforme a una Solicitud de FAP.
- d. Además del uso del modelo predictivo antes descrito, también debe proporcionarse asistencia financiera presunta al nivel de la atención de caridad al 100 % en las siguientes situaciones:
 - i. Pacientes fallecidos para los que el Ministerio de salud ha verificado que no hay patrimonio ni cónyuge superviviente
 - ii. Pacientes que son elegibles para Medicaid de otro estado en el que el Ministerio de salud no es un proveedor participante y no tiene la intención de convertirse en un proveedor participante
 - iii. Pacientes que califican para otros programas de asistencia gubernamental, como cupones de alimentos, vivienda subsidiada y el Programa de mujeres, bebés y niños (WIC).

4. La elegibilidad para atención de caridad al 100 % debe determinarse a partir del saldo por el cual es responsable el paciente con necesidad financiera.

5. Cada Ministerio de salud desarrollará e incluirá dentro de su FAP una “Prueba de medios” mediante la cual un centro hospitalario u otra organización puede evaluar si un paciente con ingresos mayores al 400⁴% del FPL ha demostrado necesidades financieras y, por lo tanto, debe ser elegible para algún descuento de sus cargos por servicios. La Prueba de medios involucrará una determinación basada en los activos e ingresos elegibles, incluidos, por ejemplos, ingresos, obligaciones de facturas médicas, pagos de hipotecas, pagos de servicios, cantidad de miembros de la familia y consideraciones de discapacidad. La elegibilidad según la Prueba de medios puede determinarse en cualquier punto en el ciclo de ingresos y debe determinarse para cualquier saldo por el que es responsable el paciente. Se prevé que la asistencia financiera esté sujeta a 501(r), incluida, por ejemplo, la aplicación de la limitación de la AGB descrita a continuación.

⁴ Según lo determine el Ministerio de salud por cualquier ajuste realizado en virtud de la nota al pie 3.

6. Los pacientes no asegurados que no son elegibles para recibir la asistencia financiera descrita en los Párrafos 1, 2 o 5 anteriores recibirán un descuento en función del descuento aplicado a quien más pague por dicho Ministerio de salud. El mayor pagador debe ser responsable por al menos el 3 % de la población del Ministerio de salud 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 del Ministerio de salud para ese año determinado. No se prevé que este descuento para pacientes no asegurados esté sujeto a 501(r) (y, por lo tanto, no está sujeto a, entre otras cosas, la aplicación de la limitación de la AGB descrita a continuación) para un paciente que no es elegible para asistencia financiera según los Párrafos 1, 2 y 5 anteriores.

7. Los pacientes no asegurados que no son elegibles para la asistencia financiera descrita en los Párrafos 1, 2 o 5 anteriores pueden recibir un descuento por pronto pago. Un Ministerio de salud también puede extender un descuento por pronto pago similar a los pacientes asegurados que no son elegibles para la asistencia financiera descrita en los Párrafos 1, 2 o 5 anteriores solo después de que el jefe de atención administrada del Ministerio de salud haya determinado que pueden ofrecerse dichos descuentos conforme a todos los contratos de atención administrada aplicables. El descuento por pronto pago puede ofrecerse además del descuento sin seguro descrito en el Párrafo 6 anterior, pero el descuento por pronto pago provisto no debe, junto con el descuento sin seguro descrito en el Párrafo 6 anterior, superar los descuentos provistos a un paciente que calificaría para asistencia financiera según los Párrafos 1, 2 o 5 anteriores. No se prevé que el descuento por pronto pago esté sujeto a 501(r) (y, por lo tanto, no está sujeto a, entre otras cosas, la aplicación de la limitación de la AGB descrita a continuación) para un paciente que no es elegible para asistencia financiera según los puntos 1, 2 y 5 anteriores.

8. Cada Ministerio de salud debe establecer un proceso para pacientes y familiares para apelar la decisión de una organización con respecto a la elegibilidad para la asistencia financiera en línea con lo siguiente:

- a. Los pacientes y las familias, según corresponda, pueden apelar la decisión con respecto a la elegibilidad para la atención de caridad al 100 % o asistencia financiera si presentan una apelación por escrito, y se les debe recomendar que brinden información adicional para evaluar su caso.
- b. Las apelaciones deben ser recibidas inicialmente por Servicios Financieros para Pacientes para su revisión y preguntas de seguimiento, si corresponde.
- c. Entonces, un comité se reunirá todos los meses para examinar todas las apelaciones. Los miembros del comité deben incluir representación de Servicios Financieros para Pacientes, Integración de Misión, Administración de Casos/Servicios Sociales y Finanzas/CFO. Las apelaciones deben distribuirse a los miembros del comité antes de la reunión mensual para su examen.
- d. Un representante de Servicios Financieros para Pacientes debe estar presente en la reunión del comité para analizar cada caso y proporcionar información adicional que el paciente pueda haber brindado.
- e. El comité revisará la Solicitud de FAP del solicitante con atención especial a

- información y puntos adicionales provistos por el solicitante en el proceso de apelación.
- f. El comité puede aprobar, desaprobar o posponer la apelación. El comité puede posponer una apelación si se requiere información adicional según las preguntas formuladas durante el análisis de la apelación.
 - g. Servicios Financieros para Pacientes comunicará por escrito el resultado de la apelación al paciente o a los miembros de la familia.

Otros requisitos y excepciones⁵

1. Los Ministerios de salud pueden requerir que el no asegurado trabaje con un asesor financiero y solicite Medicaid u otros programas de asistencia pública para calificar para la atención de caridad al 100 %. Si un Ministerio de salud opta por aplicar este requisito, debe reflejarse como un requisito en la Solicitud de FAP aplicable o las Instrucciones de Solicitud de FAP.

2. Se aceptan otros programas que permiten programas de pagos "en paquete". Por ejemplo, muchos Ministerios de salud agrupan los cargos por atención prenatal y de parto en un precio "por paquete" para el no asegurado.

3. Puede cobrarse un monto nominal a los pacientes que califican para una atención de caridad al 100 %. La participación de las personas en la obligación financiera de su atención médica es recomendada por aquellos que trabajan con personas que viven en la pobreza dado que respeta su dignidad así como también a su sentido de responsabilidad. Si un Ministerio de salud opta por aplicar este requisito, debe reflejarse en la FAP correspondiente.

4. Se considerarán los grandes saldos de deducibles o coseguro cuando se determine la calificación para la atención de caridad al 100 %, asistencia financiera o descuento aplicable, sin perjuicio de la condición de asegurado del paciente.

5. Para un paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran que el Ministerio de salud está "fuera de la red", el Ministerio de salud 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. El Ministerio de salud debe considerar los hechos y circunstancias específicos del paciente para determinar si corresponde reducir o denegar la asistencia financiera, incluso si

- el paciente participa en un plan que brinda cobertura de atención médica para el servicio necesario y designa al Ministerio de salud como "fuera de la red".
- El Ministerio de salud, en la medida de lo posible, ha sido directo y transparente sobre las limitaciones de cobertura que pueden existir en la utilización de sus instalaciones o proveedores, reconociendo que las situaciones de emergencia pueden no permitir dicha comunicación.
- El paciente, aún a sabiendas, opta por utilizar el Ministerio de salud como un proveedor fuera de la red o centro de atención médica para dichos servicios.

⁵ Consulte también la Política n.º 16 de Ascension Health: Asistencia financiera para quien lo necesite y prácticas de facturación y cobro.

6. Ascension Health tiene la intención de que cada centro hospitalario haga que su FAP se aplique a las operaciones de la sala de emergencias, incluso si dichas operaciones se derivan a un tercero.

7. Aunque no están obligados a hacerlo, los Ministerios de salud pueden establecer límites geográficos al definir la comunidad atendida y limitar la asistencia financiera a aquellos que viven en la comunidad. Si un Ministerio de salud opta por imponer dicha limitación, entonces debe definirse la comunidad para incluir al menos la misma área reflejada en la definición de la comunidad de la Evaluación de necesidades de salud de la comunidad del Ministerio de salud.

8. Puede denegarse 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.

9. No puede denegarse la asistencia financiera a un paciente únicamente por la ciudadanía, la condición de inmigrante o la falta de un número de Seguro Social.

Resumen de la FAP

A fin de cumplir con 501(r), un centro hospitalario debe preparar un resumen en lenguaje simple de su FAP (el "Resumen de la FAP"), que debe difundirse ampliamente (según se describe a continuación) y debe proporcionarse a los pacientes como parte de los procesos de facturación y cobro del centro hospitalario, según pueda exigir el Procedimiento M-2 de Ascension Health. Para cumplir con 501(r), este Resumen de FAP debe notificar a las personas que el centro hospitalario ofrece asistencia financiera conforme a una FAP y debe proporcionar la siguiente información adicional:

- Una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y asistencia que se ofrece conforme a la FAP
- Un resumen breve de cómo solicitar asistencia conforme a la FAP
- La dirección del sitio web directo y las ubicaciones físicas donde la persona puede obtener copias de la FAP y la Solicitud de FAP
- Instrucciones de cómo la persona puede obtener una copia gratuita de la FAP y el formulario de Solicitud de FAP por correo
- Información de contacto (que incluye número de teléfono y ubicación física) de la oficina del centro hospitalario que puede brindar información sobre la FAP y de (A) la oficina o el departamento del centro hospitalario que puede brindar asistencia con el proceso de Solicitud de FAP; o (B) si el centro hospitalario no brinda asistencia con el proceso de Solicitud de FAP, al menos una organización sin fines de lucro o agencia gubernamental que el centro hospitalario haya identificado como una fuente disponible de información con las Solicitudes de FAP
- Una declaración de que se dispone de traducciones en otros idiomas de la FAP, la Solicitud de FAP y un resumen en lenguaje simple
- Una declaración de que a una persona elegible para asistencia financiera no se le puede cobrar más de la AGB por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria

El Resumen de la FAP debe presentar toda esta información en un lenguaje que sea claro, conciso y fácil de comprender.

Difusión generalizada de la FAP

Conforme a 501(r), cada centro hospitalario debe "difundir ampliamente" su FAP y otros documentos relacionados determinados. Cada Ministerio de salud debe asegurar que cada centro hospitalario bajo su autoridad dé los siguientes pasos:

- Difunda ampliamente su FAP (y, si están separados, la Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera, pero no el Cálculo de la cantidad generalmente facturada), la "Solicitud de FAP" y el "Resumen de la FAP" en el sitio web del centro hospitalario.
- Ponga a disposición fácilmente copias impresas de la FAP (y, si están separados, la Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera y el Cálculo de la cantidad generalmente facturada), la Solicitud de FAP y el Resumen de la FAP a pedido y sin cargo, tanto por correo como en áreas públicas del centro hospitalario (incluso, como mínimo, en la sala de emergencias, si hubiese, y las áreas de admisión).
- Notifique e informe a los miembros de la comunidad que atiende sobre la FAP de una manera calculada razonablemente para alcanzar a quienes más probablemente necesiten asistencia financiera.
- Notifique e informe a sus pacientes sobre la FAP al: (1) ofrecer copias impresas del Resumen de la FAP a los pacientes como parte del ingreso o alta; (2) incluir un aviso visible en el estado de cuenta de facturación sobre la disponibilidad de asistencia financiera, que incluya el número de teléfono y la dirección web donde puede encontrarse más información; y (3) colocar exhibidores públicos visibles o tomar otras medidas que razonablemente atraigan la atención de los pacientes, incluso, como mínimo, en la sala de emergencias y las áreas de admisión.

Asimismo, cada centro hospitalario debe poner a disposición estas notificaciones y documentos no solo en inglés, sino también para determinadas poblaciones con dominio limitado del inglés ("LEP"), lo que significa que un grupo con una población de LEP que supera las 1,000 personas o el 5 % de la comunidad a la que atiende el centro hospitalario, lo que fuese menor. El centro hospitalario puede determinar el porcentaje o la cantidad de personas de LEP en la comunidad del centro hospitalario o que probablemente el centro hospitalario afecte o encuentre con cualquier método razonable, pero en cualquier caso, que no sea incongruente con alguna determinación similar efectuada por el centro hospitalario en relación con su Evaluación de necesidades de la comunidad aplicable.

Política de atención médica de emergencia

Conforme a 501(r), un centro hospitalario también debe tener una política escrita que le exija brindar atención para afecciones médicas de emergencia a las personas, sin discriminación, sin perjuicio de si son elegibles conforme a la FAP. La política de EMTALA del hospital generalmente cumplirá con este requisito. Asimismo, la política de atención de emergencia debe prohibir que el hospital participe en actividades que desalienten a las personas a obtener atención

de emergencia, como la exigencia de un pago a los pacientes antes de brindar atención de emergencia. Cada Ministerio de salud debe garantizar que cualquier centro hospitalario bajo su autoridad haya adoptado una política adecuada de atención de emergencia.

Cálculo de la AGB

A los pacientes que son elegibles para asistencia financiera que está sujeta a 501(r), según se describe en los Párrafos 1, 2 y 5 (pero no los Párrafos 6 y 7) en *Elementos de la Política de asistencia financiera* anterior, no se les cobrará más que la AGB para emergencia y otra atención médicamente necesaria. El monto "cobrado" al paciente significa el monto que el paciente es personalmente responsable de pagar, después de aplicar todas las deducciones, los descuentos (incluso los descuentos a disposición según la FAP) y reembolsos de seguros. La AGB se determinará al multiplicar los cargos brutos para la atención por el porcentaje de la AGB correspondiente, que se calcula según lo descrito a continuación.

Cada centro hospitalario calculará su porcentaje de la AGB (o varios porcentajes de la AGB) de acuerdo con el método "retroactivo". Un centro hospitalario (i) calculará dos porcentajes de la AGB, uno para servicios de hospitalización y uno para servicios ambulatorios, (ii) un porcentaje de la AGB total, o (iii) calculará la AGB para los cargos basados en el centro hospitalario conforme a (i) o (ii), y también una AGB separada para servicios profesionales prestados en el centro hospitalario (p. ej., Ascension Medical Group). Los cálculos de la AGB deben actualizarse al menos anualmente, y el centro hospitalario debe comenzar a aplicarlos para el 120.º día posterior a la fecha de finalización del período de 12 meses que el centro hospitalario utilizó para calcular sus porcentajes de la AGB más recientes.

Los porcentajes de la AGB se calcularán al dividir la suma de los montos de todos los reclamos del centro hospitalario para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que hayan sido autorizados por el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privadas que paguen reclamos al centro hospitalario (ya sea por separado para servicios de hospitalización y ambulatorios, o en conjunto, según la metodología de la AGB que se utiliza) o las entidades de servicios profesionales pertinentes por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Los únicos reclamos que deben utilizarse con el fin de determinar los porcentajes de la AGB deben ser aquellos que permitiera un asegurador de salud durante el período de 12 meses anterior al cálculo del porcentaje de la AGB (en lugar de aquellos reclamos que corresponden a la atención brindada durante los 12 meses anteriores). Si el centro hospitalario está cubierto por el mismo acuerdo de proveedor de Medicare que otros centros hospitalarios, el centro hospitalario puede utilizar los mismos porcentajes de la AGB según los reclamos y cargos brutos para todos estos centros hospitalarios e implementar el porcentaje de la AGB en todos los hospitales. Además, si varios centros hospitalarios en el mismo Mercado del Ministerio que no comparten el mismo acuerdo de proveedor de Medicare desean utilizar los mismos porcentajes de la AGB para dichos hospitales (los porcentajes de la AGB pueden acumularse o separarse por servicios hospitalarios y ambulatorios), deben utilizar los porcentajes de la AGB más bajos calculados para todos los hospitales que tienen la intención de utilizar los mismos porcentajes de la AGB. Si la AGB para servicios profesionales prestados en los centros hospitalarios se calcula como una AGB separada, puede aplicarse como una AGB separada, ya sea para uno o varios centros hospitalarios, o los centros hospitalarios pueden utilizar los

porcentajes de la AGB más bajos calculados para los cargos basados en el centro hospitalario y los servicios profesionales. Si varios hospitales optan por utilizar los mismos porcentajes de la AGB, entonces la descripción del cálculo de la AGB en el Anexo C debe incluir una declaración para indicar que los porcentajes de la AGB que se aplicarán son más bajos que los porcentajes reales de la AGB calculados, incluidos los porcentajes de la AGB que efectivamente se aplicarán para calcular los cargos de los pacientes. Si se aplicará una AGB para servicios profesionales como un porcentaje separado de AGB, entonces la descripción del cálculo de la AGB del Anexo C debe indicar dicho porcentaje.

Cumplimiento de la ley estatal

Además de los requisitos de 501(r), determinados estados en los que se encuentran los centros hospitalarios pueden imponer requisitos adicionales a los centros hospitalarios en relación con la asistencia financiera provista a los pacientes. En la medida en que 501(r) y otros aspectos de esta política contradigan los requisitos de la ley estatal o sean incongruentes con estos, el centro hospitalario debe cumplir el mayor nivel de obligación impuesto por 501(r) o la ley estatal en tanto que eso también cumpla con las obligaciones del centro hospitalario según el estándar más bajo. En la medida en que los requisitos de la ley estatal se agreguen a los requisitos de esta política y 501(r), los centros hospitalarios deben cumplir con ambas series de obligaciones. Cada Ministerio de salud debe garantizar que la FAP o un procedimiento que acompañe incluya texto que considere cualquier requisito estatal aplicable adicional.

Anexo A

[INSERT NAME OF HEALTH MINISTRY]

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

[Insert Date on which the FAP was last updated]

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Esta es la política de [insert name of organization] (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**” se refiere a [each Health Ministry to insert definition that covers at least the same geographic area as the definition of Community for the Community Health Needs Assessment].
- “**Atención de emergencia**” se refiere a [each Health Ministry to insert definition from its EMTALA policy; if no EMTALA policy applies, the following definition can be used: care to treat a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical attention may result in serious impairment to bodily function, serious dysfunction of any bodily organ or part, or placing the health of the

individual in serious jeopardy].

- **“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.
- **“Organización”** se refiere a [insert name of organization].
- **“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.

Asistencia financiera provista

[Financial assistance described in this section is limited to Patients that live in the Community:]⁶

1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250⁷ % 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 250⁸ % del FPL pero que no superan el 400⁹ % 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 cobrará más que los costos calculados de AGB. El descuento de escala móvil es el siguiente:

[Each Health Ministry to insert details of the sliding scale discount.¹⁰]

3. Los pacientes con necesidades financieras demostradas con ingresos mayores al 400¹¹ % 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. [Detail regarding Means Test to be added by Health Ministry.] A un paciente elegible para el descuento de la "Prueba de medios" no se le cobrará más que los costos calculados AGB.
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

⁶ Solo los Ministerios de salud que optan por limitar la asistencia financiera a personas que viven en la comunidad deben incluir este texto.

⁷ Los Ministerios de salud pueden ajustar el umbral del 250 % hacia arriba, pero no hacia abajo. (Los ajustes deben ser uniformes en todo el Ministerio de salud, en lugar de hacerlo a nivel de establecimiento hospitalario).

⁸ Según lo determine el Ministerio de salud por cualquier ajuste realizado en virtud de la nota al pie 5.

⁹ Los Ministerios de salud pueden ajustar el umbral del 400 % más arriba o más abajo del costo de vida utilizando el índice local de los salarios en comparación con el índice nacional de salarios.

¹⁰ La escala móvil será determinada por cada Ministerio de salud de conformidad con las directrices establecidas en el Procedimiento M-1 de Ascension Health.

¹¹ Según lo determine el Ministerio de salud por cualquier ajuste realizado en virtud de la nota al pie 9.

revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.

5. [Patients that are eligible for 100% charity care may be charged a nominal flat fee of up to \$[insert maximum amount of flat fee] para los servicios].¹²
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 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. [Organization to insert brief instructions as to where a Patient or family can appeal the Organization's decision regarding eligibility for 100% charity care or financial assistance, and whether a specific appeal form or other documentation is required.]
 - b. Todas las apelaciones serán consideradas por el comité de apelaciones de atención de caridad al 100 % y asistencia financiera de [insert name of Organization], y las decisiones del Comité se enviarán por escrito al paciente o al familiar que presentó 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 [insert name of Organization].

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

¹² A ser incluido si la Organización cobra una tarifa plana y se lo revisa para reflejar las prácticas de la Organización.

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). Se puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo AGB y de los porcentajes mediante [insert method of obtaining the AGB calculation].

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 envío de una Solicitud de FAP completa. Puede denegarse 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. Se encuentran disponibles las Instrucciones de Presentación de Solicitud de FAP y la Solicitud de FAP [insert instructions as to how the FAP Application and FAP Application Instructions can be obtained in compliance with Procedure M-1].¹³

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 [insert method of obtaining the policy].

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.

¹³ Cada Ministerio de salud tiene permitido utilizar sus propias instrucciones de presentación de Solicitud de FAP y su propia Solicitud de FAP para documentar los ingresos y los gastos (salvo en casos en que un paciente cumpla con los criterios de elegibilidad presunta). Tanto la Política de asistencia financiera (FAP) como la Solicitud de FAP deben describir al paciente la información y la documentación que requiera la Organización y proporcionar información de contacto, incluidos el número de teléfono y la ubicación física de las oficinas o departamentos de los centros hospitalarios que puede(n) proporcionar información acerca de la FAP, y ayudar con el proceso de presentación de la Solicitud de FAP. Si correspondiera, la FAP también debe incluir (a) una lista de la información que se obtiene de fuentes distintas a un individuo en busca de asistencia financiera que utiliza las instalaciones del hospital, y (B) si se utilizan las determinaciones de elegibilidad de FAP anteriores y en qué circunstancias, para determinar si el individuo es presuntamente elegible según la FAP.

Anexo B

[INSERT NAME OF HEALTH MINISTRY]

**LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA
FINANCIERA**

[Insert date on which the list below was last updated]

De acuerdo con Reg. Sec. 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) y el Aviso 2015-46, en esta lista se especifica qué proveedores de emergencia y atención médicamente necesaria brindada en el centro hospitalario están cubiertos por la Política de asistencia financiera (FAP). Los procedimientos electivos y otra atención que no sea atención de emergencia o, de otro modo, médicamente necesaria no están cubiertos por la FAP para algunos proveedores.

<u>Proveedores cubiertos por FAP</u>	<u>Proveedores no cubiertos por FAP</u>

[Each organization adopting a FAP must complete the list with respect to its facility and its applicable service providers and update it at least quarterly.]

Anexo C

[INSERT NAME OF HEALTH MINISTRY]

CÁLCULO DE LA CANTIDAD GENERALMENTE FACTURADA

[Insert date on which the AGB calculations were last updated]

[Use the following language if the hospital is calculating on aggregate AGB percentage.]

[Insert name of Organization] calcula un porcentaje AGB por el método "retroactivo" e 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 Reg. Sec. 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii) del IRS. Los detalles de dicho cálculo y el porcentaje de la AGB se describen a continuación.

El porcentaje de la AGB para [Insert name of Organization] es el siguiente:

AGB: [insert AGB calculation]

Este porcentaje de la AGB se calcula al dividir la suma de los montos de todos los reclamos del centro hospitalario para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que hayan permitido los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privadas que paguen reclamos al centro hospitalario por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Los únicos reclamos que se utilizan con el fin de determinar la AGB deben ser aquellos que permitiera un asegurador de salud durante el período de 12 meses anterior al cálculo de la AGB (en lugar de aquellos reclamos que corresponden a la atención brindada durante los 12 meses anteriores).

[Add the following language if multiple hospitals in the same Ministry Market that do not share the same Medicare provider agreement are using the same AGB percentage and the AGB percentage being used is lower than the AGB percentage calculated for the Organization.]

Sin perjuicio del cálculo de la AGB precedente, [Insert name of Organization] ha optado por aplicar un porcentaje de la AGB más bajo de la siguiente manera:

AGB: [insert applicable AGB calculation]

[Use the following language if the hospital is calculating one aggregate AGB percentage for inpatient and outpatient services but calculates a separate AGB for professional fees.]

[Insert name of Organization] calcula dos porcentajes AGB: uno para cargos del centro hospitalario y uno para honorarios profesionales, ambos mediante el método "retroactivo" y que incluye los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, de acuerdo con Reg Sec. 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-

5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii) del IRS. Los detalles de dichos cálculos y los porcentajes de la AGB se describen a continuación.

Los porcentajes de la AGB para [Insert name of Organization] son los siguientes:

AGB para cargos del centro hospitalario:

AGB para honorarios profesionales de los médicos:

Estos porcentajes de la AGB se calculan al dividir la suma de los montos de todos los reclamos del centro hospitalario para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que hayan autorizado los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privadas que paguen reclamos al centro hospitalario (por separado para los cargos del centro y los servicios profesionales) por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Los únicos reclamos que se utilizan con el fin de determinar la AGB deben ser aquellos que permitiera un asegurador de salud durante el período de 12 meses anterior al cálculo de la AGB (en lugar de aquellos reclamos que corresponden a la atención brindada durante los 12 meses anteriores).

[Add the following language if multiple hospitals in the same Ministry Market that do not share the same Medicare provider agreement are using the same (and only one) AGB percentage and the AGB percentage being used is lower than the AGB percentages calculated for the Organization.]

Sin perjuicio de los cálculos de la AGB precedentes, [Insert name of Organization] ha optado por aplicar un porcentaje de la AGB más bajo de la siguiente manera:

AGB: [insert applicable AGB calculation]

[Alternatively, add the following language if multiple hospitals in the same Ministry Market that do not share the same Medicare provider agreement are using the same AGB percentage and the AGB percentage being used is lower than the AGB percentages calculated for the Organization, but will continue to apply a separate AGB percentage for professional fees.]

Sin perjuicio de los cálculos de la AGB precedentes, [Insert name of Organization] ha optado por aplicar porcentajes de la AGB más bajos de la siguiente manera:

AGB para cargos del centro hospitalario:

AGB para honorarios profesionales de los médicos:

[Use the following language if the hospital is calculating separate inpatient and outpatient AGB percentages.]

[Insert name of Organization] calcula dos porcentajes AGB: uno para servicios de hospitalización y uno para servicios ambulatorios, ambos mediante el método "retroactivo" y que incluye los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, de acuerdo con Reg Sec. 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-

5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii) del IRS. Los detalles de dichos cálculos y los porcentajes de la AGB se describen a continuación.

Los porcentajes de la AGB para [Insert name of Organization] son los siguientes:

Servicios de hospitalización: [insert AGB calculation]

Servicios ambulatorios: [insert AGB calculation]

Estos porcentajes de la AGB se calculan al dividir la suma de los montos de todos los reclamos del centro hospitalario para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que hayan autorizado los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privadas que paguen reclamos al centro hospitalario (por separado para los servicios de hospitalización y ambulatorios) por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Los únicos reclamos que se utilizan con el fin de determinar la AGB deben ser aquellos que permitiera un asegurador de salud durante el período de 12 meses anterior al cálculo de la AGB (en lugar de aquellos reclamos que corresponden a la atención brindada durante los 12 meses anteriores).

[Add the following language if multiple hospitals in the same Ministry Market that do not share the same Medicare provider agreement are using the same AGB percentage(s) and the AGB percentages being used are lower than the AGB percentages calculated for the Organization.]

Sin perjuicio de los cálculos de la AGB precedentes, [Insert name of Organization] ha optado por aplicar porcentajes de la AGB más bajos de la siguiente manera:

Servicios de hospitalización: [insert applicable AGB calculation]

Servicios ambulatorios: [insert applicable AGB calculation]

[Use the following language if the hospital is calculating separate inpatient and outpatient AGB percentages and also calculates a separate AGB for professional fees.]

[Insert name of Organization] calcula tres porcentajes AGB: uno para servicios de hospitalización, uno para servicios ambulatorios y uno para honorarios profesionales, todos con el método "retroactivo" y que incluye los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, de acuerdo con Reg Sec. 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii) del IRS. Los detalles de dichos cálculos y los porcentajes de la AGB se describen a continuación.

Los porcentajes de la AGB para [Insert name of Organization] son los siguientes:

AGB para cargos de hospitalización del centro hospitalario:

AGB para cargos ambulatorios del centro hospitalario:

AGB para honorarios profesionales de los médicos:

Estos porcentajes de la AGB se calculan al dividir la suma de los montos de todos los reclamos del centro hospitalario para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que hayan autorizado los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privadas que paguen reclamos al centro hospitalario (por separado para los cargos del centro de hospitalización, cargos del centro ambulatorio y servicios profesionales) por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Los únicos reclamos que se utilizan con el fin de determinar la AGB deben ser aquellos que permitiera un asegurador de salud durante el período de 12 meses anterior al cálculo de la AGB (en lugar de aquellos reclamos que corresponden a la atención brindada durante los 12 meses anteriores).

[Add the following language if multiple hospitals in the same Ministry Market that do not share the same Medicare provider agreement are using the same inpatient and outpatient AGB percentages and the AGB percentages being used are lower than the AGB percentages calculated for the Organization.]

Sin perjuicio de los cálculos de la AGB precedentes, [Insert name of Organization] ha optado por aplicar porcentajes de la AGB más bajos de la siguiente manera:

Servicios de hospitalización: [insert AGB calculation]

Servicios ambulatorios: [insert AGB calculation]

[Alternatively, add the following language if multiple hospitals in the same Ministry Market that do not share the same Medicare provider agreement are using the same AGB percentage and the AGB percentage being used is lower than the AGB percentages calculated for the Organization, but will continue to apply a separate AGB percentage for professional fees.]

Sin perjuicio de los cálculos de la AGB precedentes, [Insert name of Organization] ha optado por aplicar porcentajes de la AGB más bajos de la siguiente manera:

AGB para cargos de hospitalización del centro hospitalario:

AGB para cargos ambulatorios del centro hospitalario:

AGB para honorarios profesionales de los médicos: