

## Anderson County Hospital Cálculo del monto que por lo general se factura

El complejo Saint Luke's Health System ofrece asistencia económica a pacientes en estado de indigencia médica que cumplan con los criterios de selección descritos en la *Financial Assistance Policy for Medically Indigent Patients* (política de asistencia económica para el paciente en estado de indigencia médica). Una vez se reduzca(n) la(s) cuenta(s) del paciente por medio del ajuste de asistencia económica basado en esta política, el paciente es responsable del saldo de su cuenta; esta suma no será superior al monto que por lo general se factura (*amounts generally billed, AGB*, por sus siglas en inglés) a personas que tienen *Medicare fee for service* (cuota por servicios médicos de *Medicare*), y a las compañías de seguro médico privadas, por atención médica de urgencia y otros servicios de asistencia médica necesarios. Se utiliza un método retrospectivo (*The Look Back Method*) para determinar el *AGB*. El paciente, y el público en general, puede obtener gratuitamente este resumen de la política de *AGB*, poniéndose en contacto con la oficina de facturación del hospital.

*Amounts Generally Billed* (monto que por lo general se factura) es la suma de las cantidades reclamadas y autorizadas por las compañías de seguro médico, dividida por la suma de los cargos totales de esas reclamaciones.

$$\text{AGB \%} = \text{Suma de las reclamaciones autorizadas \$} / \text{Suma de los cargos totales de esas reclamaciones \$}$$

Cantidad autorizada = Cargos totales menos ajustes contractuales.

Si no hay ningún ajuste contractual, el total de los cargos es la cantidad autorizada.

Los ajustes denegados quedan excluidos del cálculo, ya que las cantidades negadas no afectan a la cantidad autorizada.

El *AGB* se calcula para cada hospital anualmente.

- Se utiliza un método retrospectivo. Se utiliza un periodo de (12) doce meses.
- Incluye pagadores: *Commercial* (pagador comercial), *Managed Medicare* (atención médica administrada por *Medicare*), y *Medicare CAH cost based* (reembolso de *Medicare*)  
Atención: *Medicare Fee for Service* (cuota por servicios médicos de *Medicare*) no aplica para hospitales de acceso crítico (*Critical Access Hospitals, CAH*, por sus siglas en inglés).
- Pagadores excluidos: *Medicaid, Managed Medicaid* (atención médica administrada por *Medicaid*), *Medicaid pending* (dependiente de *Medicaid*), sin seguro, *self pay case rates* (tarifas de pago particular), vehículo a motor y responsabilidad civil, Administración de Veteranos, e indemnización laboral.

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2017

Hospital: Anderson County Hospital

*Amounts Generally Billed* (monto que por lo general se factura): 59.3%

Not a Part of the Permanent Medical Record