

ARREGLOS y ASISTENCIA FINANCIERA: FINANZAS – Prisma Health-Blount Memorial Hospital
FECHE DE VIGENCIA: 1º de diciembre, 2024Declaración de política:

Prisma Health está aquí para crear un mejor estado de salud para los pacientes, las familias y las comunidades. En el centro de todo lo que hacemos está nuestro propósito: inspirar salud. Servir con compasión. Hacer la diferencia. Esto incluye nuestro compromiso de brindar asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar por el total o parte de su factura.

Una responsabilidad adicional de Prisma Health requiere que genere ingresos suficientes para proporcionar atención de alta calidad al paciente y mantener una posición financiera sólida. Prisma Health ha adoptado esta política para brindar asistencia financiera que responda a la población a quien servimos y mantener los costos de hospitalización al mínimo.

Todas las Instalaciones o Centros de Prisma Health están disponibles para los pacientes sin distinción de raza, color, religión, edad, sexo u origen nacional o cualquier otro factor diferenciador discriminatorio. No se negarán los servicios de emergencia por incapacidad de pago. Se requieren arreglos financieros satisfactorios antes de que se presten los servicios electivos. Los casos electivos sin acuerdos financieros satisfactorios podrían diferir con el consentimiento del médico.

Todos los médicos empleados de Blount Memorial Physicians Group que brindan servicios médicamente necesarios y/o de emergencia en instalaciones hospitalarias, departamentos hospitalarios fuera de los complejos hospitalarios y consultorios médicos de Prisma Health participan en esta Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés). No todos los servicios son elegibles para asistencia financiera. Los proveedores independientes del Personal Médico de Prisma Health no participan en la FAP. Puede encontrar una lista completa de estos proveedores en: https://blountmemorial.org/resources--online_business_office--financial_assistance o escribiendo a Prisma Health Blount Memorial Hospital, Attn: Business Office 907 E. Lamar Alexander Pkwy, Maryville, TN 37804.

Definiciones:

1. **AGB:** Montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen cobertura de seguro médico. Prisma Health ha elegido determinar los AGB utilizando el Método Retrospectivo como se define a continuación. El porcentaje de AGB puede localizarse en páginas 4 y 5 de esta política.
2. **ECA:** Acciones Extraordinarias de Cobro: las acciones que se toman para cobrar una deuda incluyen, entre otras, reportar deudas a las agencias de crédito, vender la deuda a un tercero y ejecutar gravámenes, embargos y otras medidas legales.
3. **FPG:** Lineamiento Federal de Pobreza (publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.).
4. **Metodología Retrospectiva de Medicare:** Cálculo que se basa en reclamaciones pasadas reales pagadas al centro hospitalario mediante el pago por servicio de Medicare únicamente o el pago por servicio de Medicare junto con todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al centro hospitalario (incluyendo, en cada caso, cualquier parte asociada de estas reclamaciones pagadas por los beneficiarios de Medicare o individuos asegurados).

5. Área de Captación de Servicios: Una región geográfica que atiende el hospital.
6. Centro de Atención Terciaria: Un hospital que brinda atención especializada por especialistas en un gran hospital después de una remisión de atención primaria y atención secundaria. Los centros terciarios usualmente incluyen lo siguiente:
 - 6.1. Un gran hospital que normalmente cuenta con un complemento completo de servicios que incluyen pediatría, obstetricia, medicina general, ginecología, diversas ramas de cirugía y Psiquiatría. o
 - 6.2. Un hospital especializado dedicado a la atención de subespecialidades concretas (centros pediátricos, centros oncológicos, hospitales psiquiátricos). Los pacientes suelen ser remitidos a hospitales más pequeños a un hospital terciario para operaciones importantes, consultas con subespecialistas y cuando se requieren instalaciones de cuidados intensivos sofisticadas.

Pasos procedimentales:

1. Arreglos Financieros Satisfactorios:
 - 1.1 Todos los arreglos financieros se realizarán utilizando las siguientes pautas después de que el médico determine el estado del paciente:
 - 1.1.1. Servicios de Emergencia: Servicios hospitalarios inmediatos de hospitalización, ambulatorios o de emergencia en los que el paciente corre peligro de perder la vida o una extremidad y que son necesarios para evitar la muerte u otros riesgos graves para la salud. Los arreglos financieros deben hacerse tan pronto como sea práctico después de que se preste la atención estabilizadora.
 - 1.1.2. Servicios de Rutina/Medicamente Necesarios: Servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de medicina, sin peligro inminente. Se deben hacer arreglos financieros antes de prestar el servicio.
 - 1.1.3. Servicios Electivos: Escogidos (seleccionados) por el paciente o el médico y son ventajosos para el paciente, pero no son urgentes y que puedan o no considerarse médicamente necesarios (por ejemplo, cirugía estética). Se deben hacer arreglos financieros antes de prestar el servicio.
 - 1.2. Los arreglos financieros satisfactorios pueden consistir en uno o una combinación de los siguientes:
 - 1.2.1. Pago total de la obligación del paciente se efectúa antes de que se presten los servicios.

- 1.2.2. Existen beneficios de seguro de hospitalización adecuados que el paciente asignó a Prisma Health para el pago de los servicios. La cobertura de responsabilidad civil automovilística por sí sola no se considera un seguro de hospitalización adecuado.
 - 1.2.3. Patrocinio por parte de un tercero, como Medicare, Medicaid u otras agencias que contraten con Prisma Health para el pago de la atención brindada a los pacientes tras previa verificación de elegibilidad.
 - 1.2.4. Si Prisma Health determina que el paciente no tiene medios disponibles o inadecuados para pagar los servicios, se evaluará al paciente para obtener asistencia financiera.
 - 1.3. El descuento porcentual específico para ingresos superiores al 200% hasta el 400% del FPG se actualiza anualmente y el ajuste de la escala móvil se basa en la metodología retrospectiva de Medicare. La aprobación de la Junta Permanente permite los límites de ingresos específicos y porcentaje de descuento que se actualizará anualmente. El ajuste de la escala móvil se determina a partir de reclamaciones pasadas reales pagadas al centro hospitalario por el sistema de pago por servicio de Medicare junto con todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al centro hospitalario (incluyendo, en cada caso, cualquier porción asociada de estas reclamaciones pagadas por los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas) por un período de doce meses. Los AGB se calculan para cada centro hospitalario y el que tiene la asignación de ajuste más alta se utiliza para todas las instalaciones.

TABLA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA A partir del 01/12/2024		
# de personas en la familia	Límite del nivel de ingresos 0-200%	Límite del nivel de ingresos >200% - Hasta 400%
1	30.120 dólares.	60.240 dólares.
2	40.880 dólares.	81.760 dólares.
3	51.640 dólares.	103.280 dólares.
4	62.400 dólares.	124.800 dólares.
5	73.160 dólares.	146.320 dólares.
6	83.920 dólares.	167.840 dólares.
7	94.680 dólares.	189.360 dólares.
8	105.440 dólares.	210.880 dólares.
Para cada persona Más de 8 Añadir	10.760 dólares.	21.520 dólares.
Subsidio para dar si no está asegurado	100%	79% basado en AGB*
Subsidio a dar si está asegurado	100%	Consulte Escala móvil descrita en este documento

*Consulte la sección 1.3 de esta política para obtener detalles sobre el cálculo de AGB.

TABLA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA A partir del 20/01/2025		
# de personas en la familia	Límite del nivel de ingresos	
	0-200%	>200% - Hasta 400%
1	\$ 31,300.	62.600 dólares.
2	\$ 42,300.	84,600 dólares.
3	53.300 dólares.	106.600 dólares.
4	64.300 dólares.	128.600 dólares.
5	\$ 75.300.	\$ 150.600.
6	\$ 86.300.	172.600 dólares.
7	97.300 dólares.	194.600 dólares.
8	\$ 108.300.	216.600 dólares.
Por cada persona mayor de 8 años, agregue	\$ 11.000.	22.000 dólares.
Subsidio para dar si no está asegurado	100%	79% basado en AGB*
Subsidio a dar si está asegurado	100%	Ver Escala Móvil esbozado en este documento

- 1.4. A ninguna persona elegible para recibir asistencia financiera según esta política se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria de los Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas con seguro que cubre dicha atención. Esto se aplica a todos los pacientes si la atención es de emergencia o médicamente necesaria, independientemente del condado de residencia. La asistencia financiera no está disponible para atención electiva a menos que la apruebe el Director Financiero (CFO) o el vicepresidente del Ciclo de Ingresos.
- 1.5. Prisma Health no brinda asistencia financiera a pacientes que residen en un país extranjero. Las aprobaciones basadas en excepciones se pueden otorgar caso por caso antes de que se presten los servicios y quedan a discreción del Director Financiero (CFO) o del vicepresidente del Ciclo de Ingresos.
- 1.6. Los pacientes que tienen un beneficio de la red con un proveedor dentro de la red que no sea Prisma Health pueden optar por recibir servicios fuera de la red. El beneficio fuera de la red puede pagar una pequeña suma, o nada en absoluto, por los cargos facturados. La asistencia financiera no está disponible para cargos no cubiertos debido a que el paciente elige recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, cualquier paciente fuera de la red que reciba atención de emergencia relacionada o necesite un nivel de atención proporcionado únicamente por Prisma Health es elegible para presentar una solicitud. La duración de la elegibilidad fuera de la red será de hasta 90 días después del alta. La asistencia financiera tampoco está disponible para pacientes que participan en un programa ministerial compartido que proporciona reembolso financiero al paciente. Las excepciones por circunstancias atenuantes pueden ser aprobadas por el Director Financiero (CFO) o el Vicepresidente de Ciclo de Ingresos Agudo.

2. Método para solicitar Asistencia Financiera:

- 2.1. Se insta a todos los pacientes que crean que pueden cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera a completar, firmar y enviar una Solicitud de Asistencia Financiera. La Solicitud de Asistencia Financiera, Facturación y La Política de Cobranzas, así como información sobre los procesos de solicitud de asistencia financiera, están ampliamente publicadas. Se puede obtener información:
 - 2.1.1. Visitando el sitio web de Prisma Health-Blount Memorial Hospital en https://blountmemorial.org/resources—online_business_office—financial_assistance
 - 2.1.2. Llamando a Servicios Financieros Para Pacientes de Prisma Health-Blount Memorial Hospital al 865-977-5599.
 - 2.1.3. Enviando una solicitud a:
Prisma Health-Blount Memorial Hospital, Attn: Financial Assistance
907 E. Lamar Alexander Pkwy. Maryville, TN 37804
 - 2.1.4. Visitando la Oficina Comercial de Prisma Health Blount Memorial Hospital. Los representantes están disponibles para proporcionar una copia de la Solicitud de Asistencia Financiera o ayudar al paciente/fiador a completar y enviar la solicitud.
- 2.2. La documentación requerida que debe presentar junto con la solicitud de asistencia financiera es:
 - 2.2.1. Dos (2) talones de pago más recientes

Las copias impresas son sólo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

- 2.2.2. Estados de cuentas corrientes y de ahorros bancarios que muestren activos líquidos
- 2.2.3. Las personas que trabajan por cuenta propia deben presentar la declaración de impuestos personales y comerciales de los años más recientes.
- 2.2.4. Comprobante de residencia:
 - 2.2.4.1. Identificación emitida por el gobierno, recibo de sueldo con dirección particular, contrato de alquiler o hipoteca con dirección indicada, extracto bancario con dirección indicada, factura de servicios públicos con dirección o una certificación escrita de una persona que proporciona vivienda (con dirección) si no hay acceso a ninguno de los formularios enumerado
- 2.3. Si no presenta la documentación requerida puede resultar en la denegación de la solicitud de asistencia financiera.

3. Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs, por sus siglas en inglés):
 - 3.1. Prisma Health no participará en ECA contra un individuo para obtener el pago por la atención antes de realizar esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta Política de Asistencia y Arreglos Financieros. La Administración del Ciclo de Ingresos de Prisma Health tiene la responsabilidad final de delinear los procesos para garantizar que el centro hospitalario haya hecho esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera antes de participar en ECA.
 - 3.1.1. Prisma Health-Blount Memorial Hospital ofrece a los pacientes opciones de pago cuando no se dispone de seguro o asistencia financiera disponible:
 - 3.1.1.1. Pagos internos sin intereses.
 - 3.1.1.2. Los pacientes pueden comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener más detalles.
 - 3.2. Los saldos de los pacientes que no cumplan con los requisitos para asistencia financiera y no se hayan pagado pueden enviarse a una agencia de cobranza. Estas acciones se describen con más detalle en la Política de Facturación y Cobros. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta política separada de Prisma Health como se indica en la lista de contactos de esta política o visitando https://blountmemorial.org/resources--online_business_office--financial_assistance.
4. Criterios de Elegibilidad para Asistencia Financiera:
 - 4.1. Ofrecemos revisiones para Medicaid, para el Programa de Asistencia Financiera de Prisma Health y tarifas con descuento para pacientes sin seguro que no reúnan los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera. También disponemos de planes de pago. Es necesario cooperar en el proceso de revisión de Medicaid para que la solicitud de Asistencia Financiera se revise y procese. Los solicitantes deben llenar y firmar la Solicitud de Asistencia Financiera. Este requisito puede dispensarse en caso de que la totalidad de las circunstancias indiquen que el paciente reuniría los requisitos para recibir asistencia financiera, pero circunstancias como que el paciente haya fallecido, no tenga hogar, sea transeúnte o, como resultado de una incapacidad física o mental, no pueda proporcionar la información requerida, por nombrar algunas. Los pacientes con un saldo activo o aquellos que tienen una visita programada con Prisma Health son elegibles para solicitarla a menos que el paciente esté participando en el proceso interno de revisión de Medicaid. Las excepciones por circunstancias atenuantes puede aprobarlas el director financiero (CFO) o el vicepresidente del ciclo de ingresos agudos.
 - 4.2. Los criterios de elegibilidad se describen a continuación en las secciones uno a seis. Si una

persona no cumple con los criterios basados en los requisitos descritos en las secciones uno a seis, la persona puede calificar bajo la sección siete, que es un medio alternativo de calificar con base en una dificultad financiera significativa.

4.2.1. Los solicitantes deben cumplir con los siguientes criterios:

- 4.2.1.1. Residente de la zona de influencia del servicio, extranjero admitido por residencia permanente o persona domiciliada en la zona de influencia del servicio.
- 4.2.1.2. Las personas no aseguradas y las personas aseguradas dentro de la red que cumplan con todos los criterios para asistencia financiera con un nivel de ingresos igual o inferior al 200 % del Lineamiento Federal de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) reciben un ajuste del 100% en los servicios cubiertos.
- 4.2.1.3. Las personas sin seguro con un nivel de ingresos de > 200% FPG hasta 400% FPG reciben atención con descuento según una escala móvil como se establece en esta política.
- 4.2.1.4. Las personas aseguradas dentro de la red que cumplan con todos los criterios para recibir asistencia financiera con un nivel de ingresos > 200% hasta 400% del FPG recibirán un ajuste de saldo después del seguro por los servicios cubiertos.

Saldo de la Consulta Después del Seguro	Descuento Proporcionado
\$2.000 - \$5.000	35%
>\$5.000 - \$10.000	45%
> \$10.000	55%

4.2.2. Límites de recursos:

- 4.2.2.1. Líquidos convertibles en efectivo e innecesarios para la vida diaria del paciente; que no exceda un valor total combinado de diez mil dólares (\$10.000).

4.2.3. La composición del hogar se utiliza para calcular el nivel de asistencia financiera y se basa en los ingresos y el número de dependientes en la familia de los que el fiador sea financieramente responsable. Estas son personas reclamadas en la declaración de impuestos de un individuo. La composición del hogar se define como sigue:

- 4.2.3.1. Adulto: una persona mayor de dieciocho (18) años o menor que esté o haya estado casada o a la que se le haya retirado la minoría de edad a efectos generales, es decir, menor emancipado.
- 4.2.3.2. Parejas no casadas: Aquellos que viven juntos como una pareja casada/unificada que mantienen bienes comunes y/o hijos juntos.
- 4.2.3.3. Tutor Conservador: una persona designada por un tribunal para tener responsabilidad legal de un menor.
- 4.2.3.4. Hijo menor de edad: una persona hasta el mes del decimonoveno (19))

Las copias impresas son sólo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

cumpleaños inclusive y que se declara como dependiente en la declaración de impuestos federales de un adulto. Esta persona se toma en cuenta en la composición del hogar, pero no en los ingresos. Una persona mayor de dieciocho (18) años se considera su propio fiador y los ingresos de los padres no se toman en cuenta al determinar la asistencia financiera para esa persona.

4.2.4. Plazos para presentar una solicitud:

4.2.4.1. El plazo para presentar la solicitud de asistencia financiera es de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

4.2.5. Duración de Elegibilidad:

4.2.5.1. La duración de la elegibilidad será de doce (12) meses a partir de la fecha de la solicitud.

4.2.6. Prisma Health tiene derecho a revocar su asistencia financiera si en cualquier momento durante su período de elegibilidad ya no cumple con los criterios de elegibilidad. El paciente debe esperar seis (6) meses antes de volver a presentar una solicitud, ya sea que se le niegue o revoque la elegibilidad, a menos que existan circunstancias atenuantes que hayan afectado su situación financiera.

4.2.7. Acontecimiento Catastrófico:

4.2.7.1. Los pacientes que hayan solicitado asistencia financiera y se haya determinado que no cumplen los requisitos pueden calificar bajo la cláusula catastrófica. Un acontecimiento catastrófico se define como un episodio de atención en el que la obligación del paciente no asegurado con Prisma Health excede el 25 % del ingreso bruto anual del hogar. Para los pacientes asegurados, la obligación del paciente después del seguro, por un servicio cubierto, debe exceder el 25% del ingreso bruto anual del hogar. La cobertura catastrófica no se aplica a los servicios no cubiertos por el seguro del paciente.

4.2.7.2. La asistencia financiera no se agregará al registro del paciente para fechas futuras de servicio. El individuo puede volver a presentar la solicitud cuando reciba servicios adicionales. Las excepciones por circunstancias atenuantes pueden ser aprobadas por el Director Financiero (CFO) o el Vicepresidente de Ciclo de Ingresos Agudo.

4.2.8. Los pacientes también pueden ser elegibles para otras formas de asistencia no cubiertas por esta política, como descuentos en reemplazo de medicamentos u

otros programas según estén disponibles.

- 4.3. En caso de que se solicite información/documentación adicional pero no se reciba (los ejemplos incluyen, entre otros, extractos bancarios, declaraciones de impuestos de los años más recientes u otros documentos financieros), la cuenta se dispondrá catorce (14) días después de la solicitud y puede ser denegado por no presentar la información/documentación solicitada.

5. Presunta Elegibilidad

- 5.1. Hay ciertos escenarios en los que se puede considerar que un paciente ha cumplido criterios para la asistencia financiera con carácter presuntivo. No se requerirá una solicitud de asistencia financiera en estos casos.
- 5.1.1. Pacientes que tienen doble elegibilidad para Medicare y Medicaid o son elegibles para Medicaid. En caso de que el copago no se haya satisfecho después del envío de una factura.
 - 5.1.2. Pacientes que presentaron su solicitud y se determinó que no estaban cubiertos por Medicaid pueden considerarse elegibles para recibir asistencia financiera.
 - 5.1.3. Pacientes que están cubiertos por “Family Planning Only Medicaid” para servicios no cubiertos por Family Planning Only Medicaid.
 - 5.1.4. Los pacientes que están cubiertos por los servicios de emergencia de Medicaid pueden considerarse elegibles para recibir asistencia financiera para servicios no cubiertos por los Servicios de Emergencia de Medicaid.
 - 5.1.5. Pacientes que son elegibles para Medicaid retro y la reclamación no la paga Medicaid.
 - 5.1.6. Pacientes que son elegibles para Medicaid fuera del estado y la reclamación no la paga el Plan Estatal de Medicaid.
 - 5.1.7. Pacientes afiliados al programa AccessHealth o remitidos por las Clínicas Comunitarias Gratuitas que apoyan las regiones atendidas por los Hospitales Prisma Health
 - 5.1.8. Pacientes que no tienen hogar. 5.1.9.
 - 5.1.9. Pacientes que tengan una admisión verificada a un centro de atención a largo plazo por motivos de salud conductual.
 - 5.1.10. Pacientes que son elegibles para programas para mujeres, bebés y niños (WIC), cupones de alimentos, programas de almuerzos escolares subsidiados u otros programas de asistencia estatales o locales.
 - 5.1.11. Pacientes que estén verificados a largo plazo (al menos 6 meses cumplidos y/o más de 6 meses restantes de encarcelamiento (si no están casados) y/o asignación de instalación.
 - 5.1.12. El garante ha fallecido por un período de 11 meses sin patrimonio conocido (verificado por un tribunal sucesorio o, como último recurso, una declaración escrita de un miembro de la familia) o con un patrimonio insolvente.
- 5.2. El vicepresidente de ciclo de ingresos de Prisma Health determinará las pautas de porcentaje utilizadas para la asistencia financiera anualmente. Prisma Health se reserva el derecho de definir gastos caritativos máximos, áreas de captación de servicios, cargos vigentes, servicios excluidos, programas de reducción de tarifas,

Las copias impresas son sólo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

responsabilidades del paciente y otros parámetros de prácticas administrativas coherentes con la gestión prudente de Prisma Health.

5.3. Prisma Health se adapta a todas las poblaciones significativas atendidas que tienen un dominio limitado del inglés traduciendo copias de nuestra Política de asistencia y arreglos financieros, el Formulario de solicitud de asistencia financiera y este resumen en los idiomas principales que hablan dichas poblaciones.

6. Descuento para no asegurados

6.1 Los pacientes no asegurados recibirán un descuento por no estar asegurados. Este descuento aparecerá en el primer estado de cuenta. El descuento no se aplica a los precios de los paquetes. El descuento no se aplicará a ninguna cuenta relacionada con un accidente hasta que se confirme que no hay responsabilidad ni cobertura de seguro. El descuento se calcula en base a nuestro porcentaje promedio ponderado Comercial/Atención Médica Gestionada. El porcentaje promedio ponderado Comercial/Atención Médica Gestionada actual es del 69% de los cargos brutos.