

# 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 la privacidad de nuestros pacientes.

El Programa de asistencia financiera de Avita está diseñado para brindar acceso justo y constante 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 una cantidad máxima de ingresos del 400 % de las pautas del nivel federal de pobreza. Se brinda asistencia completa (100%) a familias con ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza.**

El valor de los activos líquidos que exceda el ingreso bruto total de la familia durante los 3 meses anteriores se incluye en el cálculo de los ingresos de la familia.

Se aprobarán ajustes por dificultades médicas para las familias si los gastos médicos de Avita dentro de un período de doce (12) meses superan los \$10,000 en responsabilidad del paciente y más del 20 % de los ingresos de la familia una vez que se haya aplicado la asistencia hospitalaria inicial. El porcentaje de dificultad otorgada no excederá el 90%.

Se otorgará caridad presunta a las familias identificadas por análisis de datos externos que no tienen la capacidad de pago.

## **LOS CARGOS NO EXCEDERÁN LOS MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS (AGB)**

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

## **Para ser elegible, los pacientes/garantes deben:**

- Agotar los recursos públicos y privados disponibles, incluidos, entre otros, el seguro médico, el seguro de responsabilidad civil, los programas de asistencia farmacéutica y los 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 consideradas para el Programa de asistencia financiera de Avita.
- Ser ciudadano estadounidense o no estadounidense que vive en Ohio voluntariamente. Los ciudadanos no estadounidenses 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 un seguro de salud a través de un empleador en los últimos 12 meses o un familiar que podría haber cubierto al paciente no debe haber rechazado la cobertura en los últimos 12 meses.
- Acepte inscribirse para obtener cobertura a través del Mercado durante la próxima inscripción abierta. Si el paciente no se inscribe y no mantiene las primas mensuales, no será elegible para recibir asistencia adicional a menos que el paciente presente una verificación de que la prima mensual más baja para la que son elegibles los miembros de la familia excede el ingreso bruto mensual de la familia en más del 15 %.
- Autorizar la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de la familia, sin excluir la verificación de la dirección, una verificación de crédito a través de una oficina nacional de

crédito, verificación de activos a través del Asesor de Impuestos del Condado y verificación de todos los ingresos y beneficios recibidos.

- Solicite asistencia dentro de los 240 días posteriores a la primera declaración posterior al alta

### **Ingresos familiares:**

- Se calcula sobre la base del 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 veteranos
  - Renta de pensiones y jubilaciones
  - Intereses, dividendos, regalías, fondos fiduciarios, ingresos de sucesiones
  - Manutención de los hijos y pensión alimenticia
  - Cupones de alimentos
- Debe verificarse con documentación o atestación 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 mediante la revisión de una copia del Estado de ganancias o pérdidas del Anexo C de impuestos federales aplicables. Para fechas de servicio dentro de los primeros tres meses del año calendario, se puede utilizar la declaración de impuestos del año anterior. Para las fechas de servicio dentro de los últimos nueve meses del año, la familia debe preparar un Anexo C interino 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 interino y proporcionarlo con la solicitud. Las deducciones excluidas incluyen pero no se limitan a:
  - Oficina en casa
  - Muebles
  - Millaje, viajes, estacionamiento, peajes, comidas, entretenimiento y obsequios
  - Depreciación
  - Educación/formación
  - Deducciones de caridad hechas con fines comerciales
  - Utilidades para negocios basados en el hogar
  - Alojamiento de Internet/servicios para negocios basados en el hogar
  - Moviente
  - caja de seguridad o caja de seguridad

### **Asistencia por dificultades médicas:**

- Se otorga a las familias que, dentro de un período de tiempo específico, incurren en gastos Avita médicamente necesarios:
  - Más de \$ 10,000
  - No cubierto por un seguro u otros programas privados o gubernamentales, y
  - Que excedan el 20% de los ingresos brutos de la familia para ese período de tiempo específico. El marco de tiempo para la comparación de los gastos con los ingresos debe ser de al menos tres (3) meses pero no más de doce (12) meses.
  - El porcentaje de dificultad otorgada 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 los ajustes de caridad basados en los ingresos y los activos líquidos.

### **Los formularios de solicitud están disponibles de forma gratuita:**

- [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 Servicio 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 es válida por 90 días.**

## Definiciones

**Servicios cubiertos:** Servicios médicamente necesarios según lo definido por los programas de Medicare y Medicaid de Ohio para las siguientes organizaciones y grupos de proveedores:

- hospital galion
- Hospital Buciro
- avita ontario
- Avita Ontario ASC
- Médicos de Avita (Servicios de Salud de GCH, Servicios de Salud de BCH, NCOFCC)

Servicios **excluidos** incluyen pero no se limitan a:

- Procedimientos cosméticos
- Cirugía de cataratas que no cumple con las pautas de necesidad médica de Medicare
- Lente mejorada utilizada en cirugía de cataratas médicamente necesaria
- 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
- DME Avita
- Exámenes físicos relacionados con la escuela/trabajo/deportes
- Servicio de médicos que no son empleados de Avita Health System (p. ej., Riverside Radiology, honorarios profesionales de la sala de emergencias y médicos independientes)
- Servicios bariátricos

**Familiar** del paciente mayor de 18 años:

- 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 viven 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 con el paciente.
- Cualquier persona que viva en el hogar con el paciente y que dependa de los ingresos familiares del paciente para más del 50 % de su manutención

**Familia** de paciente no casado, no emancipado de 17 años de edad o menos

- Paciente
- Los padres biológicos o adoptivos del paciente, independientemente de si viven en el hogar
- Los hijos de los padres, naturales o adoptivos menores de 18 años que viven 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 con el paciente.
- Cualquier persona que viva en el hogar con el paciente y que dependa de los ingresos familiares del paciente para más del 50 % de su manutención

**líquidos** incluidos en el cálculo de ingresos

- Dinero
- Fondos de cuenta corriente
- Ahorros
- Fondos del mercado monetario
- Certificados de depósito
- Acciones y bonos
- Dinero disponible retenido en un fondo fiduciario para el paciente

- Ganancias de lotería dentro de los doce meses posteriores a la fecha del servicio

Tamaño de la familia	100% Asistencia Ingreso Anual (200%)	90% Asistencia Renta Anual (250%)		75% Asistencia Renta Anual (300%)		40% Asistencia Renta Anual (400%)	
		De	A	De	A	De	A
1	Por debajo \$27,180	\$27,181	\$33,975	\$33,976	\$40,770	\$40,771	\$54,360
2	Por debajo \$36,620	\$36,621	\$45,771	\$45,772	\$54,922	\$54,923	\$73,224
3	Por debajo \$46,060	\$46,061	\$57,566	\$57,567	\$69,072	\$69,073	\$92,084
4	Por debajo \$55,500	\$55,501	\$69,360	\$69,361	\$83,220	\$83,221	\$110,940
5	Por debajo \$64,940	\$64,941	\$81,155	\$81,156	\$97,370	\$97,371	\$129,800

## Directrices sobre dificultades médicas

<b>Monto de responsabilidad del paciente después de que se hayan agotado todos los pagos disponibles y los recursos de caridad</b>	<b>Ajuste por dificultades médicas</b>
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%