

ÁMBITO DE COBERTURA

~~X~~ St. Clair Hospital

~~X~~ St. Clair Medical Services

~~X~~ St. Clair Hospital Foundation

~~X~~ St. Clair Hospital/UPMC Cancer Center PET/CT

~~X~~ St. Clair/Washington Physician Services

POLÍTICA

Como parte de su misión de beneficencia, St. Clair Health Corporation (SCHC) brindará Asistencia financiera. Esta se define como la ayuda económica para la atención médicamente necesaria y de emergencia a través de la cual las entidades de SCHC mencionadas con anterioridad financian las obligaciones económicas de los pacientes. SCHC brinda ayuda a través de la reducción o la eliminación de los pagos que deben realizar aquellos pacientes que no pueden costear las obligaciones económicas derivadas de los gastos facturados, siempre que los pacientes cumplan con los criterios de la política que se menciona a continuación.

De acuerdo con la visión, la misión, los valores, las leyes federales y estatales, y el criterio de calificación de SCHC, SCHC brindará Asistencia financiera para ayudar a las personas de bajos ingresos, sin seguro, con seguro por debajo del valor real e indigentes que no tienen la capacidad para cumplir con las obligaciones económicas derivadas de la atención sanitaria médicamente necesaria.

Se estudiará cada caso en particular para brindar Asistencia financiera a los pacientes que han agotado las prestaciones que otorga el seguro, que tienen obligaciones económicas o superan los criterios de idoneidad financiera de acuerdo con el programa de Asistencia médica en Pensilvania, pero que afrontan gastos médicos extraordinarios.

La Asistencia financiera no reemplaza al seguro proporcionado por el empleador, al seguro público que ofrece el gobierno ni a aquel que se contrata de forma individual. Tiene por objeto solamente beneficiar al paciente y a su familia, y no exime a los terceros de la responsabilidad de pagar. SCHC tendrá en cuenta la cobertura de seguro disponible, los pagos de asistencia o los pagos de los garantes antes de ofrecer Asistencia financiera a un paciente. Sin embargo, de acuerdo con su compromiso con la comunidad para garantizar la disponibilidad y la accesibilidad a servicios médicos de calidad, SCHC proporcionará una cantidad razonable de servicios donados a determinadas personas que no pueden pagar y que reúnen los requisitos pertinentes en virtud de la presente Política.

La presente Política se limita a los gastos por los Servicios aptos (como se detalla a continuación) de los pacientes y abarca cualquier gasto en que incurra un paciente debido a las prestaciones que ofrecen los contratistas independientes de SCHC, que incluyen, entre otros, médicos y agrupaciones médicas con contratos exclusivos o no exclusivos con SCHC como se menciona a continuación.

- Keystone Anesthesiology
- South Hills Radiology Associates

OBJETIVOS DE LA POLÍTICA

1. Aceptar a todas las personas, con independencia de su capacidad de pago, para ingresar en un establecimiento sanitario y recibir los servicios de emergencia médicamente necesarios dentro del ámbito de la misión de beneficencia, la competencia, la capacidad de SCHC y las directrices de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA, por sus siglas en inglés). Las cuestiones de facturación nunca deben impedir que una persona reciba servicios médicos de emergencia.
2. Tratar a todos los pacientes de forma igualitaria, con dignidad, respeto y compasión.
3. Establecer un programa que se esforzará por lograr el equilibrio adecuado entre la prestación de atención no compensada y la capacidad financiera y clínica de SCHC para brindar dicha atención.
4. Establecer los criterios para los pacientes que reúnan los requisitos para recibir Asistencia financiera de acuerdo con la presente Política.
5. Esforzarse por garantizar que SCHC siga los mismos procedimientos de facturación y cobro para todos los pacientes y que la presente Política se aplique de forma equitativa, respetuosa y constante.
6. Garantizar que la Asistencia financiera no va a estar ligada de forma directa o indirecta al suministro de artículos o servicios que deba abonar un programa de atención médica federal.
7. Garantizar que no se le va a cobrar a los pacientes aptos en virtud del Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) un valor superior al Importe Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés) que abonan los pacientes con seguro.

SERVICIOS APTOS

Los Servicios aptos harán referencia a los servicios para pacientes internados y ambulatorios que son urgentes o médicamente necesarios y que brinda SCHC de forma directa para el tratamiento de una enfermedad o lesión, distintos de los servicios que se enumeran a continuación como “Servicios no aptos”.

SERVICIOS NO APTOS

Los siguientes servicios no se encuentran cubiertos por el Programa de asistencia financiera que se menciona en la presente Política y, por lo tanto, se califican como “Servicios no aptos”. Servicios de cirugía estética, programa de mantenimiento de rehabilitación cardíaca y pulmonar, cirugía bariátrica/cirugía para adelgazar, farmacia para pacientes ambulatorios, servicios que no son médicamente necesarios (reversión de la ligadura de trompas, procedimientos odontológicos, pruebas genéticas, servicios estéticos, etc.) y cualquier otro servicio con descuento que se ofrece en virtud de un acuerdo o contrato.

COMUNICACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

El Aviso al paciente sobre la asistencia financiera se publicará en áreas públicas clave, consultorios médicos, todas las áreas de recepción, todos los departamentos de servicios auxiliares y se incluirá en todos los estados de cuenta del paciente. El Aviso contendrá indicaciones acerca de cómo solicitar el Programa de asistencia financiera y obtener más información con respecto a dicho programa. Esta información también se puede encontrar en el sitio web: www.stclair.org en la sección Financial Assistance (Asistencia financiera).

PRESENTACIÓN DE INFORMES

La Junta Directiva pertinente recibirá de forma anual información acerca del alcance de la Asistencia financiera que se proporciona de acuerdo con el Programa, así como también sobre la administración del Programa y cualquier otra información acerca del Programa que la Junta Directiva de cada entidad pueda

solicitar oportunamente.

IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS

El Importe Generalmente Facturado (Amount Generally Billed, AGB) a las personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención. El AGB por los servicios se basará en los descuentos para pacientes internados y ambulatorios que se aplican a los gastos brutos. Estas tasas de descuentos se basarán en el artículo 501(r) de las regulaciones finales del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS, por sus siglas en inglés) que figuran en las directrices y metodologías de la sección Limitación de gastos. Las tasas de descuentos se actualizarán de forma anual y entrarán en vigor el 1 de julio según la información de los pagos de los 12 meses anteriores. Consulte el **Anexo B** para ver las tarifas de AGB actuales.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

La Asistencia financiera (Asistencia financiera formal y Asistencia financiera presunta) se otorga a todos los saldos que adeudan los pacientes (después de los descuentos de pago particular o los saldos que adeudan los pacientes por prestaciones que el seguro no abona) si los pacientes (y los cónyuges pertinentes, si corresponde) cumplen con las Directrices de la política de asistencia financiera y las Directrices financieras de admisión de St. Clair (consulte el **Anexo C**).

Los pacientes que desean que se los tenga en cuenta para los descuentos hospitalarios de Asistencia financiera formal deben cumplir con el proceso de evaluación a fin de determinar la admisibilidad para recibir asistencia médica si las obligaciones financieras de los pacientes superan los USD 2500. Si en la evaluación inicial se indica la posible admisibilidad del paciente, este debe solicitar los beneficios de asistencia médica a través del estado de Pensilvania y completar el proceso de solicitud. Los pacientes que son rechazados para recibir la asistencia médica o que se considera que no reúnen los requisitos para recibir dicha asistencia a través de la evaluación financiera inicial también pueden ser aptos para percibir la Asistencia financiera de acuerdo a lo estipulado en la presente Política. Los pacientes cuyos saldos son iguales o menores a USD 2500 no deben solicitar asistencia médica y se los puede tener en cuenta para la Asistencia financiera. Sin embargo, se alentará a estos pacientes a solicitar asistencia médica, si corresponde.

El Programa está disponible para todos los pacientes de SCHC, aparte de los que se mencionan a continuación y que:

1. Actualmente no tienen ciudadanía estadounidense (estos pacientes pueden reunir los requisitos para recibir asistencia financiera según cada caso en particular).
2. (i) Se niegan a proporcionar la documentación solicitada; (ii) proporcionan información incompleta o (iii) no brindan la información de manera oportuna.
3. Tienen cobertura de seguro a través de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), una indemnización por accidentes de trabajo, u otros programas de seguros que niegan acceso a SCHC debido a limitaciones en el plan de seguro.
4. No cumplen con las solicitudes requeridas de información del paciente sobre seguros de terceros, lo que genera que la empresa de seguros no procese la solicitud de pago.
5. No abonan, por motivos distintos a los mencionados en la presente política, los copagos, los deducibles o los coseguros que exige la cobertura de seguro pertinente, no cumplen los acuerdos actuales o no realizan los acuerdos adecuados sobre las obligaciones de pago contraídas en el pasado.
6. Se derivaron a una agencia de cobranza externa debido a una deuda anterior, a menos que se hayan realizado acuerdos que resulten adecuados para SCHC con respecto a la deuda anterior.
 - a. Se otorgará un reembolso de cortesía único a los solicitantes que se puedan haber derivado a una agencia de cobranza externa y no se lo tendrá en cuenta como criterio para el proceso de solicitud. Aquellos pacientes que vuelven a solicitar Asistencia financiera después del proceso de solicitud inicial (incluido el reembolso de cortesía de la agencia) no se tendrán

en cuenta para la política si las facturas adeudadas se envían a una agencia de cobranza externa. La factura no se eliminará independientemente de si el paciente reúne los requisitos para recibir los descuentos de Asistencia financiera en lo sucesivo.

7. Rechazan cumplir con la evaluación para otros programas de asistencia y completan el proceso de solicitud, o los pacientes que reúnen los requisitos para participar en otros programas de asistencia, pero rehúsan solicitar dichos programas de asistencia o participar en estos.

PROCEDIMIENTO DE DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Los pacientes deben presentar al asesor del Servicio de atención al cliente pertinente una copia de la carta de rechazo de asistencia médica, si corresponde, y una solicitud completa de asistencia médica con la documentación que acredite los ingresos familiares, los activos líquidos según lo definido en el Anexo C, tres (3) meses de la cuenta corriente y la cuenta de ahorro para su consideración. Los gastos médicos pendientes de SCHC se tendrán en cuenta de forma automática en el momento de la solicitud.
2. La admisibilidad del paciente para recibir Asistencia financiera se determina según la medición de los ingresos familiares del paciente (situación laboral y capacidad para obtener ingresos) y los activos (con exclusión de la vivienda y el automóvil) en contraste con las directrices de pobreza establecidas por el Hospital. **(Consulte el Anexo C)**.
 - a. La Asistencia financiera formal depende de que los pacientes brinden la información requerida que cumpla con las directrices de admisión. La aprobación de Asistencia financiera formal tiene una duración de seis meses (6) a partir de la fecha de aprobación. El Aviso de asistencia financiera formal por seis (6) meses se comunicará al paciente que reúne los requisitos a través de una notificación por escrito.
 - b. La Asistencia financiera presunta se puede otorgar a los pacientes para una factura única (fecha de prestación del servicio) que se encuentra al final del proceso de cobranza interno y cuando el hospital haya obtenido la información financiera que cumpla con el límite de puntuación crediticia del hospital o los ingresos estimados de acuerdo con las directrices de la política. El Aviso de asistencia financiera presunta para un episodio de atención único se comunicará al paciente que reúne los requisitos a través de una notificación por escrito incluida en el estado de cuenta final que se emite al paciente. Se alentará a los pacientes a que se postulen para el programa de Asistencia financiera formal a través del presente aviso y se les brindarán indicaciones para solicitar consultas futuras.
3. Los representantes del Servicio de atención al cliente revisarán la información para determinar si está completa de acuerdo a lo presentado por el paciente y se comunicarán con este en caso de que falte información.
4. Después de la resolución que adopte el representante del Servicio de atención al cliente, el resultado por escrito se enviará por correo postal para que el paciente lo revise y la aprobación de excepciones específicas estará a cargo de las siguientes personas:
 - a. Supervisor del Departamento del Sistema de Contabilidad para Pacientes, o la persona que designe (aprobación entre USD 1500 y USD 4999).
 - b. Director de Servicios Financieros para Pacientes, o la persona que designe (aprobación entre USD 5000 y USD 14 999).
 - c. Vicepresidente sénior del Departamento de Finanzas y director financiero, o la persona que designen (aprobación superior a USD 15 000).
5. Si el paciente reúne los requisitos para la Asistencia financiera formal y cumple con el proceso de solicitud formal, el importe de la Asistencia financiera del hospital se considerará en su totalidad y se utilizará para el saldo pendiente o las futuras obligaciones del paciente por un período de 6 meses a partir del momento de la aprobación.
6. Debido a que el paciente, el garante, u otro representante brindará información financiera personal, SCHC manejará dicha información de manera confidencial y solo la utilizará a los fines de la inscripción en los programas de asistencia o para determinar la admisibilidad del paciente

- para recibir asistencia financiera.
7. SCHC brindará capacitación al personal correspondiente que interactúa con los pacientes acerca de la disponibilidad del Programa, la forma de comunicar la disponibilidad a los pacientes y la manera de remitir a los pacientes al personal de asistencia financiera pertinente.
 8. El personal de SCHC estará capacitado para tratar a los solicitantes con amabilidad, confidencialidad y sensibilidad cultural.
 9. Se brindarán servicios de traducción, según sea necesario.

ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE Y ÚLTIMO AVISO

El estado de cuenta del paciente y el Último aviso se indicarán en la parte inferior del anverso de cada formulario de disponibilidad del Programa de asistencia financiera y también se incluirá cómo obtener información adicional. En el caso de los pacientes que reúnan los requisitos para la Asistencia financiera presunta, el Último aviso también incluirá un mensaje en el que se les informa que se los autorizó a recibir Asistencia financiera presunta y que se ha ajustado el saldo para el episodio del estado de cuenta. Una reseña del proceso de cobranza, además de la disponibilidad del programa de Asistencia financiera se proporcionará en el reverso de cada formulario en lenguaje sencillo.

NOTIFICACIÓN Y PLAZO DE SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Los pacientes tendrán un plazo de notificación de 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta del paciente para solicitar Asistencia financiera antes de pasar a las actividades de cobro extraordinarias (transferencia a agencias de cobranza externas). Los pacientes que enviaron una solicitud formal de Asistencia financiera tendrán hasta 240 días para el plazo de solicitud a partir de la fecha del primer estado de cuenta del paciente para cumplir con todos los requisitos y para que se adopte una resolución antes de pasar a las actividades de cobro extraordinarias.

El paciente recibirá un monto mínimo de tres (3) estados de cuenta en intervalos de treinta (30) días y un Último aviso treinta (30) días a partir del último estado de cuenta o un mínimo de 120 días a partir del primer estado de cuenta durante el período de notificación en el que se solicitó el pago total o la confección de un plan de pago aceptable (según las directrices del hospital mencionadas en la Política de cobranza de deudas incobrables por pagos particulares del sistema de contabilidad para pacientes) antes de pasar a las actividades de cobro extraordinarias. En cada estado de cuenta se incluirá el aviso del programa de Asistencia financiera y cómo solicitar dicha asistencia.

Los pacientes que pasan a las actividades de cobro extraordinarias y envían una solicitud para recibir Asistencia financiera dentro del plazo de solicitud de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta se apartarán de la lista de deudores que tiene la empresa de cobranzas y no se reanudará el proceso de cobranza hasta que se adopte una resolución final en torno a la Asistencia financiera.

OTROS

1. Los pacientes que no reúnen los requisitos para recibir Asistencia financiera total o parcial tendrán un plazo de 90 días adicionales para abonar el saldo total o elaborar un plan de pago aceptable antes de pasar a las actividades de cobro extraordinarias.
2. Los estados de cuenta fraudulentos de los pacientes realizados con la finalidad de obtener Asistencia financiera se remitirán al Departamento de Justicia de Pensilvania para que se inicie el proceso judicial pertinente. Los pacientes que falsifican la solicitud del Programa ya no serán aptos para el Programa y se considerarán responsables de todos los gastos incurridos mientras estaban inscritos en el Programa con carácter retroactivo al primer día en el que se generaron

- dichos gastos en virtud del Programa.
3. Los pacientes que consideran que se les ha denegado de manera inadecuada atención gratuita o por debajo de los costos pueden presentar una denuncia por escrito ante la Oficina de Salud y Asistencia Social del Departamento de Salud a la siguiente dirección: 8th Floor West, 625 Forster Street, Harrisburg, PA 17120.

Anexo A

AVISO AL PACIENTE SOBRE LA ASISTENCIA FINANCIERA

St. Clair Hospital se enorgullece de su misión destinada a brindar atención de calidad a toda persona que lo necesite las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año.

Es posible que podamos ayudarlo si no cuenta con seguro médico o le preocupa no poder pagar una parte o la totalidad de la atención médica que recibe.

St. Clair Hospital ofrece Asistencia financiera a los pacientes según sus ingresos, activos y necesidades económicas. Además, es posible que podamos ayudarlo a obtener un seguro médico gratuito o a bajo costo o que trabajemos con usted para acordar un plan de pago razonable.

Para su comodidad, un representante del Servicio de atención al cliente de St. Clair Hospital evaluará sus necesidades económicas y la resolución se enviará por correo postal al paciente. Como parte del programa, es posible que deba solicitar asistencia médica.

Debido a que las leyes federales y estatales exigen que todos los hospitales soliciten el pago por la atención médica brindada, es posible que debamos entregar las facturas impagas a una agencia de cobranza, lo que podría afectar su situación crediticia. Por lo tanto, es importante que nos informe si existe la posibilidad de que tenga algún problema con el pago de la factura. Queremos ayudarlo.

Para obtener más información, comuníquese con un representante del Servicio de atención al cliente al número de teléfono 412-344-3408.

Lunes, martes y viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Miércoles y jueves de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

Manejamos las preguntas y la información que nos suministra con confidencialidad y amabilidad.

Anexo B

Tasas actuales de los importes generalmente facturados de SCHC

Metodología actual para calcular los gastos incluidos en los importes generalmente facturados (AGB)

Los gastos (AGB) se basan en la metodología retroactiva del artículo 501(r) del IRS para las tasas de reembolso de los seguros de los pacientes internados y ambulatorios. El período retroactivo abarca los 12 meses anteriores e incluye las tasas de pago de Medicare y todas las aseguradoras de seguros médicos privados (el servicio médico administrado de Medicare se incluye como una prestación brindada por una

aseguradora de seguro privado). Los gastos de AGB se basan en los siguientes servicios:

- a. Servicios hospitalarios para pacientes internados: el valor medio ponderado de Medicare y todas las tasas de pago comerciales según el reembolso para el Grupo relacionado por el diagnóstico (DRG, por sus siglas en inglés) y la metodología vigente en el momento en que se da de alta al paciente en el Hospital.
 - i. La tarifa base actual es de USD 6617,39
 - ii. Gasto por paciente internado = (ponderación de DRG X USD 6617,39)
- b. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: el valor medio ponderado de Medicare y todas las tasas de pago comerciales en función del reembolso como porcentaje de los gastos brutos cubiertos.
 - i. La tasa actual por paciente ambulatorio es 25,62 % de los gastos brutos.
 - ii. Gastos por paciente ambulatorio = 0,2562 X gastos brutos
- c. Los servicios médicos St. Clair Medical Services (SCMS) y los servicios ambulatorios de las filiales: el valor medio ponderado de Medicare y todas las tasas de pago comerciales en función del reembolso como porcentaje de los gastos brutos cubiertos.
 - i. La tasa actual por paciente ambulatorio es 34 % de los gastos brutos.
 - ii. Gastos por paciente ambulatorio = 0,34 X gastos brutos