

TÍTULO:

Política de asistencia financiera (atención de caridad) del hospital

DECLARACIÓN DE RESULTADOS:

La Política de asistencia financiera de SSM Health identifica las oportunidades de asistencia financiera a pacientes indigentes desde el punto de vista financiero o médico y que demuestran que no pueden pagar los servicios que se les proporcionan a ellos o a las personas que dependen de ellos. En la Política de asistencia financiera (FAP) se proporcionan y establecen pautas aplicables a todo el sistema para la asistencia financiera que garantiza el cumplimiento de todas las pautas estatales, federales y normativas.

SSM Health tiene el compromiso de brindar asistencia financiera a personas que tienen necesidades de asistencia médica y no tienen seguro o poseen un seguro insuficiente. De acuerdo con la 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, independientemente de la elegibilidad de las personas para la asistencia financiera o 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.
- Indica la asistencia financiera y otros descuentos que pueden proporcionarse a los pacientes.

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 la asistencia financiera.

Para administrar sus recursos de manera responsable y 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.

* Conforme se exige en virtud del párrafo 482.12 A-0043 del Reglamento de los Centros de Servicios (CMS), Condiciones para la participación: Organismo rector; los siguientes hospitales se incluyen como centros de SSM: **Missouri:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital, St. Louis y SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital, (2) SSM Health DePaul Hospital, St. Louis, (3) SSM Health St. Clare Hospital, Fenton, (4) SSM Health St. Joseph Hospital, Lake St. Louis, (5) SSM Health St. Joseph Hospital, St. Charles y SSM Health St. Joseph Hospital, Wentzville, (6) SSM Health Saint Louis University Hospital, (7) SSM Health St. Francis Hospital, Maryville, (8) SSM Health St. Mary's Hospital, Jefferson City, (9) SSM Health St. Mary's Hospital, Audrain. **Oklahoma:** (1) St. Anthony Hospital y Bone & Joint Hospital en St. Anthony, (2) St. Anthony Shawnee Hospital, **Wisconsin:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital, Madison, (2) SSM Health St. Clare Hospital, Baraboo, (3) SSM Health St. Mary's Hospital, Janesville, **Illinois:** (1) SSM Health St. Mary's Hospital, Centralia y (2) SSM Health Good Samaritan Hospital, Mt. Vernon

ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los hospitales de SSM Health*.

INFORMACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DE ARCHIVOS:

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

Fechas de revisión: 15/06/2015, 01/08/2016, 10/01/2017, 14/05/2018

Autor(es): Julie Underwood, directora, Patient Services Center (Centro de servicio del paciente)

Revisores: Paul Sahney, vicepresidente del sistema, Gestión de ingresos;
Kris Zimmer, director financiero

Entidad o persona que aprobó por última vez: Laura Kaiser, presidente/CEO

Fecha aprobada: 24 de mayo de 2018

DEFINICIONES:

- I. **Período de solicitud:** Se define como el tiempo que el hospital proporciona a los pacientes para completar 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.
- II. **Área de servicio elegible:** El área geográfica, identificada como un grupo de códigos postales, de la cual se originan el 75 % de las altas de un hospital para todos los hospitales.
- III. **Tamaño familiar:** El tamaño familiar está definido por el Servicio de impuestos internos (IRS) 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.
- IV. **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):
 - 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).
- V. **Nivel federal de pobreza (FPL):** El importe mínimo establecido del ingreso bruto que una familia necesita para alimentos, vestimenta, transporte, vivienda y otras necesidades. Es determinado por el Departamento de salud y servicios humanos, se ajusta a la inflación y se informa anualmente en forma de pautas de pobreza.

- VI. **Asistencia financiera:** Se define como los servicios de atención a la salud de manera gratuita 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.
- VII. **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 el 100 %.
- VIII. **Indigencia médica:** Los pacientes indigentes desde el punto de vista médico incluyen personas con gastos médicos importantes para quienes 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 implica 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 pago 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, el auto, las pertenencias personales, etc. Se considera que todos los pacientes son elegibles para el estado de indigencia médica 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 indigencia financiera.
- IX. **Servicios necesarios desde el punto de vista médico:** Definido por Medicare como los servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de una enfermedad, lesión o dolencia.
- X. **Obligación del paciente:** Un importe 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).
- XI. **Comunidad sencilla:** Un grupo religioso conectado por negocios, cultura compartida y vida sencilla (amish, menonitas, entre otros)
- XII. **Elegibilidad para supuesta caridad:** SSM Health utilizará software analítico predictivo u otros criterios que lo ayuden a determinar la elegibilidad para la 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 cobertura de seguro para la atención médicamente necesaria proporcionada.

PROCESO:

- I. **Servicios elegibles:** A efectos de la presente política, todos los servicios médicamente necesarios y de emergencia proporcionados por el hospital son elegibles.
Los siguientes servicios de atención 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 la 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 la asistencia financiera se basará en una determinación individual de la necesidad financiera y no se tendrá en cuenta la raza, el color, la nacionalidad, la religión, el sexo, la identidad de género, la orientación sexual, la discapacidad, la edad, el estado civil, el estado socioeconómico ni el origen del pago. Una determinación de asistencia financiera tendrá vigencia durante un período de hasta 60 días. Esta elegibilidad comienza en la fecha de aprobación y abarcará todas las cuentas pendientes de cobrar, incluidas aquellas que se encuentran en agencias de recaudación de incobrables.

III. 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 o pacientes adicionales, quienes figuran en la solicitud como residentes en la misma dirección. Las solicitudes de asistencia financiera deben estar completas y ser precisas y deben incluir prueba verificable de ingresos o activos, además de 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 documentará 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.

Los valores de SSM Health de respeto 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 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.

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.

Para las solicitudes de asistencia financiera, se requieren los siguientes documentos (tenga presente que no se aceptarán los documentos si están modificados):

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.
 - a) La verificación de los ingresos puede incluir, entre otros: recibos de sueldo, cheques de desempleo, cartas/cheques de adjudicación de seguro social, cartas de adjudicación de discapacidad, documentación de pensión alimenticia y verificación de pensión.
 - b) Si el garante presentado está casado y presenta de forma conjunta los impuestos más recientes, el garante debe enviar también la verificación de ingresos para el cónyuge.
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 (A-F) y documentos (W2, 1099) de respaldo para considerarse completos.

5. Carta de aprobación/rechazo de Medicaid
 - a) Este es solo un requisito si el asesor financiero del hospital ha preseleccionado al paciente para elegibilidad de Medicaid.
 - b) 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.
6. Los documentos adicionales que se pueden solicitar (para que el paciente califique para indigencia médica) incluyen lo siguiente:
 - a) Verificación de gastos mensuales
 - b) Todas las facturas médicas, facturas de vivienda y cualquier otra factura esencial para las necesidades básicas de la vida.
 - c) Una declaración de ingresos/declaración del colaborador

B. Consideración para los activos del paciente: Los activos disponibles que superen los \$5,000, con la excepción de los activos protegidos que se enumeran a continuación, se sumarán a los ingresos del año actual al establecer el nivel de asistencia financiera que se ofrecerá al paciente.

Entre los activos protegidos se incluyen los siguientes:

1. 50 % del patrimonio en residencia primaria hasta \$50,000;
2. Vehículos de uso comercial;
3. Herramientas o equipos de uso comercial; equipo razonable requerido para mantener la actividad comercial;
4. Propiedad de uso personal (vestimenta, artículos para el hogar, muebles);
5. IRA, 401K, planes de jubilación con valor en efectivo;
6. Adjudicación financiera recibida de emergencias catastróficas no médicas;
7. Fideicomisos irrevocables para pago de gastos de sepultura, planes funerarios prepagos; y/o
8. Planes de ahorros universitarios estatales o federales.

C. Elegibilidad para supuesta asistencia financiera: SSM Health comprende que es posible que determinados pacientes no puedan completar la solicitud de asistencia financiera. Por este motivo, la elegibilidad de los pacientes para acceder a la asistencia financiera se establecerá a partir de fuentes de datos de terceros que estén disponibles, como las agencias de informes de crédito. (Véase el Anexo C para consultar los criterios del puntaje de créditos e ingresos). Además, se otorgará supuesta asistencia financiera a pacientes sin hogar o que hayan recibido atención de una clínica para personas sin hogar, pacientes difuntos con patrimonio desconocido o pacientes a quienes los tribunales les hayan otorgado amparo por bancarrota.

D. 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, recibirá una carta y una llamada telefónica para notificarle al paciente que su solicitud no está completa.

Las solicitudes para asistencia financiera se pueden entregar al asesor financiero en el hospital donde se brindó la atención o se pueden enviar por correo a:

SSM Health
A la atención de: Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis, MO 63132
Fax: (314) 989-6734
Correo electrónico:
financialaid@ssmhealth.com

Las preguntas sobre la Política de asistencia financiera pueden dirigirse al Servicio de atención al cliente de SSM Health, al 855-989-6789.

- IV. **Áreas de servicio elegibles:** La elegibilidad para la asistencia financiera podría estar restringida para los 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:
- A. El margen operativo fue negativo.
 - B. El costo de atención de caridad como porcentaje de los gastos totales fue mayor que el tres (3) por ciento.
- Las entidades operativas de SSM Health que cumplen con estos criterios deben presentar una petición por escrito al director de Integración de la misión con datos de respaldo y recibir una aprobación formal antes de implementar las restricciones de asistencia financiera a los residentes en el área de servicio elegible.
- V. **Cooperación para el establecimiento de cobertura:** SSM Health, respaldado por algunos proveedores especializados, ayudará proactivamente a los pacientes a solicitar programas públicos y privados para establecer la cobertura de los servicios de atención médica. SSM Health puede negar el apoyo financiero a aquellas personas que no cooperan para solicitar esos programas (p. ej., Medicaid, COBRA, Ticket to Work) que pueden pagar por sus servicios de atención médica.
- VI. **Servicios fuera de la red:** Los hospitales de SSM Health no están dentro de la red para ciertos planes de seguro. Como proveedor fuera de la red, SSM Health no puede recibir ningún reembolso de la compañía de seguros. Los pacientes que buscan servicios en los hospitales de SSM Health, fuera de la red de su plan de seguro, no son elegibles para asistencia financiera si otros proveedores dentro del área de servicio elegible del hospital de SSM tienen proveedores dentro de la red capaces de proporcionar el servicio.
- VII. **Pacientes internacionales o de viaje:** La asistencia financiera no estará disponible para pacientes internacionales o de viaje.
- VIII. **Pacientes de la comunidad sencilla:** Debido a la incapacidad de estos pacientes para cooperar con la solicitud de cobertura del seguro y la capacidad de proporcionar la documentación de respaldo necesaria, estos pacientes no serán elegibles para recibir asistencia financiera. Se proporcionará un descuento a los pacientes de la comunidad sencilla (véase la sección IX).
- IX. **Descuentos a pacientes:**
- A. **Descuentos de 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 de caridad 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 sin seguro (véase el Anexo B).
 - C. **Descuentos de la comunidad sencilla:** Los miembros de una comunidad sencilla establecida recibirán un descuento en el rango del seguro de salud promedio privado y de pago por servicios de Medicare a 10 puntos porcentuales por debajo del promedio.
 - D. **Descuentos por motivos catastróficos:** Los pacientes pueden ser elegibles para recibir un descuento caso a caso en función de las circunstancias específicas, como enfermedad importante o Indigencia médica, a discreción de SSM Health. En dichos casos, se pueden considerar otros factores para la determinación de la elegibilidad para servicios gratuitos 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 no superará el 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

X. **Cantidad generalmente facturada (AGB)/limitación de cargos:** SSM Health limita el importe que se cobra por la atención de emergencia y medicamento 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 D).

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

XI. **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 la aplicación de los descuentos asociados se someterán a procedimientos de recaudación normal. Consulte la política de Facturación y recaudación de SSM para ver 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 hospital de SSM Health.

XII. **Proveedores cubiertos:** Puede ver una lista de proveedores que están cubiertos bajo esta política y, aquellos que no lo están, en: <https://www.ssmhealth.com/SSMHealth/media/Documents/SSM-Health-Provider-Listing-all-facilities-FAP.pdf>.

Cualquier pregunta acerca de la inclusión o exclusión de proveedores que están cubiertos por esta política se puede dirigir al Servicio de atención al cliente de SSM Health al (855) 989-6789.

XIII. **Requisitos normativos:** En la implementación de la esta política, la administración y las instalaciones de SSM Health deben cumplir con todas las demás leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que se pueden aplicar a las actividades llevadas a cabo según la presente política.

XIV. **Documentación:** Los Servicios comerciales del paciente conservarán los registros de las solicitudes de asistencia financiera, determinaciones de asistencia financiera y notificaciones a pacientes para documentar de forma adecuada la aplicación justa y uniforme de la presente política de acuerdo con nuestra política de conservación y destrucción de registros.

XV. **Informes anuales:** Se solicitará a cada hospital que presente 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 lo siguiente:

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

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

XVI. **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 director del Centro de servicio del paciente o al vicepresidente del sistema, Gestión de ingresos. Cualquier pauta adicional para la implementación debe ser revisada por el director de Integración de la misión y derivada a la Gestión del sistema para su consideración y aprobación.

Anexo A: Descuentos de no asegurados

Región	Descuento(s) de no asegurado(s) de cargos brutos
Oklahoma	45 %
Wisconsin	23 %
Sur de Illinois	20 %
Maryville	15 %
Centro de Missouri	35 %
Saint Louis (salvo St. Louis University Hospital)	40 %
Saint Louis University Hospital	60 %

Los descuentos para pacientes sin seguro se fijaron dentro de un rango del 55 % al 65 % del descuento promedio comercial para cada región.

Anexo B: Descuentos de caridad

Escala de elegibilidad móvil basada en el Nivel federal de pobreza para todas las regiones.

Nivel federal de pobreza	Descuento de asistencia financiera
0 % a 200 %	100 %
201 % a 250 %	80 %
251 % a 300 %	60 %
301 % a 350 %	50 % del importe por encima de \$2,000
351 % a 400 %	20 % del importe por encima de \$2,000
Más de 400 %	0 %

Anexo C: Pautas para supuesta asistencia financiera

para pacientes sin seguro

Nivel federal de pobreza	Puntaje de créditos de salud	Descuento de asistencia financiera
0 % a 200 %	Menos de 620	100 %
201 % a 250 %	Menos de 620	80 %
251 % a 300 %	Menos de 620	60 %
301 % a 350 %	Menos de 620	50 % del importe por encima de \$2,000
351 % a 400 %	Menos de 620	20 % del importe por encima de \$2,000

Pacientes con seguro

Nivel federal de pobreza	Puntaje de créditos de salud	Descuento de asistencia financiera
0 % a 200 %	Menos de 620	100 % del importe por encima de \$2,000

Anexo D: Limitación de cargos/AGB

Hospital	Método
St. Mary's Health Center, St. Louis, MO	1
Cardinal Glennon Children's Hospital	1
DePaul Health Center	1
St. Clare Health Center	1
St. Joseph Hospital West	1
St. Joseph Health Center	1
St. Joseph Health Center, Wentzville	1
St. Francis Hospital & Health Services	1
St. Mary's Hospital, Jefferson City	1
St. Mary's Hospital, Audrain	1
Saint Louis University Hospital	3
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:

- a) 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.
- b) Según este método, el hospital establece la cantidad generalmente facturada (AGB) respecto del importe que el hospital determina que podría ser el total que Medicare o Medicaid pudiera permitir para la atención (incluye el importe que Medicare o Medicaid podría reembolsar y el importe que el beneficiario pagaría personalmente en forma de copagos, coseguro y deducible).