



MANUAL DE POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y DIRECTRICES 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	
Referencia n.º: S.FI.3025.15	

PROPÓSITO: Establecer un marco para proporcionar asistencia financiera a las personas sin seguro y con seguro insuficiente, de acuerdo con nuestra misión caritativa, que nos permita calificar a los pacientes con un método de administración y asignación eficaz y coherente. A los pacientes que reúnan los requisitos, se les puede proporcionar asistencia financiera en forma de atención gratuita o atención con descuento aplicable a los cargos por servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios (sin incluir los procedimientos cosméticos u otros que no sean necesarios desde el punto de vista médico).

POLÍTICA:

Baptist Memorial Rehabilitation Hospital-Madison (“Baptist”) se compromete a tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión. Baptist ofrece servicios de atención médica para el público en general, y es nuestra política que a ningún paciente se le nieguen los servicios de atención médica debido a la incapacidad de pago. Para aquellos con capacidad de pago, Baptist proporciona servicios con anticipación al pago por parte del paciente o 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*), la atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico no se retrasará ni se negará en función de la capacidad de pago del paciente. Toda evaluación de los arreglos financieros se realizará solo después de que se haya realizado un examen de detección médica adecuado y se hayan proporcionado los servicios de estabilización necesarios de acuerdo con la EMTALA y todas las regulaciones estatales y federales aplicables.

La buena administración de los recursos en vista de los gastos requiere establecer procedimientos y directrices. Estos procedimientos no están diseñados para rechazar, impedir o disuadir a aquellos que necesitan buscar tratamiento médico necesario, sino para asegurar que los recursos de Baptist se dediquen a la atención médica continua de calidad y a la prestación de asistencia financiera para aquellos pacientes que lo necesitan y tienen menos capacidad de pago, en lugar de aquellos que eligen no pagar. La asistencia financiera en virtud de esta política depende de que el paciente cumpla con los criterios de elegibilidad de ingresos basados en las Directrices Federales de Ingresos de Pobreza (*Federal Poverty Income Guidelines, FPG*) como se describe en este documento. **Completar la solicitud de asistencia financiera de Baptist es el paso inicial necesario en este proceso.** A ningún paciente se le negará la asistencia financiera debido a su raza, religión, origen nacional o cualquier otra base prohibida por la ley.



ALCANCE:

Esta política de asistencia financiera (*Financial Assistance Policy*, FAP) del Baptist Memorial Rehabilitation Hospital-Madison se aplica a los cargos por servicios médicos necesarios prestados por el centro. Consulte la sección “Asistencia financiera” del sitio web para ver la FAP actual del hospital.

[Baptist Memorial Rehabilitation Hospital | Hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados](#)

DEFINICIONES:

Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB): el porcentaje de los cargos brutos por atención médica después de los ajustes contractuales para los pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención. A los pacientes elegibles para la FAP de Baptist no se les cobrará más que este porcentaje de AGB. De acuerdo con los requisitos de la Sección §1.501(r) del Código de Rentas Internas, Baptist utiliza el “Método retrospectivo” para determinar el porcentaje de AGB en función de los datos de reclamaciones del año anterior. Los porcentajes de AGB se calculan por separado para cada centro hospitalario sumando los montos permitidos según la tarifa de pago por servicio de Medicare, más los de todas las demás aseguradoras de salud comerciales y privadas, y luego dividiendo por los cargos brutos respectivos.

Período de solicitud: período de tiempo que un paciente tiene 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 elige presentar la solicitud con anterioridad) y finaliza en la fecha posterior de las siguientes: 240 días después del primer estado de cuenta de facturación luego del alta o 30 días después de que el hospital (o un tercero autorizado) proporcione un aviso por escrito (factura final) al paciente que describa las acciones de cobro extraordinarias pendientes.

Encuentro: una interacción o visita con un proveedor de atención. Para los tratamientos ambulatorios, un encuentro generalmente se refiere a una fecha de tratamiento o una visita a la clínica. La excepción son las cuentas de series que se definen a continuación. Si el encuentro del paciente fue una estadía en el hospital, los cargos del encuentro incluirían todos los cargos técnicos aplicables generados durante la estadía.

Episodio de atención: consiste en todos los servicios clínicos relacionados con un paciente para tratar una afección de diagnóstico delimitado desde el inicio de los síntomas hasta que se completa el tratamiento.

Acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA): actividades de cobro que Baptist emprenderá solo después de realizar esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Según lo definido por las regulaciones §1.501(r), las ECA son ciertas medidas tomadas contra un individuo relacionadas con la obtención del pago de una factura del hospital. No se tomará ninguna ECA antes de los 120 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta y al



menos 30 días después de que se le envíe al paciente un aviso por escrito que describa las ECA pendientes.

Unidad 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, su hija, el esposo y dos hijos, más el sobrino de la pareja vivieran en la misma casa o apartamento, se considerarían miembros de una unidad familiar de siete personas.

Asistencia financiera: una reducción en el monto de la factura de un paciente por servicios médicos según lo determinado por las disposiciones de esta FAP. Esta reducción generalmente se determina como un descuento porcentual aplicado a los cargos brutos.

Cargos brutos: el precio total sin descuento de los servicios médicos que se cobran de manera uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier asignación contractual, descuento o deducción.

Asegurados: pacientes con cualquier tipo de cobertura de seguro médico o programa, póliza o responsabilidad de un tercero pagador, incluido cualquier programa o responsabilidad de un pagador gubernamental (pero excluidos 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 episodio de atención. Para los fines de esta política, los pacientes que tienen una póliza médica activa, pero que están fuera de la red, se consideran asegurados. Si la póliza de seguro paga solo hasta el 5 % de los cargos totales, el paciente se considerará con seguro insuficiente y recibirá un ajuste equivalente al descuento de pago por cuenta propia.

Planes de beneficios limitados: planes médicos con beneficios significativamente más bajos y restrictivos que el seguro médico principal habitual. Esto puede incluir algunos planes de enfermedades críticas, planes de indemnización (pólizas que solo pagan una cantidad predeterminada, independientemente de los cargos totales) y pólizas de “efectivo hospitalario”.

Pólizas de beneficios limitados: cobertura de seguro que proporciona menos del 5 % del reembolso por cargos médicos.

Necesario desde el punto de vista médico: 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 la medicina según lo determine un proveedor de atención médica. Los servicios o suministros proporcionados principalmente para la conveniencia o preferencia personal de un paciente no están incluidos.

Con seguro médico insuficiente: para los fines de esta política, cualquier paciente asegurado que haya generado una responsabilidad de desembolso directo por cargos técnicos del hospital que excedan los \$5,000 en un solo encuentro se considera con seguro médico insuficiente y es elegible para el descuento por seguro médico insuficiente. Los pacientes con 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 médico con una compañía de seguros que no tiene un contrato con Baptist para el reembolso a una tarifa negociada y dicha póliza o plan del paciente no incluye a Baptist como parte de su red de proveedores.

Servicios profesionales: facturación de los servicios médicos proporcionados por médicos, prestadores de prácticas avanzadas, proveedores y otros terceros no empleados que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios.

Cuenta de serie: cuentas que combinan varios encuentros de servicios repetitivos en una reclamación. Esta reclamación generalmente refleja los cargos por un período de 30 días que cubre los servicios solicitados por el mismo médico bajo el mismo conjunto de diagnóstico.

Cargos técnicos: cargos facturados por servicios médicos que incluyen el uso de equipos, instalaciones, personal sanitario no médico, suministros y otros cargos en hospitales, centros de enfermería especializada, clínicas hospitalarias y otras instituciones de Baptist que brindan servicios ambulatorios y hospitalarios.

Responsabilidad de terceros: una obligación de cualquier persona o entidad (que no sea el paciente) por la responsabilidad financiera parcial o total del pago de los cargos del paciente por los servicios médicos prestados.

Sin seguro: un paciente para quien no hay un tercero, compañía de seguros o entidad gubernamental responsable de la totalidad o parte de los gastos médicos del paciente por el encuentro o episodio de atención, y que no está asegurado como se define aquí.

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

EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA:

Los pacientes no son elegibles para recibir asistencia financiera según esta FAP si:

1. El paciente está asegurado, a menos que reúna los requisitos para recibir un descuento como persona con seguro médico insuficiente, tal como se define aquí.
2. El paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de otro programa de asistencia de la ciudad, el condado, el estado, el gobierno federal o cualquier otro programa de asistencia que sustituya esta política, para esa parte de los cargos cubiertos por la asistencia financiera sustitutiva.
3. Los cargos del paciente son producto de la atención médica derivada de un accidente laboral, a menos que el paciente proporcione verificación de que no tiene cobertura de terceros.



4. Los cargos del paciente son producto de un accidente automovilístico, a menos que el paciente proporcione verificación de que no tiene cobertura de terceros.

Además, esta FAP no descuenta los siguientes cargos:

1. Cargos por servicios médicos que pueden proporcionarse, pero que no son necesarios desde el punto de vista médico para el paciente específico (incluidos, entre otros, los procedimientos cosméticos o que mejoran la apariencia).
2. Servicios prestados por proveedores que no están obligados a participar en este programa FAP, incluidos, entre otros, los siguientes: servicios de laboratorio externos o especializados, radiólogos, patólogos, servicios de ambulancia, médicos no empleados, así como servicios prestados en determinados centros que no son de propiedad y operación total de Baptist. Consulte la sección “Servicios financieros” en el sitio web de Baptist para ver las listas actuales de entidades que se incluyen en la FAP del hospital y la Pro-FAP.
3. Cargos por compras de artículos minoristas de conveniencia que no son necesarios desde el punto de vista médico, incluidos, entre otros, los siguientes: anteojos, lentes de contacto, audífonos, pelucas, productos cosméticos y cualquier artículo al que se aplique el impuesto sobre las ventas. NOTA: A menudo, existen otros programas de caridad disponibles para ayudar con el costo de estos artículos no necesarios desde el punto de vista médico, y la información disponible se proporcionará a pedido.

APLICACIONES DE LA POLÍTICA:

I. Asistencia financiera para personas con seguro médico insuficiente

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

- A. El paciente tiene cobertura de seguro para el encuentro o episodio de atención aplicable.
- B. Se ha facturado todo el seguro disponible y se han recibido todos los pagos aplicables.
- C. El paciente cumple con la definición de persona con seguro médico insuficiente después de completar A y B.
- D. Los pacientes con seguro médico insuficiente recibirán un descuento del 25 % sobre la responsabilidad del paciente superior a \$5,000. NOTA:
 - a) Las cuentas de serie se consideran un encuentro al solicitar este descuento.

Los pacientes deben comunicarse con la Oficina Comercial Central al (888) 545-6555 si reúnen los requisitos o si tienen preguntas sobre este descuento.

II. Disposición para proveedores de Medicaid no acreditados

Cuando una entidad de Baptist no está acreditada en el programa Medicaid fuera del estado de un paciente y, por lo tanto, no es elegible para recibir el reembolso de Medicaid por los servicios prestados, los saldos de las cuentas se clasificarán como caridad, ya que los pacientes de Medicaid se clasifican como indigentes.



A. El descuento para personas sin seguro

1. Si el paciente califica como persona sin seguro, los cargos totales se ajustan al AGB aplicando el descuento para personas sin seguro a los cargos brutos totales.
2. El descuento para personas sin seguro se aplicará automáticamente antes del primer estado de cuenta posterior al alta si la condición de persona sin seguro del paciente se ha determinado en ese momento. La aplicación de este descuento garantiza que los cargos por la atención médica necesaria para las personas elegibles para la FAP se limiten como máximo al promedio facturado a las personas con un seguro que cubre dicha atención, de acuerdo con §1.501(r)(5).
3. No es necesario completar una solicitud de asistencia financiera para ser elegible para recibir el descuento para personas sin seguro.

B. El descuento por necesidad financiera

Todos los pacientes sin seguro que lo soliciten son elegibles para un descuento adicional según la necesidad financiera. La elegibilidad para este descuento se determina de la siguiente manera:

1. El tamaño de la unidad familiar del paciente se determina mediante la documentación proporcionada, lo que incluye, entre otras cosas, la solicitud y los documentos financieros de respaldo.
 - (a) Una unidad familiar es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. En general, todas las personas relacionadas que viven en una misma ubicación física se consideran miembros de una unidad familiar. Un hijo que es estudiante de tiempo completo y vive fuera de casa en una universidad acreditada puede contarse en el tamaño de la familia.
 - (b) Las personas no relacionadas se excluyen de la determinación del tamaño de la unidad familiar. Una persona no relacionada es aquella que no está relacionada con el paciente por nacimiento, matrimonio o adopción. Los ejemplos incluyen amigos, compañeros de habitación, inquilinos, niños en adopción temporal, empleados u otras personas que viven en alojamientos grupales, como una casa de huéspedes.
 - (c) Si es necesario, la dirección/residencia principal de las personas declaradas en una unidad familiar se verificará mediante las declaraciones de impuestos o los documentos judiciales federales, estatales o gubernamentales que establezcan la residencia.
2. El ingreso bruto total de la unidad familiar del paciente se determina teniendo en cuenta lo siguiente:
 - (a) Ingresos monetarios, incluidos los ingresos, la compensación por desempleo, la compensación para trabajadores, el Seguro Social, la Seguridad de Ingreso Suplementario, los pagos por discapacidad, la asistencia pública, los pagos a veteranos, los beneficios para sobrevivientes, los ingresos de pensión o jubilación, los intereses, los dividendos, los alquileres, las regalías, los ingresos de bienes o fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, la asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas.



1. Los salarios ganados por los niños menores de edad no se incluyen en el cálculo de los ingresos.

2. La asistencia ordenada por la corte y emitida por el estado o el gobierno federal relacionada con un menor sí se incluye en el cálculo de los ingresos.

(b) El valor de los beneficios no monetarios (como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda) no se cuenta como ingreso; sin embargo, estos documentos pueden usarse para corroborar el tamaño de la familia o los totales de ingresos correspondientes.

(c) El paciente debe proporcionar documentación financiera de respaldo para verificar el ingreso bruto total de todos los miembros de la familia en el hogar. El ingreso bruto siempre se utiliza para determinar la situación financiera del paciente. Se da prioridad a la información de ingresos más reciente al evaluar la situación financiera. Para corroborar con precisión los ingresos familiares, cualquiera de los siguientes documentos es una prueba aceptable de ingresos; sin embargo, la preferencia es el orden enumerado:

1. Talones de pago de los últimos tres meses
2. Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior
3. Formularios W2 del año anterior
4. Documentos de asistencia estatal/federal
5. Estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses
6. Estados de cuenta de pensión/jubilación
7. Documentos legales, incluidos la sentencia de divorcio o la manutención de los hijos y la pensión alimenticia

3. Los porcentajes de descuento por necesidad económica de la FAP de Baptist están determinados por el tamaño de la unidad familiar y el ingreso familiar total en la Tabla de descuentos de la FAP de Baptist correspondiente.

(a) La siguiente tabla resume los descuentos de la FAP de Baptist:

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



(b) Los niveles de ingresos para la tabla de descuentos son establecidos por las Pautas Federales de Pobreza de los Estados Unidos (*Federal Poverty Income Guidelines*, FPG). Estos niveles los publica anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los umbrales de ingresos de las FPG se pueden encontrar buscando “current poverty guidelines” (pautas de pobreza actuales) en www.federalregister.gov. Los cálculos de AGB y los umbrales de ingresos de las FPG actuales para las tablas de descuentos de Baptist se actualizan anualmente.

(c) Una vez que se haya determinado el descuento por necesidad económica, a los pacientes que cumplan los requisitos se les enviará una carta que indicará el porcentaje de descuento aplicable y, si corresponde, cuánto debe el paciente después de que se haya aplicado el descuento. Esta carta también incluirá información de contacto por si el paciente tiene preguntas sobre los descuentos, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.

Baptist se reserva el derecho de solicitar información adicional o de rechazar o rescindir la asistencia financiera proporcionada en virtud de esta FAP en caso de que haya información incorrecta, tergiversación o fraude. La asistencia financiera proporcionada de conformidad con esta FAP está destinada principalmente a beneficiar a los pacientes sin seguro y con seguro médico insuficiente en las comunidades atendidas por cada una de las entidades afiliadas a Baptist. En el caso de que una entidad afiliada en particular determine que su viabilidad continua y su capacidad para seguir brindando atención caritativa dentro de la comunidad atendida se vean afectadas debido a que pacientes ajenos a esas 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 viable y mantener su misión caritativa. No obstante, la atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico nunca se retrasará ni se negará en función de la capacidad de pago de ningún paciente.

III. Proceso de solicitud de asistencia financiera para el descuento por necesidad económica

A. Información general.

1. Los pacientes sin seguro que soliciten asistencia financiera basada en la necesidad económica en virtud de la FAP de Baptist deben completar la solicitud de asistencia financiera para que se puedan realizar esfuerzos razonables a fin de determinar si son elegibles para la asistencia financiera. Hay copias gratuitas de la solicitud o una declaración que explica la FAP en lenguaje sencillo disponibles en varios lugares.

(a) Se ofrece una copia al paciente durante las admisiones.

(b) Hay copias disponibles a pedido en los departamentos de Admisiones y Oficina Comercial.

(c) Las copias también están disponibles para descargar e imprimir en línea en el sitio web de Baptist, [Baptist Memorial Rehabilitation Hospital | Inpatient Rehabilitation Hospital](#), o comunicándose con el centro al (769) 289-6100.



- (d) Además, Baptist proporcionará todos los documentos relacionados con la FAP por vía electrónica a toda persona que indique que esa es su preferencia.
- 2. Si la condición de elegibilidad para recibir la asistencia financiera de un paciente se ha determinado en los últimos 90 días, el paciente no necesita volver a presentar la 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 de todas las demás cuentas abiertas y calificadas (de antigüedad menor a 240 días) relacionadas con este episodio de atención o para otros servicios médicos necesarios. La elegibilidad según la FAP se volverá a evaluar cada noventa (90) días. El proceso para volver a presentar la solicitud es el mismo que el proceso inicial; se debe presentar una solicitud y la información financiera actualizada a la Oficina Comercial en el centro donde se recibieron los servicios.
- 4. Baptist se reserva el derecho de utilizar sistemas de puntuación externos para predecir la caridad presunta.
 - i. Baptist habrá realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la FAP para la atención si determina que la persona es elegible en función de información que no sea la proporcionada por la persona o en función de una determinación previa de elegibilidad para la FAP. Si se determina presuntamente que la persona es elegible para recibir menos de la asistencia más generosa disponible en virtud de la FAP, el centro:
 - a. Ajustará el saldo del paciente a cero como resultado de la base para la determinación presunta de elegibilidad para la FAP.
 - b. Le dará a la persona un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar las ECA para obtener el monto con descuento adeudado por la atención.
 - c. Si la persona presenta una solicitud completa de FAP para obtener una asistencia más generosa durante el período de solicitud, el centro determinará si la persona es elegible para recibir un descuento más generoso y cumple con los requisitos descritos en esta política.

B. Procesamiento de la solicitud de asistencia financiera.

- 1. La revisión de la elegibilidad para la FAP se completará en un plazo de 30 días.
- 2. Las iniciativas de ECA se suspenderán después de que se haya recibido la solicitud y durante la revisión. Baptist reanudará las ECA, o tomará todas las medidas razonables disponibles para revertirlas, según corresponda, después de la determinación de elegibilidad. Una vez que se haya tomado la determinación de elegibilidad, se enviará una carta al paciente en la que se le informará de la decisión.
- 3. Para los pacientes que son elegibles para recibir un descuento por necesidad económica, la carta de notificación indicará el porcentaje de descuento que les corresponde y cuánto deben después de que se haya aplicado el descuento. Esta carta también incluirá información de contacto para que los pacientes obtengan ayuda con las preguntas sobre el



descuento, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.

4. Si la solicitud está incompleta o carece de la documentación de respaldo necesaria, se enviará una carta en la que se notificará al paciente y se solicitará la información faltante. Toda la información de respaldo debe recibirse antes del final del período de solicitud del paciente. Esta carta incluirá información de contacto para que los pacientes obtengan ayuda con las preguntas sobre el descuento, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago. Si el paciente no puede o no está dispuesto a proporcionar la documentación financiera necesaria, no será elegible para recibir un descuento por necesidad económica.

5. Para los pacientes que se consideran no elegibles para recibir un descuento por necesidad económica además del descuento para personas sin seguro, su carta de notificación incluirá información de contacto para que obtengan ayuda con las preguntas o inquietudes con respecto al descuento, el proceso de aprobación o los acuerdos de pago. Los pacientes pueden volver a solicitar un descuento por necesidad económica después de 90 días o si ha habido un cambio importante en la unidad familiar o en el estado de los ingresos.

6. Baptist se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera y buscar el reembolso adecuado en caso de que se descubra nueva información con respecto a la cobertura del seguro, se pague al solicitante de conformidad con una reclamación por lesiones personales relacionada con los servicios en cuestión o se verifique que la información solicitada fue falsificada o inexacta.

IV. Facturación y cobros

A. Proceso de facturación del paciente:

I. Cobros de seguros: Baptist mantendrá las políticas y los procedimientos y cumplirá con ellos para garantizar la presentación oportuna y precisa de reclamaciones a todos los planes de salud primarios conocidos o pagadores de seguros (“pagador”) claramente identificados por el paciente. Si Baptist recibe la información completa y precisa del pagador del paciente de manera oportuna, pero no presenta la reclamación al pagador de manera oportuna y, posteriormente, recibe un rechazo por falta de presentación oportuna, el paciente será responsable solo del monto que estaría obligado a pagar si el pagador hubiera pagado la reclamación. Sin embargo, si Baptist determina que la reclamación se presentó de manera oportuna o que el paciente proporcionó información inexacta o incompleta, se considerará responsable al paciente. El seguro de responsabilidad civil no está cubierto por estas disposiciones. Baptist hará todo lo posible por cobrar de todos los pagadores conocidos con los que Baptist tiene un contrato y de los pagadores sin contrato por los servicios prestados para ayudar a los pacientes a saldar su factura. Los pacientes deben firmar una autorización que permita a Baptist facturar al plan de salud, a la compañía de seguros o a cualquier otro pagador externo del paciente, y deben cooperar con Baptist de manera razonable proporcionando la información solicitada para facilitar la facturación adecuada al plan de salud o a la compañía de seguros del paciente.



II. Estados de cuenta: Baptist o un proveedor externo enviarán por correo los estados de cuenta al paciente o al garante del paciente con los saldos adeudados por los servicios prestados. Cada estado de cuenta incluirá una breve declaración, en un lenguaje fácil de entender, que describirá los servicios prestados, la fecha de los servicios, los cargos por dichos servicios, el saldo adeudado en la cuenta y un número de teléfono e información de contacto para conectar al paciente o al garante del paciente con la Oficina Central de Negocios de Baptist. Para que los pacientes conozcan la FAP del Hospital Baptist, los estados de cuenta también informarán a los pacientes sobre cómo obtener información sobre la FAP.

III. Otros métodos de contacto con los pacientes: Simultáneamente con el proceso de estado de cuenta descrito anteriormente, los saldos se pueden reclamar mediante llamadas telefónicas para comunicarse con el paciente o el garante del paciente. El método de realizar llamadas telefónicas a un paciente o al garante del paciente puede incluir llamadas realizadas por un proveedor externo que trabaja en nombre de Baptist o con el uso de tecnología de marcación automática. El contacto telefónico con el paciente o el garante del paciente tiene como objetivo complementar el proceso de notificación del estado de cuenta para garantizar que todos los pacientes estén al tanto de que tienen un saldo pendiente y qué opciones de pago hay disponibles. Todas las llamadas se realizarán de manera profesional que sea coherente con los objetivos del proceso de cobro de los hospitales.

Proceso de cobro al paciente (deuda incobrable):

El envío de una cuenta a cobros (también conocido como deuda incobrable) se utilizará solo después de que Baptist haya tomado las medidas descritas en esta política para informar al paciente de su saldo pendiente con Baptist, o el paciente o el garante del paciente se hayan negado a cooperar o no hayan respondido al establecimiento de un plan de pago, la modificación de un plan de pago o la adhesión a un plan establecido. Si el paciente o el garante del paciente no pagan el saldo adeudado en su totalidad o no establecen un plan de pago antes del día 120 después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta enviado por correo y al menos 30 días después de que se le enviara al paciente un aviso por escrito con el detalle de las ECA pendientes, se recomendará la cuenta para cobros externos. Una vez que la cuenta se haya enviado a una agencia de cobros, la agencia seguirá los procesos de cobro durante un período de al menos 365 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta de los hospitales enviado por correo antes de informar cualquier saldo pendiente a una agencia de crédito.

Uso de proveedores:

Cualquier proveedor utilizado para implementar estas pautas deberá estar contractualmente obligado a cumplir con los estándares de dichas pautas, incluidos, entre otros, los requisitos de conducta para todas las comunicaciones con los pacientes.



- A. Comprensión de las pautas y políticas de Baptist:** Se espera que los proveedores comprendan la FAP de Baptist y todos los elementos contenidos en ella. Mientras trabajan en nombre de Baptist, se espera que los proveedores guíen adecuadamente a los pacientes o al garante de los pacientes a Baptist para obtener asistencia financiera cuando sea apropiado y se espera que expliquen, en un lenguaje sencillo y respetuoso, los siguientes pasos en el proceso de facturación y cobro, y cómo restablecer la cuenta al estado sin deuda.
- B. Cumplimiento de la ley y las pautas de ACA International:** En todo momento, se espera que los proveedores cumplan con todas las leyes y regulaciones aplicables (incluidas, entre otras, la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, la Ley de Atención Médica Asequible, la Ley de Informes Crediticios Justos) y que presten servicios de acuerdo con todas y cada una de las leyes y los mandatos de protección al consumidor aplicables. Todos los proveedores que presten servicios de conformidad con esta política deberán adoptar las “Prácticas de cobro, servicio y compra de deudas de atención médica: Declaración de principios y pautas” de ACA International y cumplir con ellas. En ningún caso, ningún proveedor revenderá ninguna de las cuentas por cobrar de Baptist. Esta limitación no impide que Baptist venda cuentas por cobrar si se considera apropiado.