

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

AdventHealth - Centros de Chicago, Illinois, únicamente

OBJETIVO

El propósito de esta Política es especificar los requisitos para administrar asistencia financiera en los centros de AdventHealth ubicados en el área metropolitana de Chicago, Illinois.

POLÍTICA

La política de las organizaciones enumeradas a continuación en este párrafo (cada una es la "Organización") es garantizar una práctica socialmente justa para brindar atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para la asistencia financiera de los pacientes que la necesitan y reciben atención de la Organización.

Esta política se aplica a cada uno de los siguientes miembros de

AdventHealth Bolingbrook
AdventHealth Glen Oaks
AdventHealth Hinsdale
AdventHealth LaGrange
Prácticas de médicos empleados de AdventHealth

- A. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y reverencia 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 administración.
- B. Esta política se aplica a todas las emergencias y a otra atención médicamente necesaria proporcionada por la Organización, incluidos los servicios de médicos empleados y la salud conductual. Esta política no se aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otra atención médicamente necesaria.
- C. La *lista de proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera* proporciona una lista de cualquier proveedor que brinde atención dentro de los centros de la Organización que especifique cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

DEFINICIONES:

Definiciones específicas de la política

- A. "**501(r)**" significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las regulaciones promulgadas en virtud de éste.
- B. "**Amount Generally Billed**" (**Cantidad generalmente facturada**) o "**AGB**" significa,

con respecto a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, el monto generalmente facturado a los individuos que tienen un seguro que cubre dicha atención.

- C. "**Community**" (**Comunidad**) significa el estado de Illinois. Para "vivir en la Comunidad", a efectos de esta Política, significa ser residente de Illinois, una persona que vive en Illinois y que tiene la intención de permanecer viviendo en Illinois indefinidamente, pero no alguien que se ha mudado a Illinois con el fin de recibir beneficios para la salud. También se considerará que un paciente es miembro de la comunidad de la Organización si la atención de emergencia y médicamente necesaria que el paciente requiere es la continuidad de la atención de emergencia y médicamente necesaria recibida en otro centro de AdventHealth donde el paciente ha calificado para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y médicamente necesaria.
- D. "**Emergency Care**" (**Atención de emergencia**) significa atención para tratar una afección que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor intenso) que la ausencia de atención médica inmediata puede resultar en deterioro grave de la función corporal, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o poner en grave peligro la salud de la persona.
- E. "**Medically Necessary Care**" (**Cuidado médicamente necesario**) significa cuidado que es (1) apropiado y consistente con y esencial para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección de un paciente; (2) el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del paciente que se puede proporcionar de manera segura; (3) no se proporciona principalmente para la conveniencia del paciente, la familia, el médico o el cuidador del paciente; y (4) que resulte muy probablemente en un beneficio para el paciente en lugar de daño. Para que la atención programada futura sea "atención médicamente necesaria", la atención y el momento de la atención deben ser aprobados por el director médico de la Organización (o persona designada). La determinación de la atención médicamente necesaria debe ser realizada por un proveedor con licencia que esté brindando atención médica al paciente y, a discreción de la Organización, por el médico de admisión, el médico que deriva y/o el director médico u otro médico a cargo de la revisión (según el tipo de atención que se recomiende). En el caso de que un médico a cargo de la revisión determine que la atención solicitada por un paciente cubierto por esta política no es médicamente necesaria, esa determinación también debe ser confirmada por el médico que admite o deriva.
- F. "**Organization**" (**Organización**) significa AdventHealth y las entidades que están cubiertas por esta Política de asistencia financiera como se establece anteriormente en la Sección II.
- G. "**Patient**" (**Paciente**) significa aquellas personas que reciben atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en la Organización y la persona que es financieramente responsable de la atención del paciente.
- H. "**Presumptive Scoring**" (**Puntuación presunta**) significa el uso de fuentes de información de terceros, que pueden incluir registros públicos u otros medios objetivos y razonables y precisos para evaluar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera.

- I. **"Uninsured Patient" (Paciente no asegurado)** significa un paciente que no está cubierto por una póliza de seguro de salud y no es beneficiario de un seguro de salud público o privado, un beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos planes de seguro de salud de alto deducible, indemnización por accidentes laborales, seguro de responsabilidad civil u otra responsabilidad de terceros.

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS

A. La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a los pacientes que viven en la Comunidad:

1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250 % del ingreso del nivel federal de pobreza ("FPL"), serán elegibles para un descuento del 100 % en la parte de los cargos en los que el paciente es responsable después del pago por una aseguradora, si lo hubiera, si se determina que dicho paciente es elegible de acuerdo con una puntuación presunta (descrita en el párrafo 5 a continuación) o presenta una solicitud de asistencia financiera (una "Solicitud") a los 240 días, o antes, después de la primera factura de alta del paciente y de que la Organización aprueba la Solicitud. El paciente será elegible para recibir hasta el 100 % de asistencia financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días de su primera factura de alta. Sin embargo, la cantidad de asistencia financiera disponible para un paciente en esta categoría se limita a su saldo no pagado después de tener en cuenta cualquier pago realizado en su cuenta. A un paciente no asegurado elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más que los cargos AGB calculados.

2. Sujetos a otras disposiciones de esta Política de asistencia financiera, los pacientes no asegurados con ingresos superiores al 250 % de la FPL pero inferiores al 600 % de la FPL, recibirán un descuento de escala móvil en esa parte de los cargos por los servicios prestados. Los pacientes con seguro y con ingresos superiores al 250 % de la FPL pero inferiores al 400 % de la FPL, recibirán un descuento de escala móvil en la parte de los cargos por los servicios prestados por los que el paciente es responsable, según la explicación de beneficios del plan de seguro. Dichos descuentos se aplicarán después de que el paciente presente su solicitud a los 240 días, o antes, después de la primera factura de alta del paciente y de que la Organización apruebe la solicitud. El paciente será elegible para recibir la asistencia financiera con descuento de escala móvil si presenta la Solicitud después de los 240 días de su primera factura de alta. Sin embargo, la cantidad de asistencia financiera disponible para un paciente en esta categoría se limita a su saldo no pagado después de tener en cuenta cualquier pago realizado en su cuenta. A un paciente no asegurado elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más que los cargos AGB calculados.

El descuento de escala móvil es el siguiente: (FPL - Ingreso según el nivel federal de pobreza)

Escala móvil de pacientes no asegurado	%
0 % - 250 % FPL	100 %
251 % - 400 % FPL	98 %

401 % - 600 % FPL	85 %
-------------------	------

Escala móvil de pacientes no asegurados	%
0 % - 250 % FPL	100 %
251 % - 400 % FPL	75 %

- Sujeto a las otras disposiciones de esta Política de asistencia financiera, un paciente con ingresos superiores al 600 % (para el paciente no asegurado) y al 400 % (para el asegurado) de la FPL puede ser elegible para recibir asistencia financiera bajo una "Prueba de ingresos" para algún descuento de los cargos del paciente por los servicios de la Organización según la deuda médica total de un paciente. Un paciente será elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con la prueba de ingresos si el paciente tiene deuda médica total excesiva, que incluye deuda médica con los proveedores de atención médica dentro de AdventHealth y cualquier otro proveedor de atención médica, para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, sea igual o mayor que los ingresos brutos del grupo familiar de dicho paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionado de conformidad con la prueba de ingresos es el mismo que se otorga a un paciente con ingresos al 600 % (no asegurado) y al 400 % (asegurado) de la FPL en virtud del párrafo 2 anterior, si dicho paciente presenta la solicitud a los 240 días, o antes, de la primera factura de alta del paciente y la Organización aprueba la solicitud. El paciente será elegible para recibir la asistencia financiera según la prueba de ingresos si presenta la Solicitud después de los 240 días de la primera factura de alta del paciente. Sin embargo, la cantidad de asistencia financiera disponible para un paciente en esta categoría se limita a su saldo no pagado después de tener en cuenta cualquier pago realizado en su cuenta. A un paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más que los cargos AGB calculados. Además, para los pacientes no asegurados que califiquen para un descuento a escala móvil como se establece en el párrafo 2, las recaudaciones durante un período de 12 meses tendrán además un límite del 20 % de los ingresos familiares del paciente.
- Un paciente puede no ser elegible para la asistencia financiera descrita en los párrafos 1 a 3 anteriores si se considera que dicho paciente tiene activos suficientes para pagar de acuerdo con una "Prueba de activos". La prueba de activos implica una evaluación sustantiva de la capacidad de pago de un paciente basándose en las categorías de activos medidos en la Solicitud FAP. Un paciente con dichos activos que superen el 600 % del monto de FPL de dicho paciente puede no ser elegible para recibir asistencia financiera.

5. La elegibilidad para la asistencia financiera se puede determinar en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de puntuación presunta para un paciente con un saldo no pagado suficiente dentro de los primeros 240 días después de la primera factura de alta del paciente para determinar la elegibilidad para el 100 % de atención de la caridad a pesar de que el paciente no haya completado una solicitud de asistencia financiera ("Solicitud FAP"). Una determinación de elegibilidad basada en la puntuación presunta solo se aplica al episodio de atención para el que se realiza la puntuación presunta.

Los pacientes que demuestren uno de más de los siguientes criterios se considerarán presuntamente elegibles para una atención de caridad al 100 %: sin hogar, muerte sin patrimonio, incapacidad mental sin nadie para actuar en nombre del paciente, elegibilidad de Medicaid, pero no en la fecha del servicio o por un servicio no cubierto, inscripción de Medicaid en un estado diferente donde la Organización no es y no tiene la intención de ser un proveedor participante, y participación de Medicaid pero agotamiento de cualquier límite de estadía.

Las categorías obligatorias adicionales incluyen la inscripción en los siguientes programas: Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois; Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP); inscripción en un programa comunitario organizado que brinda acceso a atención médica y evalúa y documenta como criterios la situación financiera de bajos ingresos limitada; y recepción de asistencia para la concesión de subvenciones para servicios médicos.

6. Para un paciente que participa en ciertos planes de seguro que consideran que la Organización está "fuera de la red", la Organización puede reducir o denegar la asistencia financiera que hubiera estado disponible para el paciente basándose en una revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. El paciente puede apelar cualquier denegación de elegibilidad para asistencia financiera proporcionando información adicional a la Organización dentro de los catorce (14) días calendario posteriores a la recepción de la notificación de denegación. La Organización examinará todas las apelaciones para llegar a una decisión final. Si la determinación final afirma la denegación anterior de asistencia financiera, se enviará una notificación por escrito al paciente. El proceso para que los pacientes y las familias apelen las decisiones de la Organización con respecto a la elegibilidad para asistencia financiera es el siguiente:
 - a. Servicios Financieros para Pacientes debe recibir inicialmente apelaciones para preguntas de revisión y seguimiento, si corresponde.
 - b. Luego un comité se reunirá mensualmente para examinar todas las apelaciones. Como mínimo, la composición del comité debe incluir la

representación de Servicios Financieros para Pacientes, Administración de Atención y el Departamento de Finanzas/Director Financiero.

- c. Las apelaciones se distribuirán a los miembros del comité antes de la reunión mensual del comité para su revisión.
- 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 haya proporcionado.
- e. El comité revisará la solicitud FAP del solicitante y prestará especial atención a la información adicional y a las cuestiones planteadas por el solicitante en el proceso de apelación.
- f. El comité podrá aprobar, reprobar o posponer la apelación. El comité puede presentar una apelación si se requiere información adicional sobre la base de las preguntas formuladas durante el debate 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.

B. Otra asistencia para pacientes no elegibles para asistencia financiera

Los pacientes que no son elegibles para asistencia financiera, como se describe anteriormente, aún pueden calificar para otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. Para garantizar resultados completos, se enumeran aquí estos otros tipos de asistencia, aunque no se basan en las necesidades y no están sujetos a 501(r), sino que se incluyen aquí para comodidad de la comunidad a la Organización presta servicios.

1. Los pacientes no asegurados que no son elegibles para asistencia financiera recibirán un descuento basado en el descuento proporcionado al pagador que paga el monto más alto para esa Organización. El pagador que paga el monto más alto debe representar al menos el 3 % de la población de la Organización, el cual se mide por volumen o ingresos brutos del paciente. Si un único pagador no representa este nivel mínimo de volumen, se debe promediar más de un contrato de pagador 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 asegurados y no asegurados que no son elegibles para asistencia financiera pueden recibir un descuento de pago rápido. El descuento de pago rápido se puede ofrecer además del descuento para no asegurados descrito en el párrafo inmediatamente anterior.



C. Limitaciones en los cargos de pacientes elegibles para asistencia financiera

1. A los pacientes elegibles para Asistencia Financiera no se les cobrarán individualmente más que AGB por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria y no más que los cargos brutos por toda otra atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB usando el método de "retrospectiva" e incluyendo el cargo por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de atención médica privadas que pagan reclamaciones a la Organización, todo de acuerdo con 501(r).
2. Se puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de AGB y el(los) porcentaje(s) en el sitio web de AdventHealth <https://www.adventhealth.com/legal/financial-assistance-illinois>, por teléfono al 800-462-0490 o comuníquese por correspondencia a:

AdventHealth
A la atención de: Asistencia financiera
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

D. Solicitud de asistencia financiera y otra asistencia

Un paciente puede calificar para asistencia financiera a través de la elegibilidad por puntuación presunta o mediante la presentación de una solicitud de FAP completa. Las instrucciones para solicitar y apelar FAP están disponibles en el sitio web de AdventHealth, por teléfono al 800-462-0490 o comuníquese por correspondencia a:

AdventHealth
A la atención de: Asistencia financiera
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

Le recomendamos que descargue la aplicación de AdventHealth y cree una cuenta, que también le permitirá solicitar asistencia financiera en línea. Si no tiene una cuenta de AdventHealth, visite account.adventhealth.com/register/

La Organización requerirá que el paciente no asegurado trabaje con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que el paciente es potencialmente elegible para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado mediante puntuación presunta). Se puede denegar asistencia financiera a un paciente si proporciona información falsa en una solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad por puntuación presunta, si el paciente se niega a asignar ingresos del seguro o el derecho a ser pagado directamente por una compañía de seguro que puede estar obligada a pagar por la atención

proporcionada, o si el paciente se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considere que el paciente es potencialmente elegible para calificar para asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y esté aprobado a través de puntuación presunta). La Organización puede considerar una solicitud de FAP completada menos de doce meses antes de cualquier fecha de determinación de elegibilidad cuando toma una determinación sobre la elegibilidad por un episodio de atención actual.

La Organización no considerará una solicitud de FAP completada más de doce meses antes de una fecha de determinación de elegibilidad.

E. Facturación y cobros

Las medidas que la Organización puede tomar en caso de falta de pago se describen en una política separada de facturación y cobro. Se puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro llamando al 855-241-2455.

F. Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, tiene por objeto cumplir con el artículo 501(r) y se interpretará y aplicará de acuerdo con dicho artículo, excepto cuando se indique específicamente lo contrario.

REFERENCIAS

- a. Formulario de solicitud de asistencia financiera de AdventHealth
- b. Resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera
- c. Lista de proveedores cubiertos y no cubiertos por la política de asistencia financiera
- d. Cantidades generalmente facturadas