

Política de asistencia financiera

Aprobado por:	Fecha de la última aprobación:	Fecha de emisión:	Versión: 2019-1
---------------	--------------------------------	-------------------	------------------------

Las copias impresas son solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

Política de asistencia financiera

La Política de asistencia financiera de SSM Rehabilitation Network identifica oportunidades para brindar asistencia financiera a pacientes con necesidades médicas o financieras que demuestren su incapacidad de pagar los servicios prestados, tanto a ellos como a sus dependientes. La Política de asistencia financiera (FAP) establece pautas para la asistencia financiera que garantizan la observancia de todas las normativas estatales y federales. SSM Rehabilitation Network se compromete a brindar asistencia financiera a las personas que necesiten atención médica y no posean seguro médico o su seguro sea insuficiente. De acuerdo con su misión de brindar servicios de salud asequibles, de alta calidad y compasivos y de abogar por los necesitados y discriminados, SSM Rehabilitation Network se esmera por procurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan atención médica no impida que ellos puedan solicitar o recibir esa atención.

Por consiguiente, esta política:

- Incluye los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera;
- Describe la base para calcular los montos que se facturan generalmente a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de la política;
- Describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera;
- Limita los montos que el hospital cobrará por la atención médicamente necesaria brindada a las personas que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera a los montos que se facturan generalmente;
- Indica la asistencia financiera y demás descuentos que los pacientes pueden recibir.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de SSM Rehabilitation Network para obtener el seguro disponible u otras formas de pago, y que contribuyan con los costos de su atención en función de su capacidad de pago individual. Se alentará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro médico a que lo hagan, como medio para

garantizar el acceso a los servicios de salud, por su salud personal en general y por la protección de sus activos personales. SSM Rehabilitation Network puede definir y revisar los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera en cualquier momento.

ALCANCE:

Esta Política se aplicará al SSM Bridgeton Rehabilitation Hospital, SSM Richmond Heights Rehabilitation Hospital y SSM Lake St. Louis Rehabilitation Hospital.

DEFINICIONES:

- I. **Período de solicitud:** Definido como el plazo concedido a los pacientes por el hospital para completar la solicitud de asistencia financiera. Comienza el primer día en que se brinda la atención y finaliza transcurridos 240 días a partir de la fecha en que el hospital entrega a la persona el primer estado de cuenta por la atención brindada con posterioridad al alta.

- II. **Área de servicio elegible:** Se prevé que los principales beneficiarios de la Política de asistencia financiera sean los pacientes que residen a menos de 50 millas de cualquiera de los hospitales que forman parte de la SSM Rehabilitation Network.

- III. **Tamaño familiar:** El Servicio de Impuestos Internos define el tamaño familiar como equivalente a la cantidad de personas en virtud de las cuales el contribuyente puede realizar una deducción en su declaración de impuestos. Si la documentación del Servicio de Impuestos Internos no está disponible, el tamaño familiar se determinará por la cantidad de integrantes de la familia documentados y verificados en la solicitud de asistencia financiera.

- IV. **Ingreso familiar:** El Ingreso familiar se determina usando la definición de la Oficina del Censo, que contempla los siguientes ingresos al calcular los Niveles federales de pobreza (FPL):
 - A. Ingresos, seguro de desempleo, indemnización del trabajador, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones a familiares supérstites, pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos del patrimonio, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia brindada por alguien externo al grupo familiar y otras fuentes;
 - B. Los beneficios no monetarios (como cupones para alimentos o subsidios de vivienda) no se toman en cuenta;
 - C. Se determina antes de impuestos;
 - D. Excluye las ganancias o pérdidas de capital; e
 - E. Incluye el ingreso de todos los integrantes de la familia incluidos en el tamaño

familiar. (No se toman en cuenta las personas que viven en la misma casa pero que no son familiares).

- V. **Nivel federal de pobreza (FPL):** El monto mínimo establecido de ingreso bruto que una familia necesita para alimentos, ropa, transporte, albergue y otras necesidades. Lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos y se ajusta por inflación y se informa anualmente en los niveles de pobreza.

- VI. **Asistencia financiera:** Definida como los servicios de salud gratuitos o con descuento brindados a personas que no pueden pagar la totalidad o parte de sus deudas por servicios y que reúnen los requisitos de la política de asistencia financiera de SSM Rehabilitation Network.

- VII. **Indigencia financiera:** Las personas con necesidades financieras incluyen a quienes que no poseen seguro o su seguro es insuficiente y reúnen los requisitos de la institución para recibir atención con descuento, incluso del 100 %.

- VIII. **Indigencia médica:** Los pacientes con indigencia médica son aquellas personas con costos médicos catastróficos para quienes el pago de las facturas médicas pondría en riesgo la viabilidad financiera del grupo familiar. El hecho de que el paciente se considere médicamente indigente no implica que deba considerarse financieramente indigente. En general, las personas médicamente indigentes reúnen las condiciones para obtener reducciones en sus obligaciones de pagar los servicios médicos prestados. El programa de indigencia médica considera la capacidad de pago del paciente sin liquidar activos esenciales para vivir o ganarse la vida, como una vivienda, automóvil, pertenencias personales, etc. Todos los pacientes son aptos para considerar la condición de médicamente indigente con la excepción de los pacientes con ingresos inferiores al 200 % de los FPL, ya que estos pacientes reúnen los requisitos para recibir el 100 % de asistencia financiera en virtud de la definición de financieramente indigente.

- IX. **Servicios médicamente necesarios:** Definidos por Medicare como servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una enfermedad, lesión o afección.

- X. **Deuda del paciente:** El monto que el paciente debe pagar luego de todos los descuentos disponibles, incluido el descuento por no tener seguro, el descuento de asistencia financiera y el descuento por limitación de cargos a pacientes según las disposiciones del artículo 501 (r).

- XI. **Comunidad cerrada:** Un grupo basado en la fe conectado por la actividad

comercial, la cultura compartida y la vida simple (por ejemplo, Amish, Menonitas).

- XII. **Con cobertura insuficiente:** El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de terceros pero tiene gastos que exceden su capacidad financiera.
- XIII. **Sin seguro médico:** El paciente no tiene cobertura de la atención médicamente necesaria brindada.

PROCESO:

- I. **Servicios admisibles:** A los fines de esta Política, todos los servicios médicamente necesarios prestados por el hospital son admisibles.
- II. **Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera:** Se considerará la elegibilidad para la asistencia financiera de aquellos individuos que:
 - A. Tengan seguro de salud limitado o no tengan seguro;
 - B. Cooperen con las políticas y procedimientos de SSM Rehabilitation Network;
 - C. Demuestren necesidad financiera;
 - D. Proporcionen toda la información necesaria para procesar la solicitud; y
 - E. Reembolsen al Hospital los montos que el seguro pague directamente al paciente.

El otorgamiento de la asistencia financiera dependerá de la determinación de una necesidad financiera individual, y no se tomará en cuenta la raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, condición socioeconómica ni fuente de pago. La determinación de la asistencia financiera será válida durante un plazo de hasta 60 días. La elegibilidad comienza en la fecha de aprobación y comprenderá todas las deudas pendientes, incluidas las que se encuentran en agencias de deudas incobrables.

III. La necesidad financiera y la elegibilidad se determinarán de acuerdo con los siguientes procedimientos:

- A. **Solicitud:** para ser tenido en cuenta para la asistencia financiera, el paciente o garante debe completar el formulario de Solicitud de asistencia financiera para el paciente y presentar la documentación solicitada para acreditar los ingresos y gastos informados. Las solicitudes de asistencia financiera deben estar completas y ser exactas y deben incluir pruebas verificables de los ingresos y/o activos y de los gastos inusuales.

Los pacientes también pueden presentar una solicitud verbal, ya sea por

teléfono o de manera personal. El representante de la Oficina de admisiones documentará las respuestas del paciente en el formulario de solicitud y el paciente verificará y certificará toda la información. Se debe presentar toda la documentación de respaldo para que la solicitud se considere completa.

Los valores de respeto y responsabilidad de SSM Rehabilitation Network se verán reflejados en el proceso de solicitud, en la determinación de la necesidad financiera y en el otorgamiento de la asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán de inmediato y SSM Rehabilitation Network notificará al paciente, o solicitante, dentro de un plazo razonable luego de haber recibido la solicitud completa. Cada paciente tiene la oportunidad de solicitar asistencia financiera antes del tratamiento, y durante todo el Período de solicitud.

Las Solicitudes de asistencia financiera requieren los siguientes documentos (Tenga presente que no se aceptarán documentos alterados):

1. Solicitud escrita/verbal completa;
2. Estados de cuentas bancarias/de ahorros de los últimos tres meses;
 - a) Una explicación de cualquier depósito/gasto inusual en los estados de cuentas bancarias/de ahorros;
 - b) Los documentos deben reflejar todos los depósitos.
3. Verificación de ingresos del solicitante.
 - a) La verificación de ingresos puede incluir (entre otros): comprobantes de pago, cheques de desempleo, cheques/carta de asignación del Seguro Social, reconocimiento de seguro por discapacidad, documentación de manutención de menores y verificación de pensiones.
 - b) Si el garante presentado es casado, o presentó las últimas declaraciones en forma conjunta, también debe enviar la verificación de ingresos de su cónyuge.
4. Documentación de declaración impositiva
 - a) La última declaración impositiva presentada o Carta de no presentación del Servicio de Impuestos Internos. Los impuestos debe presentarse junto con todos los anexos (A-F) y documentos (W2, 1099) para que se consideren completos.
5. Carta de aprobación/denegación de Medicaid.
 - a) Esto es un requisito solamente si el hospital ha examinado previamente al paciente para determinar si reunía los requisitos de Medicaid.

- b) Si se evalúa previamente al paciente como potencialmente apto, debe cooperar con el proceso de solicitud de Medicaid para poder acceder a la asistencia financiera de SSM Rehabilitation Network.
6. Los documentos adicionales que se pueden solicitar (para considerar al paciente para la indigencia médica) incluyen:
- a) Verificación de gastos mensuales;
 - b) Todas las facturas médicas, y demás facturas esenciales para las necesidades de sustento básicas;
 - c) Una declaración de ingresos/ declaración del benefactor.

B. Consideración con respecto a los activos del paciente: Los activos disponibles que superen los USD 5000, con la excepción de los Activos protegidos enumerados a continuación, se agregarán a los ingresos del año en curso para establecer el nivel de asistencia financiera a ofrecer al paciente.

Los Activos protegidos incluyen:

1. El 50% de participación en la residencia principal hasta USD 50 000;
2. Vehículos de uso comercial;
3. Herramientas o equipos utilizados con fines comerciales; equipos razonables necesarios para seguir operando;
4. Bienes de uso personal (ropa, enseres del hogar, muebles);
5. Planes de retiro con valor en efectivo, IRA, 401K;
6. Subsidios recibidos por emergencias catastróficas no relacionadas con la salud;
7. Fideicomisos irrevocables para los gastos del funeral, planes de pago anticipado del funeral; y/o
8. Planes de ahorro para estudios universitarios administrados por los Estados o por el Gobierno Federal.

C. Solicitudes incompletas: Todas las solicitudes incompletas recibirán una carta de notificación detallando la información necesaria para cumplir con los requisitos de documentación para acceder a la asistencia. Si el solicitante envía la documentación incompleta por segunda vez, el solicitante recibirá una carta y un intento de llamada telefónica para notificar al paciente que su solicitud no está completa.

Las solicitudes de asistencia financiera pueden devolverse a la oficina de admisiones del hospital en el que se brindó la atención.

Las preguntas acerca de la Política de asistencia financiera pueden dirigirse a la oficina de admisiones del hospital donde se brindó la atención o a la Oficina Central de Facturación al 888-868-1103.

IV. **Áreas de servicio elegibles:** La idoneidad para la asistencia financiera puede limitarse a las personas que residan a menos de 50 millas de cualquiera de los centros que forman parte de las Entidades de SSM Rehabilitation Network.

V. **Cooperación para obtener cobertura:** SSM Rehabilitation Network, ayudará proactivamente a los pacientes a inscribirse en programas públicos y privados para obtener cobertura de sus servicios de salud. SSM Rehabilitation Network podrá negar la ayuda financiera a aquellos individuos que no cooperen con el proceso de inscripción a esos programas (por ejemplo, Medicaid, COBRA, Ticket to Work) que podrían pagar sus servicios de atención médica.

VI. **Servicios fuera de la red:** Los hospitales de SSM Rehabilitation Network no se encuentran en la red para ciertos planes de seguro. Como proveedor fuera de la red, SSM Rehabilitation Network quizá no pueda recibir ningún reembolso de la aseguradora. Los pacientes que soliciten servicios en los hospitales de SSM Rehabilitation Network, fuera de la red de su plan de seguro, no podrán recibir asistencia financiera.

VII. **Pacientes internacionales/viajeros:** La Asistencia financiera no estará disponible para pacientes internacionales/viajeros.

VIII. **Pacientes de comunidades cerradas:** Debido a la incapacidad de estos pacientes para cooperar con la solicitud de cobertura de seguro y a su capacidad para entregar la documentación de respaldo necesaria, estos pacientes no podrán acceder a la asistencia financiera. Se ofrecerá un descuento a los pacientes de Comunidades cerradas.

IX. **Descuentos a pacientes:**

A. **Descuento de caridad:** SSM Rehabilitation Network brinda un descuento de caridad a los pacientes que reúnan los requisitos en función de los Límites federales de pobreza. El descuento por atención de caridad se aplica a la deuda pendiente del paciente después del seguro para pacientes asegurados. A continuación se mencionan los descuentos a aplicar:

Escala de descuentos en función del Límite federal de pobreza

Límite federal de pobreza	Descuento de asistencia financiera
0 % - 200 %	100 %
201 % - 250 %	80 %
251 % - 300 %	60 %

301 % - 350 %	50 % del monto superior a USD 2000
351 % - 400 %	20 % del monto superior a USD 2000
Más del 400 %	0 %

- B. **Descuentos para comunidades cerradas:** Los miembros de una Comunidad cerrada establecida recibirán un descuento del rango promedio de un arancel por servicio de Medicare y de un 10 % menos que el promedio de los seguros de salud privados.
- C. **Descuentos en caso de enfermedades graves:** Los pacientes quizá reúnan los requisitos para recibir descuentos que se evaluarán caso por caso en virtud de las circunstancias específicas, como una enfermedad muy grave o indigencia médica, a criterio de la Oficina central de facturación. Quizá se solicite información financiera adicional.
- X. **Monto generalmente facturado (AGB)/Limitación de cargos:** SSM Rehabilitation Network limita el monto a cobrar por la atención médicamente necesaria brindada a pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política a un monto que no supere los cargos brutos por la atención multiplicado por el porcentaje de AGB. El porcentaje de AGB se determina usando el método retrospectivo. (Consulte el Apéndice A).
- XI. **Relación con las políticas de cobro:** Se espera que los pacientes/garantes paguen el monto de su cuenta que no reúne los requisitos para obtener asistencia en virtud de esta política. Los pacientes/garantes que no paguen el saldo de su deuda luego de haber aplicado los descuentos relacionados estarán sujetos a los procedimientos de cobro normales.
- A. **Determinación de elegibilidad:** SSM Rehabilitation Network pretende determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia en virtud de esta Política con anterioridad o al momento de la admisión o el servicio. Si no se ha determinado la elegibilidad del paciente para recibir la asistencia financiera con anterioridad al alta o al servicio, la SSM Rehabilitation Network facturará la atención. Si el paciente tiene seguro médico, SSM Rehabilitation Network facturará al asegurador registrado del paciente los cargos incurridos. Luego de la adjudicación del asegurador del paciente, el saldo de lo adeudado por el paciente se facturará directamente al paciente. Si el paciente no tiene seguro médico, SSM Rehabilitation Network facturará directamente al paciente por los cargos incurridos. Los pacientes recibirán hasta cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días a partir de la fecha de alta del paciente que serán enviados al domicilio registrado del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de cuenta incluyen un resumen en lenguaje sencillo de esta Política y de cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente acerca de la Política una vez realizada la admisión y en comunicaciones escritas y verbales

con el paciente sobre la factura del paciente, un esfuerzo por notificar al individuo por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar asistencia con al menos 30 días de anticipación previos al inicio de una acción legal, y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera para recibir asistencia en virtud de esta Política presentada dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta de facturación con respecto al saldo impago o, si es posterior, la fecha en la que una agencia de cobranza que trabaja en nombre de SSM Rehabilitation Network devuelve el saldo impago al Hospital.

- B. Acciones de cobro de saldos impagos:** Si un paciente tiene un saldo pendiente después del envío de cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días, el saldo impago del paciente se transferirá a una agencia de cobranza que actuará en nombre de SSM Rehabilitation Network para demandar el pago. Las agencias de cobranza que representan a SSM Rehabilitation Network tienen la capacidad de reclamar el pago durante un plazo de 18 meses a partir del momento en que el saldo se envía a la agencia de cobranza. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política incluso después de que el saldo impago del paciente ha sido enviado a una agencia de cobranza. Luego del transcurso de 120 días como mínimo a partir del primer estado de cuenta con posterioridad al alta que indique cargos impagos, y caso por caso, SSM Rehabilitation Network podrá perseguir el cobro mediante una acción legal cuando un paciente tiene un saldo impago y no cooperará con las solicitudes de información o pago de SSM Rehabilitation Network o de una agencia de cobranza que actúe en su nombre.

En ningún caso se denegará o demorará la Atención médicamente necesaria a un paciente antes de implementar los medios necesarios para determinar si el paciente puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. En SSM Rehabilitation Network, un representante se comunicará con un paciente sin seguro médico que pretenda programar nuevos servicios y que presuntamente no reúna los requisitos para recibir asistencia financiera para informarle acerca de la Política y lo ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera si así lo requiere.

- C. Revisión y aprobación**

El representante de SSM Rehabilitation Network tiene la facultad de revisar y determinar si se han implementado los medios necesarios para evaluar si un Paciente reúne las condiciones para recibir asistencia en virtud de la Política de forma tal de iniciar acciones extraordinarias de cobro del saldo impago.

- XII. Proveedores comprendidos en la cobertura:** Ciertos servicios son prestados por médicos sin cobertura en virtud de la Política de asistencia financiera de SSM Rehabilitation Network. La política de asistencia financiera del SSM Rehabilitation Network System disponible en www.ssmhealth.com quizá cubra estos servicios. Los médicos que trabajan en SSM Rehabilitation Network que no están cubiertos por esta Política se identifican en el **Apéndice B, Lista de proveedores**, por nombre. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en internet en

<https://www.ochsner-rehab.com/>, en nuestras áreas de admisiones, y puede solicitarle una copia al representante de SSM Rehabilitation Network.

XIII. **Requisitos normativos:** Al implementar esta política, la dirección y los centros de SSM Rehabilitation Network deberán cumplir con todas las leyes y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades que se llevan a cabo de conformidad con esta política.

XIV. **Documentación:** El sector de Servicios comerciales para paciente llevará los registros de las solicitudes de asistencia financiera, las determinaciones de asistencia financiera y las notificaciones a pacientes para documentar correctamente la aplicación equitativa y uniforme de esta política de acuerdo con nuestra política sobre destrucción y retención de registros.

XV. **Informes anuales:** Cada hospital deberá brindar información relacionada con la asistencia financiera y los servicios sin cobertura para Medicaid y otros programas públicos de asistencia para personas necesitadas en el paquete de informes anuales y en el programa Community Benefit Inventory for Social Accountability (CBISA).

La información a recopilar incluirá:

1. Cantidad total de personas atendidas;
2. Cargos totales condonados;
3. Costo total de la asistencia financiera tal como se la define en esta política y;
4. Gastos incurridos en concepto de la asistencia financiera entregada.

Los impuestos, cuotas o aranceles de los proveedores o los fondos de DSH de Medicaid en el estado adecuado se utilizan total o parcialmente para compensar el costo de la asistencia financiera.

XVI. **Preguntas sobre la Política:** En caso de dudas sobre la aplicación de ciertas pautas incluidas en esta política, comuníquese con la Oficina de admisiones del Hospital donde se brindó la atención o llame a la Oficina central de facturación al 888-868-1103.