

## Política de SSM Health

### *Sistema – Administrativo*

#### **TÍTULO:**

Operaciones – Asistencia financiera (Atención de caridad)

#### **DECLARACIÓN DE RESULTADOS:**

La política de asistencia financiera de SSM Health identifica oportunidades para la asistencia financiera a pacientes que son indigentes desde el punto de vista financiero o médico y carecen de capacidad para pagar por los servicios que se les proporcionan a ellos o a las personas que dependen de ellos. La Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) proporciona y establece pautas aplicables a todo el sistema para la asistencia financiera que garantiza el cumplimiento de todas las pautas estatales, federales y regulatorias.

SSM Health está comprometida a brindar asistencia financiera a personas que tienen necesidades de asistencia médica y no tienen seguro o poseen un seguro insuficiente. De acuerdo con su misión de brindar servicios de asistencia médica compasivos, asequibles y de alta calidad, y abogar por aquellos que no tienen recursos y están desamparados, SSM Health se esfuerza para garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de asistencia médica no les impida buscar o recibir atención. SSM Health proporcionará, sin discriminar, atención de emergencia para afecciones médicas a las personas independientemente de su elegibilidad para asistencia financiera o para asistencia gubernamental.

Por consiguiente, esta política:

- Incluye criterios de elegibilidad para la asistencia financiera
- Describe la base para calcular las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) a pacientes elegibles para asistencia financiera según la política
- Describe el método con el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- Limita los importes que cobrará el hospital por emergencia u otra asistencia médicamente necesaria proporcionada a personas elegibles para asistencia financiera con respecto a AGB.

No se considera que la asistencia financiera sustituya la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de SSM Health para obtener un seguro disponible u otras formas de pago, y para contribuir con el costo de su atención en función de su capacidad individual de pagar. Se alentará a las personas con la capacidad financiera de adquirir un seguro médico a que lo hagan, como medio para asegurar el acceso a servicios de atención a la salud, para su estado de salud general y para la protección de sus activos individuales. En cualquier momento SSM Health puede definir y actualizar los criterios que determinan la elegibilidad para asistencia financiera.

Para administrar sus recursos de manera responsable y para permitir que SSM Health brinde el nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad de personas necesitadas, la Junta de Fideicomisarios establece las siguientes pautas para la provisión de asistencia financiera a pacientes.

**ALCANCE:**

La presente política se aplica a servicios proporcionados por los hospitales indicados en esta política.

**INFORMACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ARCHIVO:**

Fecha de entrada en vigor original: 31/10/2012

Fechas de actualización: 10/7/2013, 06/15/2015

Fechas de revisión:

Autor/es: Michael Ayers, Director, Centro de Servicios de Pacientes

Paul Sahney, Vicepresidente del sistema, Gestión de ingresos

Entidad o persona que aprobó por última vez: Bill Thompson

## **DEFINICIONES:**

- I. Hospitales: A efectos de esta política, los hospitales incluyen:
  - A. Missouri
    1. SSM St. Mary's Health Center
    2. SSM Cardinal Glennon Children's Hospital
    3. SSM DePaul Health Center
    4. SSM St. Clare Health Center
    5. SSM St. Joseph Hospital West
    6. SSM St. Joseph Health Center
    7. SSM St. Joseph Health Center-Wentzville
    8. St. Francis Hospital & Health Services
    9. SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City
    10. SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
  - B. Oklahoma
    1. St. Anthony Hospital
    2. St. Anthony Shawnee Hospital
    3. Bone & Joint Hospital en St. Anthony
  - C. Wisconsin
    1. St. Mary's Hospital
    2. St. Clare Hospital
    3. St. Mary's Janesville Hospital
  - D. Illinois
    1. Good Samaritan Regional Health Center
    2. St. Mary's Hospital Centralia, Illinois
- II. Período de solicitud: se define como el tiempo que el hospital les proporciona a los pacientes para completen la solicitud de Asistencia Financiera. Comienza el primer día que se brinda la atención y finaliza el día número 240 después de que el hospital le proporciona al individuo el primer estado de cuenta después de ser dado de alta por la atención brindada.
- III. Área de servicio elegible: El área geográfica, identificada como un grupo de códigos postales, de la cual se originan 75% de las altas de un hospital para todas las instalaciones excepto Illinois. Para Illinois, se define el área geográfica como el estado entero.
- IV. Tamaño familiar: El tamaño familiar está definido por el Servicio de Impuestos Internos y equivale a la cantidad de individuos para los cuales se le permite al contribuyente una deducción en su declaración de impuestos federal. Si la documentación impositiva del IRS no está disponible, el tamaño familiar se determinará por la cantidad de miembros de la familia documentados y verificados en la solicitud de asistencia financiera.
- V. Ingreso familiar: El ingreso familiar se determina usando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza el siguiente ingreso cuando se calcula el Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés):
  - A. Incluye ingresos, indemnización por desempleo, indemnización por accidente laboral, seguro social, seguro de ingreso complementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de superviviente, ingreso por pensión o jubilación, interés, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia externa al grupo familiar y otras fuentes diversas;

- B. Los beneficios que no son en efectivo (tales como vales de alimentación y subsidios de vivienda) no se toman en cuenta;
  - C. Determinado antes de los impuestos;
  - D. Excluye ganancias o pérdidas de capital; e
  - E. Incluye el ingreso de todos los miembros de la familia que se encuentran incluidos en el tamaño familiar. (Las personas que no son parientes, como compañeros de hogar, no se toman en cuenta).
- VI. Nivel Federal de Pobreza (FPL): La cantidad mínima establecida del ingreso bruto que una familia necesita para la comida, vestimenta, transporte, vivienda y otras necesidades. Es determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y se ajusta para la inflación y se informa anualmente en forma de pautas de pobreza.
- VII. Asistencia financiera: Se define como servicios de atención a la salud gratis o con descuento proporcionados a personas que no pueden pagar la totalidad o una parte de sus obligaciones financieras por servicios y que cumplen con los criterios de la política de asistencia financiera de SSM Health.
- VIII. Indigencia financiera: Las personas indigentes desde el punto de vista financiero incluyen personas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y que cumplen con la elegibilidad de una institución para atención con descuento de hasta y que incluye un descuento del 100%.
- IX. Indigencia médica: Los pacientes indigentes desde el punto de vista médico incluyen personas con gastos médicos catastróficos para los que el pago de las facturas médicas pondría en riesgo la viabilidad financiera del hogar. Calificar como un paciente indigente desde el punto de vista médico no requiere la calificación como indigente desde el punto de vista financiero. Generalmente, las personas indigentes desde el punto de vista médico califican para reducciones en sus obligaciones de pagar por los servicios médicos prestados. El programa de Indigencia Médica considera la capacidad del paciente de pagar sin liquidar activos fundamentales para vivir o ganarse la vida, tal como el hogar, auto, pertenencias personales, etc. Se considera que todos los pacientes son elegibles para el estado de indigente desde el punto de vista médico con la excepción de los pacientes con un ingreso por debajo del 200% del FPL, ya que estos pacientes se consideran elegibles para el 100% de asistencia financiera según la definición de indigente desde el punto de vista financiero.
- X. Necesario desde el punto de vista médico: Definido por Medicare como servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una enfermedad, lesión o dolencia.
- XI. Obligación del paciente: Una cantidad cuyo pago es responsabilidad personal del paciente después de todos los descuentos disponibles, que incluyen descuento no asegurado, descuento de asistencia financiera y descuento debido a la limitación de cargos a pacientes según las reglamentaciones 501 (r).
- XII. Elegibilidad para supuesta caridad: SSM Health utilizará software analítico predictivo u otros criterios que lo ayuden a realizar una determinación de la elegibilidad de asistencia financiera en situaciones donde el paciente califica para asistencia financiera pero no ha proporcionado la documentación necesaria para realizar una determinación.
- XIII. Seguro insuficiente: El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de terceros pero todavía tiene gastos de bolsillo que exceden su capacidad financiera.

- XIV. No asegurado: El paciente no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de terceros que lo ayuden a cumplir con sus obligaciones de pago.

**PROCESO:**

- I. Servicios elegibles. A efectos de la presente política, todos los servicios de emergencia y servicios médicamente necesarios proporcionados por el centro hospitalario son elegibles.

Los siguientes servicios de asistencia médica no se consideran médicamente necesarios y no son elegibles según la presente política.

- A. Tratamiento y/o procedimientos cosméticos no relacionados con malformaciones congénitas graves o desfiguraciones físicas causadas por lesión o enfermedad que un médico con licencia determine que no son médicamente necesarios.
  - B. Procedimientos bariátricos que un médico con licencia determine que no son médicamente necesarios.
  - C. Cualquier otro servicio o procedimiento que un médico con licencia determine que no es médicamente necesario.
- II. Elegibilidad para asistencia financiera. La elegibilidad para asistencia financiera se considerará para aquellos individuos que:
- A. No tengan seguro médico o tengan seguro médico limitado;
  - B. Cooperen con las políticas y procedimientos de SSM Health;
  - C. Demuestren necesidad financiera;
  - D. Proporcionen toda la información necesaria para procesar la solicitud; y
  - E. Reembolsen al Hospital cualquier importe que el seguro pague directamente al paciente.

El otorgamiento de asistencia financiera se basará en la determinación individualizada de la necesidad financiera, y no tendrá en cuenta la edad, género, raza, estado social o de inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa. Una determinación de asistencia financiera tendrá vigencia durante un período de hasta 6 meses a partir de la fecha en que se aprobó la solicitud e incluirá todos las cuentas pendientes de cobrar incluyendo aquellas que se encuentran agencias de recaudación de incobrables.

De manera adicional, la presente política no se aplica a pacientes de vacaciones/que viajan internacionalmente que buscan tratamiento en un centro de SSM Health.

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

- A. Solicitud - Para ser elegible para la consideración de asistencia financiera, el paciente o garante debe completar el formulario de Solicitud de asistencia financiera del paciente y presentar la documentación solicitada como respaldo de los ingresos y gastos informados. Una solicitud cubrirá las obligaciones impagas del paciente para todas las cuentas abiertas para el mismo garante. Las solicitudes para asistencia financiera deben estar completas y ser precisas y deben incluir prueba verificable de ingresos y/o activos, así como también gastos inusuales.

Los pacientes también pueden presentar una solicitud de forma verbal, ya sea por teléfono a un Representante de asistencia financiera o personalmente con un Asesor financiero. El Representante de asistencia financiera o Asesor financiero documentarán las respuestas del paciente en el formulario de solicitud y el paciente verificará y confirmará toda la información. Para que la solicitud se considere completa, se debe proporcionar toda la documentación de respaldo.

Las solicitudes no se considerarán completas a menos que un analista de asistencia financiera reciba y evalúe la documentación solicitada. Los solicitantes recibirán una notificación por escrito con respecto a la decisión de su solicitud. El solicitante recibirá una declaración actualizada que reflejará cualquier descuento de asistencia financiera durante su próximo ciclo de facturación regular.

Los documentos solicitados incluyen:

1. Solicitud por escrito/verbal completada
2. Estados de cuenta de ahorro/bancarios de los últimos tres meses
  - a. Una explicación de cualquier depósito/gasto inusual en los estados de cuenta de ahorro/bancarios
  - b. Los documentos deben reflejar todos los depósitos.
3. Verificación de ingresos para el solicitante. Si el garante presentado con el matrimonio, presentó de forma conjunta los impuestos más recientes, el garante debe enviar la verificación de ingresos para el cónyuge también.
  - a. La verificación de ingresos puede incluir (lista no inclusiva): recibos de pago, cheques de desempleo, carta/cheques de adjudicación de seguro social, cartas de adjudicación de discapacidad, documentación de pensión alimenticia y verificación de pensión.
4. Documentación de declaración de impuestos
  - a. La declaración de impuestos más recientemente presentada o Carta de no presentación del IRS. Los impuestos deben estar acompañados por todos los programas de respaldo (A-F) y documentos (W2, 1099) para considerarlos completos.
5. Carta de aprobación/rechazo de Medicaid
  - a. Este es solo un requisito si el asesor financiero del centro ha preseleccionado al paciente para elegibilidad de Medicaid.
    - i. Si el paciente se preselecciona como potencialmente elegible, deben cooperar con el proceso de solicitud de Medicaid para ser elegible para la asistencia financiera con SSM Health.

No se aceptarán documentos que estén modificados.

Los documentos adicionales que se pueden solicitar (para que el paciente califique para indigencia médica) incluyen:

1. Verificación de gastos mensuales
  - a. Todas las facturas médicas, facturas de vivienda y cualquier otra factura esencial para las necesidades básicas de la vida.
2. Una declaración de ingresos/declaración del colaborador

B. Solicitudes incompletas – Todas las solicitudes incompletas recibirán una carta de notificación que detallará la información necesaria para cumplir con los requisitos de la documentación para elegibilidad. Si el solicitante envía documentación incompleta por segunda vez, el solicitante recibirá una carta y un intento de llamada telefónica para notificarle al paciente que su solicitud no está completa.

Las solicitudes para asistencia financiera se le pueden entregar al Asesor Financiero en el centro en el que se brindó la asistencia o enviarlas por correo a:

SSM Health  
A la atención de: Financial Assistance  
PO Box 28205  
St. Louis MO 63132  
Fax: (314) 989-6734

Las preguntas sobre la política de Asistencia Financiera pueden dirigirse al Servicio de atención al cliente de SSM Health, 855-989-6789.

C. Áreas de servicio elegibles – La elegibilidad para la asistencia financiera se puede restringir a residentes en áreas de servicio elegibles de las entidades operativas de SSM Health. Las entidades operativas de SSM Health pueden limitar la asistencia financiera a las Áreas de servicio elegibles solo si el año anterior:

1. El margen operativo es negativo; o
2. El costo de atención de caridad como porcentaje de los gastos totales es mayor que 3 (tres) por ciento.

Las entidades operativas de SSM Health que cumplen con estos criterios deben presentar una petición por escrito al Vicepresidente sénior de asuntos de misión, legales y gubernamentales con datos de respaldo y recibir una aprobación formal antes de implementar las restricciones de asistencia financiera a los residentes en áreas de servicio elegibles.

Los valores de SSM Health de dignidad humana y administración se reflejarán en el proceso de solicitud, determinación de la necesidad financiera y otorgamiento de la asistencia financiera. Las peticiones para asistencia financiera se procesarán rápidamente y SSM Health le notificará al paciente o solicitante por escrito dentro de un límite de tiempo razonable la recepción de la solicitud completada.

Cada paciente tiene la oportunidad de solicitar asistencia financiera antes del tratamiento y durante el Período de solicitud. La necesidad de asistencia financiera se volverá a evaluar en cada momento de servicio posterior si la última evaluación financiera se completó más de 6 meses antes, o en cualquier momento en el que se conozca información adicional pertinente a la elegibilidad del paciente para asistencia financiera.

- III. Elegibilidad para supuesta asistencia financiera: SSM Health proporciona 100% de asistencia financiera para tratamiento médicamente necesario según las supuestas pautas de que el paciente:
  - A. no está asegurado y tiene un ingreso familiar estimado inferior al 200% del FPL, y un puntaje de Crédito de atención a la salud de menos de 620 según se determina mediante fuentes de datos disponibles de forma externa tal como agencias de crédito; o
  - B. es una persona sin hogar o recibió asistencia de una clínica para personas sin hogar; o
  - C. es un difunto con patrimonio desconocido; o
  - D. el tribunal lo ha declarado en bancarrota
  
- IV. Descuentos a pacientes.
  - A. Descuentos no asegurados. SSM Health proporciona un descuento sobre los cargos brutos para todos los pacientes no asegurados (Véase el Anexo A).
  - B. Descuentos de caridad. SSM Health proporciona un descuento para pacientes elegibles basado en las Pautas del Nivel Federal de Pobreza. El descuento de asistencia de caridad se aplica a la obligación restante del paciente después del seguro para pacientes asegurados y después de que se aplica el descuento de no asegurado para pacientes con seguro insuficiente. (Véase el Anexo B).
  - C. Descuentos catastróficos. Los pacientes pueden ser elegibles para recibir un descuento caso a caso en función de las circunstancias específicas, tal como enfermedad catastrófica o Indigencia Médica, a discreción de SSM Health. En dichos casos, se pueden considerar otros factores para la determinación de la elegibilidad para servicios gratis o con descuentos, que incluyen:
    - 1. Cuentas bancarias, inversiones y otros activos
    - 2. Estado de empleo y capacidad de generar ingresos
    - 3. Importe y frecuencia de facturas por servicios de atención a la salud
    - 4. Otras obligaciones y gastos financieros
    - 5. Generalmente, la responsabilidad financiera será de no más del 25% del ingreso familiar bruto.
    - 6. Confirmación de ingresos/apoyo para ayudar a determinar el FPL, en caso de que falten documentos (“Declaración de ingresos/Declaración del colaborador”)
    - 7. Informe/s de crédito
  
- V. Cantidad Generalmente Facturada (AGB)/Limitación de cargos. SSM Health limita la cantidad que se cobra por la atención de emergencia y médicamente necesaria proporcionada a pacientes elegibles para asistencia financiera en virtud de esta política sin superar los cargos brutos por atención multiplicados por el porcentaje de AGB. El porcentaje de AGB se determina usando el método retroactivo. (Véase el Anexo C).



El porcentaje de AGB se calcula en el nivel del centro hospitalario, a un mínimo anualmente, con implementación no más de 120 días después de la finalización del período de 12 meses utilizado anteriormente.

- VI. Relación con respecto a las políticas de recaudación. Se espera que los pacientes/garantes paguen el importe de su cuenta que no califique para asistencia financiera según la presente política. Los pacientes/garantes que no paguen su saldo después de se hayan aplicado los descuentos asociados se someterán a procedimientos de recaudación normal. Véase la política de Facturación y recaudación de SSM para un cronograma completo de las actividades de recaudación a las que se someterá una cuenta. Se puede obtener una copia de la política de Facturación y recaudación de SSM sin cargo, ya sea llamando al Centro de servicio de atención al cliente (855-989-6789) o por medio de un Asesor financiero en cualquier centro local de SSM Health.
- VII. Proveedores cubiertos. Una lista de proveedores que están cubiertos bajo esta política y aquellos que no lo están se mantiene en: <http://www.ssmhealth.com/system/exceptional-care/financial-assistance>. Cualquier pregunta acerca de la inclusión o exclusión de proveedores que están cubiertos bajo esta política se puede dirigir al Servicio de atención al cliente de SSM Health al (855) 989-6789.
- VIII. Requisitos reguladores. En la implementación de la presente política, la administración e instalaciones de SSM Health deberán cumplir con otras leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que se pueden aplicar a las actividades llevadas a cabo según la presente política.
- IX. Documentación  
Los Servicios comerciales del paciente mantendrán los registros de las solicitudes de asistencia financiera, determinaciones de asistencia financiera y notificaciones a pacientes para documentar de forma adecuada la aplicación uniforme de la presente política de acuerdo con nuestra política de retención y destrucción de registros.
- X. Informes anuales  
Se le solicitará a cada centro que realice informes de la información relacionada con la asistencia financiera y los servicios no cubiertos para Medicaid y otros programas de ayuda pública para el indigente en el paquete de divulgación anual y en el programa de software Community Benefit Inventory for Social Accountability (CBISA) [Inventario de beneficios comunitarios para responsabilidad social]. La información que se recolectará incluirá:
  - A. Número total de personas atendidas
  - B. Cargos totales perdonados
  - C. Costo total de asistencia financiera tal como se define en esta política
  - D. Gastos incurridos por la provisión de asistencia financiera

Los impuestos, tasaciones o tasas del proveedor o fondos DSH de Medicaid en el estado adecuado se usan en su totalidad o en parte para compensar el costo de la asistencia financiera.

- XI. Preguntas sobre la política  
Si surgen preguntas operativas con respecto a la aplicación de determinadas pautas contenidas en la presente política, estas deberán dirigirse al Vicepresidente del sistema, Gestión de ingresos o al Director financiero de la entidad o red. La inclusión de pautas adicionales en las políticas de asistencia financiera de entidades o implementadas en la práctica que no se abordan en la presente política (por ejemplo, reducir la cantidad de camas unitarias disponibles para pacientes no asegurados o limitar la cantidad de pacientes no asegurados y/o de Medicaid a una oferta de

producto o línea de servicio particular) será revisada por el Vicepresidente sénior – asuntos de misión, legales y gubernamentales y se referirá a la Gestión del sistema para su consideración y aprobación.

**Anexo A: Descuentos no asegurados**

| <b>Región</b>    | <b>Descuentos/s no asegurado/s de cargos brutos</b> |
|------------------|---|
| Oklahoma         | 60%   |
| Wisconsin        | 20%   |
| Illinois del Sur | 20%   |
| Missouri central | 35%   |
| San Luis         | 40%, \$600 tasa plana para servicios de emergencia  |

## Anexo B: Descuentos de caridad

**Escala de elegibilidad móvil basada en el Nivel Federal de Pobreza para todas las regiones EXCEPTO las instalaciones de SSM Health en Oklahoma.**

| <b>Nivel Federal de Pobreza</b> | <b>Descuento de asistencia financiera</b> |
|---------------------------------|---|
| 0% – 200%                       | 100%                                      |
| 201% - 250%                     | 80%                                       |
| 251% - 300%                     | 60%                                       |
| 301% - 350%                     | 40%                                       |
| 351% - 400%                     | 20%                                       |
| Más de 400%                     | 0%  |

**Escala de elegibilidad móvil basada en el Nivel Federal de Pobreza para todas las instalaciones de SSM Health en Oklahoma.**

| <b>Nivel Federal de Pobreza</b> | <b>Descuento de asistencia financiera</b> |
|---------------------------------|---|
| 0% – 200%                       | 100%                                      |
| 201% - 250%                     | 80%                                       |
| 251% - 300%                     | 60%                                       |
| 301% - 350%                     | 50% del importe por encima de \$2,000     |
| 351% - 400%                     | 20% del importe por encima de \$2,000     |
| Más de 400%                     | 0%  |

### Anexo C: Limitación de cargos/AGB

| Hospital  | Método |
|---|--------|
| SSM St. Mary's Health Center, St. Louis, MO     | 1      |
| SSM Cardinal Glennon Children's Hospital        | 1      |
| SSM DePaul Health Center                        | 1      |
| SSM St. Clare Health Center                     | 1      |
| SSM St. Joseph Hospital West                    | 1      |
| SSM St. Joseph Health Center                    | 1      |
| SSM St. Joseph Health Center-Wentzville         | 1      |
| St. Francis Hospital & Health Services          | 1      |
| SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City | 1      |
| SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain        | 1      |
| St. Anthony Hospital                            | 1      |
| St. Anthony Shawnee Hospital                    | 1      |
| Bone & Joint Hospital en St. Anthony            | 1      |
| St. Mary's Hospital Madison, WI                 | 1      |
| St. Clare Hospital Baraboo, WI                  | 1      |
| St. Mary's Janesville, WI                       | 1      |
| Good Samaritan Regional Health Center           | 1      |
| St. Mary's Hospital Centralia, Illinois         | 1      |

#### Métodos:

1. Según este método, se utilizan todas las reclamaciones pagadas por las aseguradoras de salud privada y de pago por servicios de Medicare en los últimos 12 meses. Para estas reclamaciones, la suma de todos los importes de reembolso permitidos se divide entre la suma de los cargos brutos asociados.
2. Según este método, se utilizan todas las reclamaciones pagadas por los pagos por servicios de Medicare en los últimos 12 meses. Para estas reclamaciones, la suma de todos los importes de reembolso permitidos se divide entre la suma de los cargos brutos asociados.