

Resumen De Asistencia Financiera

Avita se compromete a brindar acceso a la atención médica a todos, independientemente de su capacidad de pago. Nos comprometemos a hacerlo de una manera profesional y compasiva que respete la dignidad y privacidad de nuestros pacientes.

El Programa de asistencia financiera de Avita está diseñado para brindar acceso justo y consistente a todos los pacientes mediante el uso de un proceso de solicitud formalizado. Los criterios de elegibilidad estandarizados se basan en el ingreso familiar bruto total, el número de dependientes en la unidad familiar y los activos líquidos de la familia.

Las pautas de ingresos son una escala móvil con un monto máximo de ingresos del 400 % de las pautas del nivel federal de pobreza. Se brinda asistencia total (100%) a familias con ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza.

El valor de los activos líquidos que excede el ingreso bruto total de la familia durante los (3) meses anteriores se incluye en el cálculo del ingreso familiar.

Los ajustes por dificultades médicas se considerarán caso por caso para las familias si sus gastos médicos de Avita dentro de un período de doce (12) meses exceden los \$10,000 en responsabilidad del paciente y más del 20 % de los ingresos de la familia una vez que se haya completado la asistencia hospitalaria inicial. se ha aplicado o si el paciente de otro modo no calificaría para recibir atención caritativa pero ha experimentado cambios dramáticos en sus circunstancias financieras después del servicio. El porcentaje de penuria otorgado no excederá el 90%.

Se brindará caridad presunta a las familias identificadas mediante análisis de datos externos que no tienen capacidad de pago.

LOS CARGOS NO EXCEDERÁN LAS CANTIDADES FACTURADAS GENERALMENTE (AGB)

- Si recibe asistencia financiera según nuestra Política, no se le cobrará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que la cantidad que generalmente facturamos a los pacientes que tienen seguro comercial o cobertura de Medicare.
- Avita utiliza el método de “revisión retrospectiva” para determinar los “montos generalmente facturados” a las personas que tienen seguro que cubre emergencias u otra atención médicamente necesaria.
- El porcentaje se calcula utilizando todas las reclamaciones permitidas tanto por los seguros de pago privados como por Medicare (tradicional) para servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El pago total esperado de los reclamos permitidos se divide por los cargos totales facturados por dichos reclamos para calcular el AGB.

Para Ser Elegible, Los Pacientes/Garantes Deben:

- Agotar los recursos públicos y privados disponibles, incluidos, entre otros, seguros médicos, seguros de responsabilidad civil, programas de asistencia farmacéutica y programas de subvenciones. Con la excepción de los pacientes elegibles para Medicare y los pacientes mayores de 18 años sin dependientes menores de 18 años, las familias deben completar el proceso de solicitud de Medicaid para ser considerados para el Programa de Asistencia Financiera de Avita.
- Ser ciudadano estadounidense o no estadounidense y vivir en Ohio voluntariamente. Fuera de EE. UU. Los ciudadanos que estén de vacaciones en Ohio o cualquier paciente que venga a Ohio únicamente para recibir atención médica están excluidos de la asistencia.
- No poder acceder a otros programas que cubrirían gastos médicos.
- No haber rechazado el seguro médico a través de un empleador dentro de los últimos 12 meses o un miembro de la familia que podría haber cubierto al paciente no debe haber rechazado la cobertura en los 12 meses anteriores.
- Aceptar inscribirse para obtener cobertura a través del Mercado durante la próxima inscripción abierta*. Si el paciente no se inscribe ni mantiene las primas mensuales, no será elegible para recibir asistencia adicional a menos que el paciente presente verificación de que la prima mensual más baja para la cual los miembros de la familia son elegibles excede el ingreso mensual bruto de la familia en más del 15 %.

**Exclusión: si está inscrito en un plan de salud patrocinado por el empleador que cumple con la ACA.*

- Autorizar la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de la familia, sin excluir la verificación de dirección, una verificación de crédito a través de una agencia de crédito nacional, una verificación de activos a través del Tasador de Impuestos del Condado y la verificación de todos los ingresos y beneficios recibidos.
- Solicite asistencia dentro de los 240 días posteriores a la primera declaración posterior al alta.

Firmas Electrónicas:

- Puede usarse para autorizar la divulgación de información y/o firmar una Solicitud de asistencia financiera completa, excepto cuando esté restringido por la ley, regulación o política o proceso de Avita Health System que requiera específicamente una firma manuscrita. En la máxima medida permitida por la ley, Avita Health System acepta las firmas electrónicas como legalmente vinculantes, a menos que la persona no tenga la autoridad de firma para firmar la Solicitud de asistencia financiera.

Planes Sin Contrato:

- La asistencia financiera sólo se otorgará sobre los montos que queden a cargo del paciente (deducible, coseguro, etc.).

Planes Fuera De La Red:

- No se brindará asistencia financiera en planes fuera de la red, con excepción de las visitas a la sala de emergencias.

Ingresos Familiares:

- Se calcula con base en el ingreso bruto de los tres meses anteriores a la fecha del servicio multiplicado por cuatro o los doce meses anteriores a la fecha del servicio, lo que sea menor
- Incluye, pero no se limita a:
 - Sueldos, salarios, ganancias
 - Beneficios de desempleo y compensación laboral
 - Beneficios del Seguro Social y SSI para todos los miembros de la familia.
 - Beneficios de VA
 - Ingresos por pensiones y jubilaciones
 - Intereses, dividendos, regalías, fondos fiduciarios, ingresos de herencias
 - Manutención infantil y pensión alimenticia
 - Cupones de alimentos
- Debe verificarse con documentación o certificado del paciente si no hay documentación disponible (p. ej., declaración escrita de apoyo de amigos o familiares)
- Los ingresos del trabajo por cuenta propia se calcularán revisando una copia de la Declaración de pérdidas o ganancias del Anexo C del impuesto federal aplicable. Para fechas de servicio dentro de los primeros tres meses del año calendario, se puede utilizar la declaración de impuestos del año anterior. Para fechas de servicio dentro de los últimos nueve meses del año, la familia debe preparar un Anexo C provisional actualizado y proporcionarlo con la solicitud. Si no se presentó un Anexo C para el año fiscal anterior, la familia debe preparar un Anexo C provisional y proporcionarlo con la solicitud. Las deducciones excluidas incluyen, entre otras:
 - Oficina en casa
 - Mobiliario
 - Millaje, viajes, estacionamiento, peajes, comidas, entretenimiento y obsequios.
 - Depreciación
 - Educación/formación
 - Deducciones de caridad realizadas con fines comerciales
 - Servicios públicos para negocios desde casa.
 - Alojamiento/servicios de Internet para negocios desde casa.
 - mudanza
 - Caja fuerte o caja de seguridad

Asistencia Por Dificultades Médicas:

- Se otorga a familias que, dentro de un período de tiempo específico, incurren en gastos de Avita médicamente necesarios:
 - Más de \$10,000
 - No cubierto por seguro u otros programas privados o gubernamentales, y
 - Que excedan el 20% del ingreso bruto familiar para ese período específico. El plazo para la comparación de gastos con ingresos debe ser de al menos tres (3) meses pero no más de doce (12) meses.
 - El porcentaje de dificultades otorgadas no excederá el 90%
- Se calcula sobre el monto de responsabilidad del paciente después de que se hayan pagado o agotado todos los seguros de terceros disponibles, se hayan pagado los programas gubernamentales y privados disponibles y se hayan aplicado ajustes de caridad basados en los ingresos y activos líquidos.

Los Formularios De Solicitud Están Disponibles De Forma Gratuita:

- Solicite en línea a través de MyChart
- Solicite en línea en avitahealth.org
- Descargar aplicación
- En los mostradores de registro de Avita o en los mostradores de recepción del consultorio médico de Avita
- Comunicándose con el equipo de atención al cliente de Avita al 419-468-0512
- En el reverso de los primeros estados de cuenta de Avita enviados a las familias con un monto de responsabilidad del paciente

El vicepresidente de finanzas/director financiero (CFO), el director de servicios financieros para pacientes (PFS) y el gerente de cuentas por cobrar del paciente tienen la autoridad para aprobar la atención caritativa.

Una solicitud de asistencia financiera aprobada tiene una validez de 90 días, a menos que se indique lo contrario.

Definiciones

Servicios Cubiertos: Servicios médicamente necesarios según lo definen los programas de Medicare y Medicaid de Ohio para las siguientes organizaciones y grupos de proveedores:

- Hospital Galión
- Hospital Bucirus
- Avita Ontario
- Avita Ontario ASC
- Médicos de Avita (Servicios de salud de GCH, Servicios de salud de BCH, NCOFCC)

Los Servicios Excluidos Incluyen, Entre Otros:

- Procedimientos electivos programados aprobados a través del Programa de autorización financiera de Avita
- Procedimientos cosméticos
- Cirugía de cataratas que no cumple con las pautas de necesidad médica de Medicare.
- Lentes mejoradas utilizadas en cirugías de cataratas médicamente necesarias
- Cirugía vascular y endovascular que no cumple con las pautas de necesidad médica de Medicare.
- Audífonos
- Procedimientos de fertilidad
- Medicamentos y procedimientos experimentales.
- Cirugías de reemplazo de cadera y rodilla que no cumplen con las pautas de necesidad médica de Medicare.
- Farmacia minorista Avita
- Avita DME
- Exámenes físicos relacionados con la escuela/trabajo/deportes
- Servicio de médicos que no son empleados de Avita Health System (por ejemplo, Riverside Radiology, honorarios profesionales de la sala de emergencias y médicos independientes)
- Servicios bariátricos

Procedimientos Electivos: Servicios cubiertos programados con anticipación porque no se trata de una emergencia médica.

Procedimiento No Electivo: Un procedimiento que debe realizarse inmediatamente por razones de salvar vidas o prevenir daños.

Autorización Financiera: un proceso que ayuda a los pacientes a comprender su responsabilidad financiera y les ayuda a encontrar fuentes de financiamiento adecuadas para sus facturas médicas a través de acuerdos de pago, elegibilidad para seguro (por ejemplo, empleador, mercado, Medicaid) o probabilidad de calificar para asistencia financiera.

Fuera De La Red: cuando los proveedores de atención médica y los hospitales no participan en la red de proveedores de una aseguradora. Esto significa que el proveedor u hospital no ha firmado un contrato aceptando los precios negociados por la aseguradora.

Plan Sin Contrato: Los planes sin contrato son programas ofrecidos por compañías que no participan en un plan de atención administrada de Avita (aunque el nombre del plan pueda aparecer en la tarjeta) o que solo han aceptado los términos de la red para servicios de clínicas médicas. Los planes sin contrato incluyen, entre otros:

- Plan de beneficios limitados
- Sin red PPO
- Solo profesional o auxiliar
- Asignación de Beneficios (AOB)

Familiar Del Paciente De 18 Años O Más:

- Paciente
- El cónyuge del paciente, independientemente de si vive o no en el hogar
- Hijos del paciente menores de 18 años, naturales o adoptivos, que vivan en el hogar
- Cualquier persona que proporcione más del 50 % de los fondos necesarios para los gastos de manutención del paciente, independientemente de si vive o no en el hogar del paciente.
- Cualquier persona que viva en el hogar con el paciente y que dependa de los ingresos familiares del paciente durante más del 50 % de su sustento.

Familia De Paciente No Casado Y No Emancipado De 17 Años O Menos:

- Paciente
- Los padres naturales o adoptivos del paciente, independientemente de si viven en el hogar
- Los hijos de los padres, naturales o adoptivos, menores de 18 años que vivan en el hogar.
- Cualquier persona que proporcione más del 50 % de los fondos necesarios para los gastos de manutención del paciente, independientemente de si vive o no en el hogar del paciente.
- Cualquier persona que viva en el hogar con el paciente y que dependa de los ingresos familiares del paciente durante más del 50 % de su sustento.

Activos Líquidos Incluidos En El Cálculo De Ingresos:

- Dinero
- Fondos de cuentas corrientes
- Ahorros
- Fondos del mercado monetario
- Certificados de depósito
- Acciones y bonos
- Dinero disponible mantenido en un fondo fiduciario para el paciente
- Ganancias de lotería dentro de los doce meses posteriores a la fecha de servicio.

Tamaño de la familia	100% Asistencia Ingresos Anuales (200%)		90% Asistencia Ingresos Anuales (250%)		75% Asistencia Ingresos Anuales (300%)		40% Asistencia Ingresos Anuales (400%)	
	From	To	From	To	From	To	From	To
1	Bajo	\$30,120	\$30,121	\$37,650	\$37,651	\$45,180	\$45,181	\$60,240
2	Bajo	\$40,400	\$40,401	\$50,500	\$50,501	\$60,600	\$60,601	\$80,800
3	Bajo	\$50,680	\$50,681	\$63,350	\$63,351	\$76,020	\$76,021	\$101,360
4	Bajo	\$60,960	\$60,961	\$76,200	\$76,201	\$91,440	\$91,441	\$121,920
5	Bajo	\$71,240	\$71,241	\$89,050	\$89,051	\$106,860	\$106,861	\$142,480

Pautas Para Dificultades Médicas

Monto De Responsabilidad Del Paciente Después De Que Se Agoten Todos Los Pagos Disponibles Y Recursos De Caridad	Ajuste Por Dificultades Médicas
20-24.9% del ingreso familiar bruto total	50%
25-34.9% o más del ingreso familiar bruto total	75%
35% o más del ingreso familiar bruto total	90%