



BAPTIST

MANUAL DE POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS DE OPERACIONES

Fecha de entrada en vigor: 9/03	POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL
Última revisión: 8/04; 5/06; 12/06; 3/08; 4/09; 4/10; 6/14; 8/16; 6/17; 9/19 01/20, 3/23, 12/23, 05/24, 11/24, 6/25 Revisado: 4/11; 9/12; 9/16; 9/18	
N.º de referencia: S.FI.3025.15	

PROPÓSITO: Establecer un marco para proporcionar asistencia financiera a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, de acuerdo con nuestra misión caritativa, a los pacientes que reúnen los requisitos con un método eficaz y coherente de administración y asignación. La asistencia financiera se puede proporcionar en forma de atención gratuita o atención con descuento para los pacientes que reúnen los requisitos para los cargos de los servicios hospitalarios y ambulatorios, que excluye a los procedimientos cosméticos u otros que no sean médicamente necesarios.

POLÍTICA:

Baptist Memorial Health Care Corporation y sus entidades afiliadas ("Baptist") se compromete a tratar a todos los pacientes con igualdad, dignidad, respeto y compasión. Los centros de Baptist se encuentran disponibles para proporcionar los servicios de atención médica al público en general, y nuestra política es que a ningún paciente se le niegue los servicios de atención médica debido a la imposibilidad de pago. Para aquellos pacientes que cuentan con capacidad de pago, Baptist proporciona servicios en anticipación del pago por parte del paciente o su garante por los servicios prestados. De acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), no se negará ni retrasará la atención de emergencia y médica necesaria en función de la capacidad de pago del paciente. Toda evaluación de acuerdos financieros se producirá únicamente después de que se haya realizado un examen médico adecuado y se hayan proporcionado los servicios de estabilización necesarios de acuerdo con la Ley EMTALA y todas las normativas federales y estatales vigentes.

Una buena administración de los recursos en vista de los gastos hace necesario establecer procedimientos y pautas. Estos procedimientos no se diseñaron para rechazar, impedir o desanimar a quienes necesitan buscar el tratamiento médica necesaria, sino, al contrario, para asegurar que los recursos de Baptist se dedican a proporcionar una atención médica continua de calidad y a la provisión de asistencia financiera para aquellos pacientes que la necesitan y tienen menos recursos para pagar, en lugar de aquellos que decidieron no pagar. La asistencia financiera conforme a esta política tiene como condición que el

paciente cumpla los criterios de elegibilidad de ingresos basados en las Directrices Federales de Ingresos de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) como se describe a continuación. **El primer paso necesario en este proceso es completar la solicitud de asistencia financiera de Baptist.** No se negará la asistencia financiera a ningún paciente debido a la raza, la religión, el origen nacional o por cualquier otro motivo que prohíba la ley.

ALCANCE:

Esta política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Baptist Hospital se aplica a los cargos por servicios de emergencia y médicaamente necesarios de centros de atención médica propiedad de BMHCC y operados por este, con la excepción de los servicios profesionales de médicos en clínicas de propiedad de BMHCC, los cuales se encuentran cubiertos por la política de asistencia financiera para servicios profesionales (Financial Assistance Policy for Professional Services, Pro-FAP) de Baptist. Consulte la sección “Financial Assistance” (asistencia financiera) en el sitio web de Baptist para ver las listas actuales de las entidades que se incluyen en la FAP y la Pro-FAP del hospital, así como las entidades que no participan en ningún programa www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance.

DEFINICIONES:

Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB): el porcentaje de cargos brutos para la atención médica después de realizar los ajustes contractuales para los pacientes que cuentan con un seguro que cubre dicha atención. A los pacientes elegibles para la FAP de Baptist no se les cobrará más de este porcentaje de AGB. De acuerdo con los requisitos de la sección 1.501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code), Baptist usa el método “Look Back” (retrospectivo) para determinar el porcentaje de AGB en función de los datos de reclamos del año fiscal anterior. Los porcentajes de AGB se calculan por separado para cada centro hospitalario al sacar el total de los montos permitidos por el programa de tarifa por servicio de Medicare, más todas las demás compañías de seguro médico comercial y privado, y luego dividir esto por los respectivos cargos brutos.

Período de solicitud: plazo que tiene un paciente para presentar una solicitud completa de asistencia financiera. El período de solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención médica (o antes si el paciente decide presentar su solicitud) y termina 240 días después del primer estado de cuenta posterior al alta o 30 días después de que el hospital (o un tercero autorizado) proporciona un aviso por escrito (factura final) al paciente en el que se detallan las acciones de cobro extraordinarias pendientes.

Encuentro: interacción o visita con un proveedor de atención. En el caso de los tratamientos ambulatorios, un encuentro generalmente se refiere a una fecha de tratamiento o una visita a la clínica. La excepción son las cuentas en serie, según se define abajo. Si el encuentro del paciente fue una estancia como paciente hospitalizado, los cargos del encuentro incluirían todos los cargos técnicos correspondientes incurridos durante la estancia.

Episodio de atención: consiste en todos los servicios relacionados clínicamente de un paciente por un diagnóstico específico desde la aparición de los síntomas hasta que se completa el tratamiento.

Acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA): las actividades de cobro que Baptist realizará únicamente después de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Según se define en las normativas de la sección 1.501(r), las ECA son determinadas medidas que se toman contra una persona en relación con la obtención del pago de una factura hospitalaria. No se realizará ninguna ECA antes de los 120 días desde la fecha de la primera factura posterior al alta y, por lo menos, 30 días después de que se haya enviado al paciente un aviso por escrito en el que se detallen las ECA pendientes.

Núcleo familiar: una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Todas esas personas relacionadas se consideran miembros de una familia. Por ejemplo, si una pareja casada mayor, la hija, su esposo y dos hijos, más el sobrino de la pareja vivieran en la misma casa o apartamento, se considerarían miembros de un núcleo familiar de siete personas.

Asistencia financiera: una reducción en el monto de la factura de un paciente por los servicios médicos, según lo determinado por las disposiciones de esta FAP. Por lo general, esta reducción se determina como un porcentaje de descuento, que se aplica a los cargos brutos.

Cargos brutos: el precio total, sin descuento de los servicios médicos que se cobra de manera uniforme a los pacientes antes de aplicar los ajustes contractuales, los descuentos o las deducciones.

Asegurado: pacientes con algún tipo de cobertura de seguro de salud o programas, pólizas o responsabilidades de pagos por parte de terceros, que incluye cualquier programa o responsabilidad de pagos gubernamental, pero con excepción de los planes de beneficios limitados y las pólizas de beneficios limitados, que descuenta, o está obligado a reembolsar o compensar, los cargos médicos por el encuentro o el episodio de atención. A los fines de esta política, se consideran asegurados los pacientes que cuentan con una póliza médica activa, aunque se encuentren fuera de la red. Si la póliza de seguro cubre menos del 5 % del total de los cargos, el paciente será considerado como con seguro médico insuficiente y se le aplicará un ajuste equivalente al descuento otorgado a pacientes que pagan por cuenta propia.

Planes de beneficios limitados: los planes médicos con beneficios mucho menores y más restringidos que el seguro médico completo regular. Es posible que incluyan algunos planes de enfermedades críticas, los planes de indemnización (pólizas que solo pagan un monto predeterminado, independientemente de los cargos totales) y las pólizas de “efectivo para gastos de hospitalización”.

Pólizas de beneficios limitados: la cobertura de seguro que proporciona reembolsos menores al 5 % de los cargos por atención médica.

Médicamente necesario: servicios o suministros para la atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, trastorno o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de medicamentos, según lo determine el proveedor de atención médica. No se incluyen los servicios o suministros proporcionados principalmente por la conveniencia o las preferencias personales de un paciente.

Seguro médico insuficiente: a los fines de esta política, cualquier paciente asegurado que haya incurrido en una obligación de gastos de bolsillo por cargos hospitalarios técnicos que superan los \$5,000 por un solo encuentro se considera que cuenta con un seguro médico insuficiente y es elegible para recibir asistencia en virtud de esta disposición. Los pacientes que cuentan con un seguro médico insuficiente no están obligados a completar la solicitud de asistencia financiera.

Fuera de la red: un paciente cubierto por una póliza o plan de seguro de salud con una compañía aseguradora que no tiene un contrato con Baptist para el reembolso a una tarifa negociada y la póliza o plan del paciente no incluye a Baptist como parte de su red de proveedores.

Servicios profesionales: la facturación por servicios médicos prestados por los médicos, los proveedores de práctica avanzada, los distribuidores y otros proveedores externos para proporcionar los servicios tanto para pacientes ambulatorios como pacientes hospitalizados.

Cuenta en serie: cuenta que combina varios encuentros de servicios repetitivos en un reclamo. Este reclamo generalmente refleja los cargos por un período de treinta días para los cuales los servicios fueron ordenados por el mismo médico bajo el mismo conjunto de diagnósticos.

Cargos técnicos: los cargos facturados por el uso de los equipos, las instalaciones, el personal de atención médica que no sean médicos, los suministros, y otros cargos en los hospitales, los centros de enfermería especializada, las clínicas con base hospitalaria y otras instituciones de Baptist para brindar servicios para los pacientes ambulatorios y los pacientes hospitalizados.

Responsabilidad de terceros: una obligación de cualquier persona o entidad, que no sea el paciente, ya sea una responsabilidad parcial o total en el pago de los cargos de un paciente por los servicios médicos proporcionados.

Sin seguro: un paciente que no cuenta con un tercero, compañía aseguradora o entidad gubernamental responsable de la totalidad o una parte de sus gastos médicos debido al encuentro o episodio de atención, y que no se encuentra asegurado como se define en este documento.

Descuento para personas sin seguro: se trata del descuento en la tarifa plana que se aplica a los cargos brutos elegibles de los pacientes sin seguro. La tarifa de descuento aplicable considera el cálculo de AGB, que varía según el centro de Baptist donde se recibieron los servicios.

EXCLUSIONES DE LA POLÍTICA:

Los pacientes no son elegibles para recibir la asistencia financiera en virtud de esta FAP si:

1. Si el paciente se encuentra asegurado, a menos que reúna los requisitos para un descuento de este documento como un paciente con seguro médico insuficiente.
2. El paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de otro programa de asistencia federal, estatal, del condado o de la ciudad o cualquier otro programa de asistencia que reemplace esta política, por esa parte de los cargos cubiertos por la asistencia financiera reemplazante.
3. Los cargos del paciente se produjeron por la atención médica que surgió de un accidente laboral, a menos que el paciente proporcione evidencia de que no tiene cobertura de terceros.
4. Los cargos del paciente fueron el resultado de un accidente automovilístico, a menos que el paciente proporcione verificación de que no tiene cobertura de terceros.

Por otra parte, esta FAP no realiza descuentos a los siguientes cargos:

1. Cargos por servicios médicos que pueden proporcionarse pero que no son médicalemente necesarios para el paciente específico (incluidos, entre otros, procedimientos cosméticos o para mejorar la apariencia).
2. Servicios prestados por proveedores que no están obligados a participar en este programa de FAP, los cuales incluyen, entre otros: servicios de laboratorios externos o especializados, radiólogos, patólogos, servicios de ambulancia, médicos no empleados, así como servicios proporcionados en centros exclusivos que no son completamente propiedad de Baptist ni están bajo su operación. Consulte la sección “Financial Services” (servicios financieros) en el sitio web de Baptist para ver las listas actuales de las entidades que se incluyen en la FAP del hospital y la Pro-FAP.
3. Cargos por compras de artículos minoristas de conveniencia que no sean médicalemente necesarios, lo que incluye, entre otros: anteojos, lentes de contacto, audífonos, pelucas, productos cosméticos y cualquier artículo al que se le apliquen impuestos sobre las ventas. NOTA: A menudo, existen otros programas de beneficencia disponibles para ayudar con el costo de estos artículos que no son médicalemente necesarios, y la información disponible se proporcionará si se solicita.

APLICACIONES DE LA POLÍTICA:

I. Asistencia financiera para los pacientes con seguro médico insuficiente

El descuento para pacientes con seguro médico insuficiente se aplica bajo los siguientes términos y condiciones:

- A. El paciente tiene cobertura de seguro médico para el encuentro o el episodio de atención.
- B. Se han facturado todos los seguros disponibles y se han recibido todos los pagos correspondientes.
- C. El paciente cumple con la definición de persona con seguro médico insuficiente después de completar las secciones A y B.
- D. Los pacientes con seguro médico insuficiente son elegibles para recibir un descuento del 25 % en pasivos del paciente mayores a \$5,000. NOTA:
 - a) Las cuentas de la madre y del recién nacido se deben combinar al aplicar este descuento.
 - b) Las cuentas en serie se consideran un encuentro al aplicar este descuento.

Los pacientes deben comunicarse con la Oficina comercial central al (877) 348-1281 si reúnen los requisitos o tienen preguntas sobre este descuento.

II. Disposición para los proveedores sin credenciales (Medicaid)

Cuando una entidad de Baptist no tenga credenciales para el programa de Medicaid de otro estado del paciente y, por lo tanto, no sea elegible para recibir el reembolso de Medicaid por los servicios prestados, los saldos de las cuentas se clasificarán como beneficencia, ya que los pacientes con Medicaid se clasifican como indigentes.

III. Asistencia financiera para los pacientes sin seguro

- i. El encargado de evaluar la elegibilidad de todos los pacientes sin seguro para Medicaid es un proveedor externo contratado por Baptist, que trabajará con el paciente y Baptist para determinar si el paciente es elegible para cualquier programa de asistencia federal, estatal o local.
- ii. Después de determinar la elegibilidad para Medicaid, el proveedor externo contratado por Baptist encargado de la elegibilidad para planes del Mercado de Seguros Médicos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) evalúa a todos los pacientes restantes sin seguro. Este proveedor colabora con el paciente y con Baptist para determinar si el paciente califica para algún plan del mercado ACA dentro de la red. En caso de que el paciente sin seguro no sea elegible para Medicaid u otros programas de asistencia federales, estatales o locales, el paciente recibirá el descuento para personas sin

- seguro y puede solicitar la asistencia financiera adicional en función de las necesidades financieras, según lo establece esta política.
- iii. Si un paciente se rehúsa o no coopera con Baptist o su proveedor designado en proporcionar la información necesaria para determinar su elegibilidad con el fin de recibir asistencia de Medicaid o la ACA, el paciente perderá su derecho a ser considerado o recibir asistencia financiera.

A. El descuento para pacientes sin seguro médico

1. Si el paciente califica como una persona sin seguro, los cargos totales se ajustan al AGB al aplicar el descuento para personas sin seguro al total de cargos brutos. Las tarifas de AGB son diferentes para cada centro de Baptist; por lo tanto, la tarifa de descuento aplicada será la tarifa de descuento del centro de Baptist en el que el paciente recibió el servicio. Las tablas de descuento de AGB se actualizan anualmente; la más reciente de cada centro se puede encontrar en el sitio web de Baptist www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance.
2. El descuento para personas sin seguro se aplicará de manera automática antes de la primera declaración de facturación después del alta si se determina el estado del paciente como sin seguro en ese momento. La aplicación de este descuento asegura que los cargos por atención de emergencia u otra atención médica necesaria de las personas elegibles para la FAP se limiten, y no sean mayores, al promedio facturado a las personas que tienen seguro que cubre esa atención, de acuerdo con la sección 1.501(r)(5).
3. No es necesario completar una solicitud de asistencia financiera para elegibilidad a fin de recibir el descuento para personas sin seguro.

B. El descuento por necesidad financiera

Todos los pacientes sin seguro que presenten una solicitud son elegibles para recibir un descuento adicional basado en sus necesidades financieras. La elegibilidad para este descuento se determina de la siguiente manera:

1. Se determina el tamaño del núcleo familiar del paciente mediante el uso de la documentación proporcionada, lo que incluye, entre otros, la solicitud y los documentos financieros de respaldo.
 - (a) Un núcleo familiar es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Por lo general, todas las personas relacionadas que viven en una misma ubicación física se consideran miembros de un núcleo familiar. Un/a hijo/a que es estudiante de tiempo completo y vive fuera de casa en una universidad acreditada se puede contar en el tamaño de la familia.
 - (b) Las personas no relacionadas se excluyen de la determinación del tamaño del hogar. Una persona no relacionada es aquella que no tiene ningún tipo de

parentesco con el paciente, ya sea por nacimiento, matrimonio o adopción. Algunos ejemplos son los amigos, los compañeros de habitación, los inquilinos, los niños de acogida, los empleados u otras personas que viven en alojamientos de grupo, como una pensión.

(c) Si es necesario, la residencia o la dirección principal de las personas que se afirma que pertenecen a un núcleo familiar puede verificarse mediante declaraciones de impuestos o documentos legales federales, estatales o gubernamentales en los que se establezca la residencia.

2. El ingreso bruto total del núcleo familiar del paciente se determina al considerar lo siguiente:

(a) Ingresos monetarios, incluidos los siguientes: ganancias, compensación por desempleo, indemnización de los trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos por discapacidad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingreso por pensiones o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingreso por inmuebles o fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al núcleo familiar y otras fuentes variadas.

1. Los sueldos que ganan los niños menores no se incluyen en el cálculo de ingresos.
2. La asistencia emitida a nivel estatal o federal y por orden judicial relacionada con un menor se incluye en el cálculo de ingresos.

(b) El valor de los beneficios que no son en efectivo (como cupones para alimentos y subsidios habitacionales) no se cuenta como ingreso. Sin embargo, estos documentos se pueden usar para demostrar el tamaño de la familia o los ingresos totales correspondientes.

(c) El paciente debe proporcionar documentos financieros de respaldo para verificar los ingresos brutos totales de todos los familiares del hogar. Siempre se usan los ingresos brutos para determinar la situación financiera del paciente. Se da prioridad a la información sobre ingresos más reciente al evaluar la situación financiera. Para demostrar con exactitud los ingresos familiares, se puede presentar cualquiera de los siguientes documentos como comprobante aceptable de ingresos. No obstante, se dará preferencia al orden en que se enumeran a continuación:

1. Recibos de sueldo de los últimos tres meses
2. Declaración de impuestos a las ganancias del año anterior
3. Formularios W2 del año anterior
4. Documentos sobre asistencia estatal/federal
5. Estados de cuenta bancaria de los últimos tres meses
6. Estados de cuenta de la pensión/jubilación

7. Documentos legales, lo que incluye sentencias de divorcio o manutención infantil y pensión alimenticia

3. Los porcentajes de descuento para necesidades financieras de la FAP de Baptist se determinan por el tamaño del núcleo familiar y el ingreso familiar total en la tabla de descuentos de la FAP de Baptist adecuada. Puede obtener una copia de la tabla de descuentos en la oficina comercial donde recibió los servicios o visite www.baptistononline.org/patients-and-visitors/financial-assistance y haga clic en el enlace titulado “Baptist Hospital’s Self-pay Minimum Discounts” (descuentos mínimos de pago por cuenta propia de Baptist Hospital).

(a) En la siguiente tabla, se resumen los descuentos de la FAP de Baptist:

Resumen de descuentos de la FAP de Baptist	
Rango de ingresos de los FPG	Descuento de la FAP
< 200 %	100 %
De 201 % a 250 %	95 %
De 251 % a 300 %	90 %
De 301 % a 350 %	85 %
De 351 % a 400 %	80 %
> 400 %	Varía según el centro

(b) Los niveles de ingresos para la tabla de descuentos se establecen según las Guías Federales de Pobreza de los Estados Unidos (Federal Poverty Guidelines, FPG). Estos niveles son publicados de manera anual por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los umbrales de ingresos según las FPG pueden consultarse buscando “*current poverty guidelines*” (guías de pobreza actuales) en www.federalregister.gov. Los cálculos de AGB y los umbrales actuales de ingresos según las FPG para las tablas de descuento de Baptist se actualizan todos los años.

(c) Una vez que se ha realizado la determinación del descuento por necesidad financiera, a los pacientes elegibles se les enviará una carta para indicar el porcentaje de descuento aplicable y el monto, si lo hubiera, que el paciente adeuda después de haber aplicado el descuento. En esta carta, también se incluirá la información de contacto, en caso de que el paciente tenga preguntas acerca de los descuentos, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.

Baptist se reserva el derecho de solicitar información adicional y rechazar o rescindir la asistencia financiera proporcionada conforme a esta FAP en caso de que se identifique información incorrecta, falsificada o fraude. La asistencia

financiera proporcionada de conformidad con esta FAP se encuentra destinada principalmente a proporcionar beneficios para los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente en las comunidades atendidas por cada una de las entidades afiliadas de Baptist. En caso de que una entidad afiliada en particular determine que su rentabilidad y capacidad continua para seguir proporcionando atención con fines benéficos dentro de la comunidad atendida se ven afectadas debido a que pacientes que se encuentran fuera de estas comunidades obtienen asistencia financiera de esa entidad, dicha entidad se reserva el derecho de enmendar o modificar esta FAP según sea necesario para seguir siendo rentable y mantener su misión de beneficencia. A pesar de esto, la atención médica necesaria y de emergencia nunca se retrasará ni se suspenderá con base en la capacidad de pago de cualquier paciente.

IV. Proceso de solicitud de asistencia financiera para el descuento por necesidad financiera.

A. Información general.

1. Los pacientes sin seguro que soliciten asistencia financiera según sus necesidades financieras conforme a la FAP de Baptist deben completar la solicitud de asistencia financiera, de modo que se puedan hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para dicha asistencia. Las copias gratuitas de la solicitud o una declaración en un lenguaje sencillo que explique la FAP se encuentran fácilmente disponibles en varias fuentes.
 - (a) Se ofrece una copia al paciente durante las admisiones y
 - (b) Las copias se publican y están disponibles a petición en todas las áreas del departamento de Admisiones, de Emergencias y la Oficina Comercial de todos los centros de Baptist.
 - (c) Las copias también se encuentran disponibles para descargar e imprimir en el sitio web de Baptist www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance o se puede contactar al centro en el que se recibieron los servicios y solicitar una copia, por correo postal o correo electrónico a FAP@BMHCC.org.
 - (d) Además, Baptist proporcionará todos los documentos relacionados con la FAP de manera electrónica a toda persona que indique que así lo prefiere.
 - (e) También se envía una copia en el “aviso de factura final” con el estado de cuenta del paciente.
2. Si el estado de elegibilidad de la asistencia financiera de un paciente se ha determinado en los noventa días anteriores, el paciente no tiene que volver a presentar una solicitud.
3. El descuento aprobado permanecerá vigente por un período de noventa (90) días a partir de la fecha de aprobación y también se aplicará a los cargos brutos por todas las demás cuentas abiertas y calificadas, no mayores a 240 días, relacionadas con este episodio de atención o para otros servicios médicalemente necesarios. La

elegibilidad para la FAP se evaluará nuevamente cada noventa (90) días. El proceso para volver a presentar una solicitud es el mismo que el proceso inicial. Se deberá presentar una solicitud y la información financiera actualizada a la Oficina Comercial del centro en el que se recibieron los servicios.

4. El descuento aprobado se aplicará según los mismos términos para las cuentas abiertas u otra atención médica necesaria en los centros de Baptist que participan en la FAP del Hospital. Los pacientes no tienen que presentar una solicitud en cada centro. En estas situaciones:

-Es posible que los pacientes deban presentar una copia de la carta de aprobación como prueba de aprobación anterior.

-El porcentaje de descuento aplicado lo determina el centro donde se recibió la atención médica.

5. Los cargos que no son elegibles para la asistencia financiera en virtud de esta FAP pueden ser elegibles para un descuento conforme a la Pro-FAP de Baptist. Se puede encontrar información e instrucciones para solicitar asistencia financiera en virtud de la Pro-FAP en el sitio web de Baptist en www.baptistonline.org/patients-and-visitors/financial-assistance. En el caso de cualquier cuenta elegible para la FAP, el monto que el paciente es personalmente responsable de pagar se reducirá según los montos ya pagados. Se le reembolsará al paciente cualquier pago excesivo neto que supere los \$5.

6. Baptist se reserva el derecho de usar sistemas de puntuación externos a fin de predecir posibles casos de caridad presunta.

i. Baptist habrá realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la FAP para la atención si concluye que el paciente cumple los requisitos para dicha asistencia basándose en información distinta a la proporcionada por el propio paciente o en una determinación previa de elegibilidad para la FAP. Si se determina presuntamente que el paciente cumple los requisitos solo para un nivel de asistencia inferior al más generoso disponible conforme a la FAP, el centro:

- a. Ajustará el saldo del paciente a cero cuando la determinación presunta de elegibilidad para la FAP justifique dicha acción.
- b. Otorgará al paciente un plazo razonable para solicitar una asistencia financiera más generosa antes de iniciar acciones de cobro extraordinarias (ECA) para obtener el monto con descuento adeudado por la atención
- c. Si el paciente presenta una solicitud completa para la FAP durante el período establecido para solicitar una asistencia más generosa, el centro evaluará si dicho paciente califica para un nivel de descuento más generoso y verificará que cumpla con los requisitos establecidos en esta política.

B. Procesamiento de la solicitud de asistencia financiera.

1. La revisión para determinar la elegibilidad para la FAP se completará en un plazo de treinta días.
2. Se suspenderán los esfuerzos de ECA después de que se haya recibido la solicitud y mientras está en revisión. Baptist reanudará o tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir las ECA, según corresponda, después de la determinación de elegibilidad. Una vez que se haya tomado la determinación de elegibilidad, se enviará una carta al paciente para informarle sobre la decisión.
3. Para los pacientes que son elegibles para un descuento por necesidad financiera, la carta de notificación indicará el porcentaje del descuento elegible y cuánto adeuda el paciente después de que se haya aplicado dicho descuento. En esta carta, también se incluirá la información de contacto para obtener ayuda si el paciente tiene preguntas acerca del descuento, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
4. Si la solicitud está incompleta o faltan los documentos de respaldo necesarios, se enviará una carta para notificar al paciente y solicitar la información que falta. Toda la información de respaldo se debe recibir antes de que termine el período de solicitud del paciente. En esta carta, también se incluirá la información de contacto para obtener ayuda si el paciente tiene preguntas acerca del descuento, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago. Si el paciente no puede o no desea proporcionar la documentación financiera necesaria, no será elegible para un descuento por necesidad financiera.
5. Para los pacientes que se consideran como no elegibles para un descuento por necesidad financiera por encima del descuento para personas sin seguro, su carta de notificación incluirá la información de contacto para recibir ayuda con preguntas o inquietudes con respecto al descuento, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago. Los pacientes son elegibles para volver a solicitar un descuento por necesidad financiera después de 90 días o si han experimentado un cambio importante en el núcleo familiar o el estado de sus ingresos.
6. Baptist se reserva el derecho de revocar la asistencia financiera y continuar con los reembolsos correspondientes en el caso que se obtenga información recién descubierta relacionada con la cobertura de seguro o pago al solicitante de acuerdo con un reclamo por lesiones personales en relación con los servicios en cuestión o si se verifica que la información solicitada se falsificó o es incorrecta.

V. Asociaciones de asistencia financiera con clínicas de salud comunitarias

- A.** Church Health (CH) es una organización de atención médica basada en la fe que opera en el condado de Shelby. Baptist tiene una asociación establecida y patrocinios con CH que unen nuestras misiones de proporcionar atención médica

de calidad a las personas desatendidas de nuestra comunidad. Cuando corresponda, BMHCC ha delegado nuestro proceso de asistencia financiera a CH, lo que optimiza el proceso de basarse en los niveles federales de pobreza (Federal Poverty Levels, FPL) calculados por CH para tomar nuestra determinación de asistencia financiera. Este proceso acelera el proceso de aprobación y elimina la duplicación de esfuerzos y, a la vez, aumenta la conveniencia del paciente al facilitar el acceso a los servicios médicos.

- B. Oxford Medical Ministries Clinic (OMMC) es una clínica financiada con fondos privados para pacientes entre 18 y 65 años, sin seguro, que trabajan entre 27 y 30 horas por semana, como mínimo, y radican en los condados de Lafayette o Yalobusha de Misisipi. Baptist ha establecido asociaciones con OMMC para unir nuestras misiones de proporcionar atención médica de calidad a esta comunidad. Cuando corresponda, el proceso de asistencia financiera se ha delegado a OMMC, ya que usa la misma metodología para calificar a los pacientes para su programa. Este proceso acelera el proceso de aprobación y elimina la duplicación de esfuerzos y, a la vez, aumenta la conveniencia del paciente al facilitar el acceso a los servicios médicos.
- C. Mission First (MF) es una organización de atención médica basada en la fe ubicada en Jackson, Mississippi, que ofrece servicios médicos y odontológicos, así como una extensa gama de programas de salud y bienestar comunitarios, a los residentes sin seguro de los condados de Heinz, Rankin y Madison en Mississippi. Baptist Jackson se ha asociado y ha ayudado como benefactor, para unir nuestras misiones de proporcionar programas de bienestar, educación y atención médica de calidad a las personas desatendidas de nuestra comunidad.

VI. Facturación y cobranzas

A. Proceso de facturación del paciente:

I. Cobranzas de seguros: BMHCC mantendrá y cumplirá con las políticas y los procedimientos destinados a garantizar la presentación oportuna y precisa de reclamos a todos los planes de salud primarios o pagadores de seguros conocidos (“responsable del pago”) claramente identificados por el paciente. Si BMHCC recibe de manera oportuna información completa y precisa sobre el responsable del pago proporcionada por el paciente, pero no presenta el reclamo a tiempo a dicho responsable y posteriormente recibe una denegación por presentación tardía, el paciente será responsable únicamente del monto que le habría correspondido pagar si el responsable del pago hubiera cubierto el reclamo. Sin embargo, si BMHCC determina que el reclamo se presentó a tiempo y que el paciente proporcionó información inexacta o incompleta, dicho paciente será considerado responsable del saldo correspondiente. El seguro de responsabilidad civil no está incluido dentro de estas disposiciones. BMHCC hará todos los esfuerzos razonables para cobrar a todos los responsables del pago conocidos, tanto con los que tiene un contrato como con los que no, por los servicios prestados, con el fin de

ayudar a los pacientes a cubrir el costo de su factura. Los pacientes deben firmar una autorización que permita a BMHCC facturar a su plan de salud, compañía de seguros o cualquier otro tercero responsable del pago identificado. Asimismo, deben cooperar razonablemente con BMHCC proporcionando la información solicitada para facilitar una facturación adecuada a dicho plan de salud o compañía de seguros.

II. Estados de cuenta: BMHCC o un proveedor externo enviarán por correo postal los estados de cuenta al paciente o a su garante por los saldos pendientes correspondientes a los servicios prestados. Cada estado de cuenta incluirá un resumen breve, redactado en un lenguaje claro y fácil de entender, que describa los servicios prestados, la fecha en que se brindaron, los cargos correspondientes, el saldo pendiente en la cuenta, así como un número de teléfono e información de contacto para que el paciente o su garante puedan comunicarse con la Oficina comercial de BMHCC. Para garantizar que los pacientes estén informados sobre la FAP de BMHCC, los estados de cuenta también incluirán indicaciones sobre cómo obtener información relacionada con dicha política.

III. Otros métodos de contacto con los pacientes: simultáneamente con el proceso de envío del estado de cuenta previamente descrito, se podrán realizar llamadas telefónicas al paciente o a su garante para solicitar el pago de los saldos pendientes. El método para realizar llamadas telefónicas al paciente o a su garante puede incluir el uso de tecnología de marcación automatizada o la intervención de un proveedor externo que actúe en nombre de BMHCC. El contacto telefónico con el paciente o su garante tiene como propósito complementar el proceso de envío de estados de cuenta, a fin de asegurar que estén informados sobre cualquier saldo pendiente y las opciones de pago disponibles. Todas las llamadas se realizarán de manera profesional y alineadas con los objetivos y metas del proceso de cobro de facturas hospitalarias. Todas las llamadas serán grabadas con fines de control de calidad y capacitación del personal. Otros métodos utilizados para contactar a los pacientes respecto a sus saldos incluyen el envío de mensajes de texto y notificaciones a través de MyChart.

B. Proceso de cobranza del paciente (deudas incobrables):

El envío de una cuenta a cobranzas (también conocida como deuda incobrable) solo se llevará a cabo después de que BMHCC haya tomado las medidas descritas en esta política para informar al paciente sobre su saldo pendiente. Esta acción también podrá aplicarse si el paciente o su garante se niegan a cooperar, no responden a los intentos de establecer un plan de pago, no solicitan modificar dicho plan o no cumplen con los términos de un plan previamente establecido. Si el paciente o su garante no paga el saldo adeudado en su totalidad ni establece un plan de pago dentro de los 120 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta enviado por correo postal tras el alta, y han transcurrido al menos 30 días

desde que se le notificó por escrito sobre una posible ECA, la cuenta podrá ser remitida a una agencia externa de cobranza. Una vez que la cuenta ha sido enviada a una agencia de cobranza, esta seguirá los procedimientos de cobro durante un período mínimo de 365 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta enviado por correo postal tras el alta hospitalaria, antes de informar cualquier saldo pendiente a una agencia de crédito.

Uso de proveedores:

Todos los proveedores que participen en la implementación de estas pautas deberán cumplir contractualmente con los estándares establecidos en ellas, incluidos, entre otros, los requisitos de conducta aplicables a toda comunicación con los pacientes.

- A. Comprensión de las pautas y políticas de BMHCC:** se espera que los proveedores comprendan la FAP de BMHCC, así como todos los puntos que esta contiene. Mientras actúen en nombre de BMHCC, se espera que los proveedores orienten adecuadamente a los pacientes o a sus garantes hacia BMHCC para solicitar asistencia financiera cuando corresponda. Asimismo, deberán explicar, en un lenguaje claro y respetuoso, los pasos a seguir en el proceso de facturación y cobro, así como las opciones disponibles para restablecer la cuenta a su estado actual.
- B. Cumplimiento de la ley y las pautas internacionales de ACA:** en todo momento, se espera que los proveedores cumplan con todas las leyes y regulaciones aplicables, incluidas, entre otras, la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, la Ley de Cuidado de Salud Asequible, la Ley de Informes Crediticios Justos, así como brindar servicios de conformidad con todas las demás leyes y mandatos vigentes en materia de protección al consumidor. Todos los proveedores que presten servicios conforme a esta política deberán adoptar y cumplir con la declaración de principios y pautas titulada “Health Care Collection, Servicing and Debt Purchasing Practices” (prácticas de cobro, servicio y compra de deudas de atención médica) publicada por ACA International. En ningún caso se permitirá que un proveedor revenda las cuentas por cobrar de BMHCC. Esta limitación no impide que BMHCC, a su entera discreción, pueda vender cuentas por cobrar si lo considera apropiado.