

**St. Vincent Health**  
*St. Vincent Randolph Hospital, Inc.*

**POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**  
10/01/17

**POLÍTICA/PRINCIPIOS**

Esta es la política de St. Vincent Randolph Hospital, Inc (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.
- “**Atención de emergencia**” se refiere a atención para tratar una afección médica que se manifieste mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor severo) tal que la ausencia de atención médica inmediata pueda generar un trastorno grave de la función corporal, disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo o poner en serio riesgo la salud del sujeto.
- “**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 St. Vincent Randolph Hospital, Inc.
- “**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

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 superan 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 cobrará más que los costos calculados de AGB. El descuento de escala móvil es el siguiente:

| Tabla de cálculo según las Pautas de Pobreza para 2017 del Departamento de Salud y Servicios Humanos*  |  |                          |            |   |            |            |  |
|--|--|--------------------------|------------|---|------------|------------|--|
| Servicios hospitalarios  |  |                          |            |   |            |            |  |
| Tamaño de la familia   | Nivel federal de pobreza*  | Atención caritativa (CC) |            | Programa de asistencia financiera (FAP)** |            |            | Personas sin seguro con recursos para pagar***, ****<br><br>> 400% |
|  |  | 0% hasta 138%            | Hasta 250% | Hasta 300%                                | Hasta 350% | Hasta 400% |  |
| 1  | \$ 12,060  | \$ 16,643                | \$30,150   | \$36,180                                  | \$42,210   | \$48,240   |  |
| 2  | \$ 16,240  | \$ 22,411                | \$40,600   | \$48,720                                  | \$56,840   | \$64,960   |  |
| 3  | \$ 20,420  | \$ 28,180                | \$51,050   | \$61,260                                  | \$71,470   | \$81,680   |  |
| 4  | \$ 24,600  | \$ 33,948                | \$61,500   | \$73,800                                  | \$86,100   | \$98,400   |  |
| 5  | \$ 28,780  | \$ 39,716                | \$71,950   | \$86,340                                  | \$100,730  | \$115,120  |  |
| 6  | \$ 32,960  | \$ 45,485                | \$82,400   | \$98,880                                  | \$115,360  | \$131,840  |  |
| 7  | \$ 37,140  | \$ 51,253                | \$92,850   | \$111,420                                 | \$129,990  | \$148,560  |  |
| 8**  | \$ 41,320  | \$ 57,022                | \$103,300  | \$123,960                                 | \$144,620  | \$165,280  |  |
| Clasificación  |  | CCI                      | CC2        | FAP3                                      | FAP4       | FAP5       | Pago a cargo del paciente  |
| Descuento  |  | 100%                     | 100%       | 90%                                       | 80%        | 70%        | 40%****  |
| Solicitud de descuento   | 1) El descuento de asistencia financiera para personas sin seguro y con recursos para pagar se basa en los cargos totales. |                          |            |   |            |            |  |
|  | 2) El descuento para quienes tienen seguro se basa en la responsabilidad del paciente o el saldo a pagar.                  |                          |            |   |            |            |  |
|  | 3) El nivel de ingresos está basado en los ingresos anuales de la familia.   |                          |            |   |            |            |  |
| *Basado en el Registro Federal / Cita del documento: Registro Federal, Vol. 82, 26 de enero de 2017, págs. 8831 - 8832.  |  |                          |            |   |            |            |  |
| * Consultar <a href="https://www.federalregister.gov/documents/2017/01/31/2017-02076/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines">https://www.federalregister.gov/documents/2017/01/31/2017-02076/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines</a> .  |  |                          |            |   |            |            |  |
| ** Para cada persona adicional que se encuentre en un 100% de pobreza, se debe agregar un monto de \$4180 (y luego, si fuese necesario, se multiplicará según corresponda hasta el 400%).  |  |                          |            |   |            |            |  |
| ***El máximo adeudado por cualquier paciente por episodio de atención o cuenta es del 10% de los ingresos brutos de la familia.  |  |                          |            |   |            |            |  |
| **** El descuento por pago a cargo del paciente constituye otro tipo de ayuda para quienes no cumplan los requisitos para obtener asistencia financiera y no pretende estar sujeto al Artículo 501(r), pero se incluye aquí para la comodidad de la comunidad a la que se presta servicio. |  |                          |            |   |            |            |  |

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. 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. Lo máximo que adeude cualquier paciente por episodio de atención o por cuenta será el 10 % del ingreso doméstico bruto. 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 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 asistencia financiera debe determinarse a partir del saldo por el cual es responsable el paciente con necesidad financiera.
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 mediante correo a: St. Vincent Health, Vice President of Revenue Cycle, 10330 North Meridian Street, Suite 220, Indianapolis, IN 46290.
  - b. Todas las apelaciones serán consideradas por el comité de apelaciones de atención de caridad al 100 % y asistencia financiera de St. Vincent Health, 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 St. Vincent Health.

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.

## **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). Se puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo AGB y de los porcentajes mediante en [www.stvincent.org](http://www.stvincent.org), visitando cualquier departamento de Registro de Paciente o vía correo, llamando a nuestro Departamento de Servicio al cliente.

## **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 disponible en [www.stvincent.org](http://www.stvincent.org), visitando cualquier departamento de Registro de Paciente o vía correo, llamando a nuestro Departamento de Servicio al cliente.

Las siguientes indicaciones se utilizan para determinar la elegibilidad presunta:

- 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. 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 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 la Organización. El modelo predictivo permite que la Organización evalúe si un Paciente presenta características de otros pacientes que hayan calificado históricamente para la Asistencia Financiera conforme la Solicitud de FAP.
- b. Luego de los esfuerzos por confirmar la disponibilidad de la cobertura, el modelo predictivo brinda un método sistemático para conceder Asistencia Financiera presunta a los pacientes con necesidades financieras adecuadas. Cuando el modelado predictivo sea la base de la elegibilidad presunta, se otorgará un descuento adecuado según la puntuación para los servicios elegibles, únicamente para fechas de servicio retrospectivas. Para los pacientes a los que no se les otorgue el 100 % de la atención de caridad, se generará una carta para notificar al Paciente sobre el nivel de Asistencia Financiera que se le otorgó y para brindarle instrucciones para que pueda apelar la decisión.
- c. Además del uso del modelo predictivo señalado más arriba, la Asistencia Financiera presunta también se proveerá al 100 % del nivel de atención de caridad en las siguientes situaciones:
  - i) Pacientes fallecidos, cuando la Organización haya verificado que no hay patrimonio ni cónyuge superviviente.
  - ii) Pacientes que son elegibles para Medicaid de otro estado en el que la Organización no sea un proveedor participante y no tenga 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).

### **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 visitando cualquier departamento de Registro de Paciente o vía correo, llamando a nuestro Departamento de Servicio al cliente.

### **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.

### **Información de contacto**

**St. Vincent Randolph Hospital, Asesor financiero:** 765-584-0431

**Número de teléfono gratuito de Servicio al cliente:** 866-435-2078

#### **Dirección de correo postal:**

St. Vincent Health, Customer Service Dept.

10330 North Meridian Street, Suite 200,

Indianapolis, IN 46290

**Anexo A**

**St. Vincent Randolph Hospital**

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

10/01/17

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> |
|--|---|
| All St. Vincent Medical Group Physicians | MUHAMMAD ATIF MD                        |
| All St. Vincent Employed Physicians      | ROHIT BAWA MD                           |
| Richmond Radiology Physicians            | JEFFREY MORTON BLAKE MD                 |
| Indiana Emergency Physicians             | LARRY L BLANKENSHIP MD                  |
|  | ARTHUR R BOERNER MD                     |
|  | STEPHEN BOYLE MD                        |
|  | HERMAN BURGERMEISTER MD                 |
|  | JONATHAN SUWAN CHAE MD                  |
|  | MARC L COHEN MD                         |
|  | ANGELA J CROUSE NP                      |
|  | LEO T D'AMBROSIO MD                     |
|  | GARY D DAVIS MD                         |
|  | BRIAN SCOTT DEAN DO                     |
|  | CURTIS K DEASON MD                      |
|  | STEPHANIE BROOKE ECKERLE PA-C           |
|  | JOSEPH HOWARD FELLER MD                 |
|  | BRADFORD W FENTON MD                    |
|  | FRANK NUNZIO FIORITO MD                 |
|  | ADAM J FISCH MD                         |
|  | ROBERT G FLEMING MD                     |
|  | ELIZABETH A FOSTER PA-C                 |
|  | MATTHEW G GENTRY MD                     |
|  | MAHESH C GOEL MD                        |
|  | BRUCE M GRAHAM MD                       |

|  |                             |
|--|-----------------------------|
|  | RENEE VANWINKLE GREEN CRNA  |
|  | JEFFREY L HAIST MD          |
|  | JAYSON CORY HARTMAN PA-C    |
|  | ROBIN A HELMUTH MD          |
|  | CRAIG E HERRMAN MD          |
|  | JEFFREY W HILBURN MD        |
|  | STEPHEN J HORNAK MD         |
|  | JUGNOO HUSAIN MD            |
|  | ALLEN B JOSEPH MD           |
|  | DAVID A JOSEPHSON MD        |
|  | KATHERINE T KOBZA MD        |
|  | BRETT T KREPPS MD           |
|  | SAMUEL DOUGLAS KRUTZ MD     |
|  | MARIO A LEE MD              |
|  | RAYMOND J LOFFER MD         |
|  | ANITA R MARTIN MD           |
|  | MATTHEW R MARTIN PA-C       |
|  | CYNTHIA K MCGARVEY MD       |
|  | KUIMIL K MOHAN MD           |
|  | CHRISTOPHER G NEHER MD      |
|  | JOSHUA S NEUCKS MD          |
|  | ONYEKACHI U NWABUKO MD      |
|  | CHRISTOPHER J PEERS MD      |
|  | TONEE PIERONI LNP           |
|  | CHRISTOPHER R PRUITT PA-C   |
|  | NARAHARISSETTY ARUNA RAU MD |
|  | CHAD ALLEN REED DO          |
|  | TOD REED DPM                |
|  | DANA H REIHMAN MD           |
|  | CHRISTOPHER P ROCCO MD      |
|  | RAVI R SARIN MD             |

|  |                           |
|--|---------------------------|
|  | KEVIN T SCRIPTURE MD      |
|  | MICHAEL A SERMERSHEIM MD  |
|  | ALLEN E SHEPHERD MD       |
|  | MILTON G SMITH MD         |
|  | TIPTON L SNEED CRNA       |
|  | THERESA A SOWINSKI MD     |
|  | DWIGHT L STAUFFER MD      |
|  | CAROLINE STEVENS DO       |
|  | GAIL F STEWART OD         |
|  | STEVEN STOLLER MD         |
|  | JAMES E SWONDER MD        |
|  | TEST TEST TESTTESTTEST MD |
|  | TIFFANY R TONISMAE MD     |
|  | SOM DUTT TYAGI MD         |
|  | KENNETH D WATKINS MD      |
|  | LINDSEY A WELLMAN NP      |
|  | ROBERT S WILLIAMS MD      |
|  | THOMAS N WRIGHT CRNA      |
|  | CAMEUAL N WRIGHT MD       |
|  | EDWARD D ZDOBYLAK MD      |
|  | ALEXANDER ZEMTSOV MD      |