



BAPTIST

MANUAL DE POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS DE OPERACIONES

Fecha de entrada en vigencia: 8/17	POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA SERVICIOS PROFESIONALES
Última revisión: 7/19; 2/20; 2/23, 12/23	
N.º de referencia: S.FI.3075.04	

PROPÓSITO

Establecer un marco para proporcionar asistencia financiera a los pacientes con o sin seguro, de acuerdo con nuestra misión caritativa, a los pacientes que reúnan 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 a los pacientes que reúnan los requisitos (sin incluir los procedimientos cosméticos u otros que no sean médicamente necesarios).

POLÍTICA:

Baptist Memorial Health Care Corporation y sus entidades afiliadas (“Baptist”) se comprometen 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.

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 recibir el tratamiento médicamente necesario sino, al contrario, para asegurar que los recursos de Baptist se destinen a proporcionar una atención médica continua de calidad y a proporcionar asistencia financiera para aquellos pacientes que la necesiten y tengan 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 su raza, religión, origen nacional o por cualquier otro motivo que prohíba la ley.

ALCANCE:

La Política de Asistencia Financiera para Servicios Profesionales de Baptist (“Pro-FAP”) se aplica a los cargos del paciente por servicios profesionales prestados por médicos y proveedores no médicos empleados por Baptist.

Los servicios profesionales que se lleven a cabo en centros hospitalarios (por ejemplo, en una clínica de salud rural o en una clínica de cáncer establecida en un hospital), y que se facturen en el Formulario CMS-UB04, están excluidos de esta política, ya que están incluidos en la política de asistencia financiera de Baptist Hospital (“Hosp-FAP”). Consulte la sección “Asistencia financiera” en el sitio web de Baptist para ver la lista actual de las entidades que participan en la FAP del hospital y la Pro-FAP, así como las entidades que no participan en ningún programa. [Política de asistencia financiera para Baptist Memorial Health Care \(baptistonline.org\)](http://baptistonline.org)

DEFINICIONES:

Período de solicitud: período de tiempo 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 de la primera factura posterior al encuentro o 30 días después del envío de 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.

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

Acciones de cobro extraordinarias (ECA): 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 121 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 detallan 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 entre sí se consideran miembros de una familia. Por ejemplo, si una pareja casada mayor, su hija con su esposo y dos hijos, más el sobrino de la pareja vivieran en la misma casa o departamento, se considerarían miembros de un núcleo familiar de siete personas.

Asistencia financiera : 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: precio total, sin descuento de los servicios médicos que se cobra de manera sistemática y uniforme a los pacientes antes de aplicar ajustes contractuales, descuentos o 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 algún 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. Para los fines de esta política, se considera que los pacientes están asegurados aunque se encuentren fuera de la red.

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

Medicamente 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 para la comodidad o las preferencias personales de un paciente.

Fuera de la red: paciente cubierto por una póliza o plan de seguro de salud con una compañía aseguradora que no tenga un contrato con Baptist para el reembolso a una

tarifa negociada, y la póliza o el plan del paciente no incluyen a Baptist como parte de su red de proveedores.

Cargos profesionales: facturación del trabajo realizado por los médicos, los proveedores de práctica avanzada, los proveedores de productos/servicios y otros proveedores independientes por concepto de servicios para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados.

Descuento mínimo por pago por cuenta propia: descuento en la tarifa fija que se aplica a los cargos brutos elegibles de los pacientes sin seguro. En el caso de los servicios cubiertos por esta póliza, el descuento mínimo que paga por cuenta propia es del 40 % en el área de servicio de BMG y del 30 % en el área de servicio de Jackson.

Responsabilidad de terceros : obligación de alguna persona o entidad (que no sea el paciente) por responsabilidad parcial o total en el pago de los cargos de un paciente por los servicios médicos proporcionados.

Sin seguro: paciente que no cuenta con un tercero, compañía aseguradora o entidad gubernamental responsable de la totalidad o parte de sus gastos médicos debido al encuentro o el 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 fija que se aplica a los cargos brutos elegibles de los pacientes sin seguro.

EXCLUSIONES DE LA POLÍTICA:

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

1. El paciente tiene seguro.
2. El paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de otro programa de asistencia de la ciudad, del condado, estatal, federal 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 médicamente 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 “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 médicamente necesarios, lo que incluye, entre otros: anteojos, lentes de contacto, audífonos, pelucas, productos cosméticos y cualquier artículo a los que se aplica el impuesto sobre las ventas. NOTA: a menudo, existen otros programas de beneficencia disponibles para ayudar con el costo de estos artículos que no son médicamente 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 de manera automática para recibir un descuento del 25 % en pasivos del paciente mayores a \$2500. Los pacientes deben comunicarse con la Oficina Comercial del centro

en el que se prestaron los servicios si reúnen los requisitos o tienen preguntas sobre este descuento.

II. Asistencia financiera para los pacientes sin seguro

El encargado de evaluar la elegibilidad de todos los pacientes sin seguro para Medicaid es First Source, un proveedor externo para elegibilidad de Medicaid, que trabajará con el paciente y Baptist para determinar si el paciente es elegible para cualquier programa de asistencia federal, estatal o local. 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, como lo establece esta política.

A. El descuento para pacientes sin seguro médico

El descuento por falta de seguro del 40 % se aplicará solo para el área de servicio de BMG y para los centros de Baptist Anderson, además de un 30 % de descuento para el área de servicio de Jackson. El descuento para personas sin seguro se aplicará de manera automática antes de la primera factura posterior al alta si se determina que el paciente no tiene seguro en ese momento. No es necesario llenar una solicitud de asistencia financiera a fin de ser elegible para recibir el descuento para personas sin seguro.

B. El descuento por necesidad financiera

Todos los pacientes sin seguro 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 se relaciona con el paciente 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. Para demostrar con exactitud los ingresos familiares, se puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos. 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. La siguiente información disponible debe proporcionarse:

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, según la tabla de descuentos de la FAP de Baptist adecuada. Se puede obtener una copia de la tabla de descuentos en la Oficina Comercial del centro en el que se recibieron los servicios o en línea en www.baptistonline.org.

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

Resumen de descuentos Pro-FAP de Baptist	
Rango de ingresos de los FPG	Descuento
≤ 100 %	100 %
101 %-200 %	75 %
201 %-300 %	50 %
>300 %	40 %

- b) Los niveles de ingresos de la tabla de descuentos se establecen según las Directrices Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) de los Estados Unidos. Estos niveles son publicados anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y los límites de ingresos actuales de FPG se pueden encontrar en línea en <https://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.
- 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 médicamente necesaria y de emergencia nunca se retrasará ni se suspenderá con base en la capacidad de pago de cualquier paciente.

III. 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 llenar la solicitud de asistencia financiera, de modo que se puedan hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para dicha asistencia. Se pueden conseguir fácilmente de varias fuentes las copias gratuitas de la solicitud o una declaración en un lenguaje sencillo que explique la FAP.
 - (a) Se entrega 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 línea en la sección “Asistencia financiera” en el sitio web de Baptist (baptistonline.org), o bien, 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. Todos los pacientes son elegibles para solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante la continuidad de su atención o su ciclo de facturación. Los pacientes tienen la oportunidad de solicitar asistencia financiera por un plazo de

- 240 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al encuentro o treinta días después de la notificación por escrito al paciente en la que se informó la ECA pendiente.
3. Si el estado de elegibilidad de la asistencia financiera de un paciente se ha determinado en los 90 días anteriores, el paciente no tiene que volver a presentar una solicitud.
 4. 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 médicamente 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.
 5. El descuento aprobado se aplicará según los mismos términos para las cuentas abiertas u otra atención médicamente necesaria en los centros de Baptist que participan en la Pro-FAP. Los pacientes no tienen que presentar una solicitud en cada centro. En estas situaciones:
 - a. Es posible que los pacientes deban presentar una copia de la carta de aprobación como prueba de aprobación anterior.
 - b. El descuento para personas sin seguro es diferente en cada centro.
 - c. El porcentaje de descuento aplicado lo determina el centro donde se recibió la atención médica.
 6. En algunas circunstancias, Baptist se reserva el derecho de utilizar sistemas de calificación externos para predecir la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera en caso de que haya problemas con el proceso de solicitud.
- B. Procesamiento de la solicitud de asistencia financiera.
1. La revisión para determinar la elegibilidad para la FAP se completará en un plazo de 30 días.
 2. Se suspenderán los esfuerzos de ECA después de que se haya recibido la solicitud y mientras está en revisión. Baptist tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir o reanudar 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. En el caso de los pacientes que sean 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. En el caso de los pacientes que se consideran como no elegibles para un descuento por necesidad financiera además 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 reciente 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.

VI. Disposición para los proveedores sin credenciales de 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.

VI. Facturación y cobranzas

- A. Las medidas que se pueden tomar en el caso de falta de pago se describen en los Lineamientos de facturación y cobros de Baptist. Se puede obtener una copia gratuita de esta política en la página web de Baptist (www.baptistonline.org) o contactando a la Oficina Comercial del centro en el que se recibieron los servicios.
- B. Baptist no participará en ninguna ECA antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. No se realizará ninguna ECA antes de los 121 días desde la fecha de la primera factura posterior al encuentro y, por lo menos, 30 días después de que se haya enviado un aviso por escrito en el que se detallen las ECA pendientes.

- C. Las siguientes son alternativas a las ECA que Baptist podría realizar contra una persona en relación con el cobro de los pagos adeudados: presentar un informe adverso sobre la persona a las agencias de informes crediticios del consumidor o burós de crédito, así como acciones que requieran un proceso legal o judicial.