



# MANUAL DE POLÍTICA DE OPERACIONES, PROCEDIMIENTOS Y DIRECTRICES DE BAPTIST

Fecha de vigencia: 03/9	<b>POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA HOSPITALARIA</b>
Última revisión: 8/2004; 5/06, 12/06; 3/08; 4/09; 4/10; 6/14; 8/16; 6/17	
Revisado: 4/11; 9/12; 9/16	
N.º de referencia: S.FI.3025.07	

**PROPÓSITO:** Establecer un marco para proporcionar asistencia financiera a los pacientes que califiquen con un método efectivo y consistente de administración y asignación.

## **POLÍTICA:**

Baptist tiene el compromiso de atender a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión. Baptist proporciona servicios con el pago anticipado por parte del paciente o del fiador por dichos servicios prestados. De conformidad con la Emergency Medical Treatment and Labor Act (Ley de tratamiento de emergencia y parto, EMTALA, en inglés), la atención de emergencia y médicamente necesaria no será retrasada ni retenida con base en la capacidad de pago del paciente. Cualquier evaluación de los acuerdos financieros ocurrirá solo después de que se haya llevado a cabo un examen de detección médica y se hayan proporcionado los servicios de estabilización necesarios de conformidad con EMTALA y todas las regulaciones estatales y federales aplicables.

Como un servicio para nuestra comunidad, Baptist ofrece asistencia financiera a los pacientes en el caso de la atención de emergencia o médicamente necesaria. Esta oportunidad de recibir asistencia financiera depende de cumplir con cierto criterio de elegibilidad de ingresos con base en las Directrices Federales de Ingresos (FPG) de nivel de pobreza y lo que se establece aquí. A ningún paciente se le denegará asistencia financiera debido a su raza, religión, país de origen ni por otra causa que prohíba la ley.

## **OBJETIVOS:**

- Identificar a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera de conformidad con las estipulaciones definidas en esta política.
- Establecer una metodología consistente, eficiente y en cumplimiento para determinar y administrar asistencia financiera.

## **ALCANCE:**

La Política de Asistencia Financiera (FAP) de Baptist Hospital aplica para cobros de servicios de emergencia y medicamente necesarios de los centros que posee y opera BMHCC, esto incluye los hospitales Baptist, centros de cuidados paliativos Baptist, clínicas de salud rurales y clínicas de médicos en el hospital y el Centro de Diagnóstico Oxford. La asistencia financiera para servicios médicos profesionales que no se cubren en esta política se incluyen en la Política de Asistencia Financiera para Servicios Profesionales (Pro-FAP) de Baptist. Consulte “Asistencia financiera” en el sitio web de Baptist para ver la lista actualizada de entidades participantes de FAP y Pro-FAP de hospital, así como las entidades que no participan en ninguno de los dos programas.

## **DEFINICIONES:**

***Amounts Generally Billed (Montos generalmente facturados, AGB, en inglés):*** Los montos generalmente facturados por emergencias u otra atención medicamente necesaria para los pacientes que tienen seguro que cubra dicha atención. A los pacientes elegibles para FAP de Baptist no se les cobrará más de este porcentaje de AGB. De conformidad con los requisitos del Código de Rentas Internas, Sección 501(r), Baptist usa el “Método de actualización” para determinar el porcentaje de AGB con base en los datos del reclamo del año fiscal anterior. Los porcentajes de AGB se calculan por separado para cada centro hospitalario al sumar los montos permitidos por Medicare tarifa por servicio, más todas las demás compañías aseguradoras comerciales y privadas, y luego dividir entre los cargos brutos respectivos. El vicepresidente del Ciclo de Ingresos de Baptist recalcula los porcentajes de AGB anualmente.

***Período de solicitud:*** Plazo en que el paciente debe enviar una solicitud completa para asistencia financiera. Para los fines de esta política, el período de solicitud de asistencia financiera empieza en la fecha en que se proporciona la atención médica y termina 240 días después del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta o 30 días después de que el hospital o un tercero autorizado proporcione un aviso por escrito para el paciente que describe las acciones de cobro extraordinario pendientes.

***Baptist Hospital Financial Assistance Program (Programa de Asistencia Financiera, FAP)*** de Baptist Hospital: Como se describe en esta política, la FAP de Baptist es el programa desarrollado para identificar y medir la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera gratuita o con descuento y para describir la práctica para distribuir los fondos de manera consistente y eficiente.

***Calificador de terceros designado:*** Una persona que trabaje con el proveedor y el paciente para identificar e intentar calificar al paciente para cualquier opción de cobertura de seguro disponible.

***Descuento:*** Para disminuir y/o hacer la asignación. En el contexto de esta política, esto se refiere en general a las deducciones de los cargos brutos.

**Encuentro:** Una interacción o visita con un proveedor de atención. Para tratamientos de pacientes ambulatorios, los encuentros se refieren generalmente a una fecha de tratamiento o una visita a la clínica. Se exceptúan las cuentas en serie, como se definen más adelante. Si el “encuentro” del paciente fue una estancia como paciente hospitalizado, los cargos por el encuentro deben incluir todos los cargos técnicos correspondientes que se incurrieron durante la estancia.

**Episodio de atención:** Consiste en todos los servicios clínicamente relacionados para un paciente para una condición de diagnóstico discreto desde el inicio de los síntomas hasta que se finalice el tratamiento.

**Extraordinary Collection Actions (acciones extraordinarias de cobro, ECA, en inglés):** Actividades de cobro que Baptist no realizará antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Como se define en el reglamento 501(r), las ECA son ciertas medidas tomadas contra una persona en relación con la obtención del pago de una factura de hospital. No se tomará ninguna ECA antes de 121 días de la fecha de la primera factura posterior al alta y al menos treinta días después de que se haya enviado al paciente un aviso por escrito describiendo las ECA pendientes.

Las siguientes son alternativas de ECA que Baptist podría tomar contra una persona en relación con el cobro de los pagos adeudados:

- Reportar información adversa acerca de la persona a las agencias de elaboración de informes de crédito del consumidor y agencias de crédito.
- Acciones que requieren un proceso legal o judicial; que incluye, pero sin limitarse a:
  - Colocar un embargo sobre una propiedad personal;
  - Vincular o confiscar una cuenta bancaria personal;
  - iniciar una acción legal contra una persona;
  - embargar el salario de una persona.

**Unidad de Familia.** Una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas; todas estas personas se consideran miembros de una familia. Por ejemplo, si una pareja casada mayor, su hija, su esposo y dos hijos, más el sobrino de la pareja mayor viven en la misma casa o apartamento; serían considerados miembros de una sola familia de siete.

**Asistencia financiera:** Una reducción en la cantidad que el paciente adeuda por servicios médicos determinada por las estipulaciones de esta política. Esta reducción se determina usualmente como un porcentaje que se aplica a los cargos totales [brutos].

**Cargos brutos:** El precio completo, sin descuento de los servicios médicos, cobrado de manera consistente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier asignación, descuento o deducciones contractuales.

***Asegurado:*** Pacientes con cualquier tipo de cobertura de seguro y/o programa de un encargado del pago de terceros que reembolsa, compensa o descuenta los gastos médicos. Con fines de la FAP, los pacientes se consideran sin seguro incluso si sus beneficios se han agotado, son fuera de la red y/o su seguro no cubre un tratamiento específico.

***Médicamente subasegurado:*** Para los fines de esta política, cualquier paciente asegurado que haya incurrido en responsabilidades de desembolso directo por cargos hospitalarios (técnicos) que superen los \$5,000 en un solo encuentro se consideran médicamente subasegurados y podrían ser elegibles para recibir asistencia. Los pacientes no deben completar una solicitud de asistencia financiera, puesto que esta estipulación de descuento no tiene requisitos de estado familiar o ingresos para calificar.

***Cobertura fuera de la red:*** Ocurre cuando Baptist no tiene contrato con una compañía de seguro para el reembolso según una tarifa negociada y el plan del beneficiario no incluye a Baptist como parte de su red de proveedores.

***Calculadora de desembolso directo:*** Este es el nombre de la calculadora de costos electrónica de Baptist. Está disponible en la Intranet de BMHCC y se puede usar para estimar el costo de desembolso directo del paciente asociado con un procedimiento hospitalario. Los resultados de la Calculadora se usan para calcular el monto que solicitó el paciente antes del servicio. Los pagos anticipados nunca se solicitan para la atención de emergencia médicamente necesaria.

***Cargos profesionales:*** Facturación por el trabajo llevado a cabo por parte de médicos, proveedores de práctica avanzada y otros proveedores no institucionales, tanto en servicios para pacientes ambulatorios como hospitalizados.

***Cuentas en serie:*** Cuentas que combinan múltiples encuentros de servicios repetitivos en un reclamo. Este reclamo generalmente refleja los cargos de servicios ordenados por el mismo médico y bajo el mismo diagnóstico para un período de treinta días.

***Cargos técnicos:*** Esta facturación es por el uso de equipo, instalaciones, personal paramédico y suministros, (etc.) en áreas como hospitales, centros de enfermería especializada, clínicas en el hospital y otras instituciones que prestan servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados.

***Reclamos de responsabilidad de terceros:*** Cualquier reclamo que un paciente pueda tener contra otra persona, compañía aseguradora o entidad responsable de cubrir el costo de los servicios médicos del paciente.

***Sin seguro:*** Pacientes para quienes no hay un tercero responsable por todos o por parte de sus gastos médicos.

## **EXCLUSIONES DE LA POLÍTICA:**

Los pacientes no son elegibles para solicitar asistencia según esta política si:

1. El paciente tiene cualquier cobertura de seguro de terceros. La única excepción a esta exclusión es la disposición para pacientes médicamente subasegurados, como se describe en la sección “I”.
2. La residencia principal del paciente está fuera de los Estados Unidos.
3. El paciente se encuentra en custodia de un centro correccional al momento del servicio.
4. El paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo otro programa de la ciudad, del condado, estatal, federal u otro programa de asistencia financiera que reemplace esta política.
5. Los cargos del paciente surgieron por un accidente relacionado con el trabajo, a menos que el paciente pueda proporcionar constancia de una cobertura que no es de terceros.
6. Los cargos del paciente surgieron por un accidente automovilístico, a menos que el paciente pueda proporcionar constancia de una cobertura que no es de terceros.

La FAP de Baptist no cubre los cargos de:

1. Servicios prestados por proveedores que no participen en ninguno de los programas FAP de Baptist. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes: servicios de laboratorio especializados o externos, radiólogos, patólogos, servicio de ambulancia, médicos no participantes o independientes, así como servicios proporcionados en centros seleccionados que no pertenecen completamente a Baptist ni los opera. Consulte “Asistencia financiera” en el sitio web de Baptist para ver la lista actualizada de entidades que participan en FAP y Pro-FAP de hospital, así como las que no participan en ninguno de los dos programas. Las copias impresas son solo de referencia.
2. Procedimientos de promoción especial/con precio de paquete que ya tienen descuento o tienen arreglos de precio especial asociados a estos.
3. Las ventas minoristas incluyen, entre otros: anteojos, lentes de contacto, dispositivos auditivos, pelucas, artículos cosméticos y cualquier artículo al que se aplique o sea adecuado para que se aplique un impuesto de venta.
4. Procedimientos quirúrgicos realizados con el único propósito de mejorar la apariencia personal.
5. Las siguientes cirugías de trasplante y órganos principales: riñón, hígado, corazón, pulmones, células madre, páncreas e intestinos.

6. Los siguientes procedimientos: left ventricular assist device (dispositivo de asistencia ventricular izquierdo, LVAD, en inglés) y procedimientos relacionados, extracorporeal membrane oxygenation (oxigenación extracorporea de membranas, ECMO, en inglés), servicios de bienestar, procedimientos de reversión tubárica y procedimientos de implante de pene masculino.

## **APLICACIONES DE LA POLÍTICA:**

### **I. Asistencia financiera para los pacientes médicamente subsegurados**

- A. Verifique que el paciente tenga cobertura de seguro.
- B. Verifique que se le haya facturado al seguro y que se reciban todos los pagos adecuados.
- C. Determine si el paciente cumple con los requisitos de subsegurados médicamente.
  1. Los pacientes con seguro se considerarán médicamente subsegurados si su responsabilidad de desembolso directo, (después de que se apliquen todos los pagos de seguro y asignaciones), excede \$5,000.
  2. Los pacientes médicamente subsegurados son automáticamente elegibles para recibir un 25 % de descuento sobre la responsabilidad del paciente que exceda los \$5,000.
    - a) Las cuentas de las madres y de los recién nacidos se combinan cuando se aplica este descuento.
    - b) Las cuentas en serie del hospital, como se definen en esta política, también se consideran un encuentro cuando se aplica este descuento.
  3. Los pacientes pueden comunicarse a la oficina comercial en el centro en donde se prestaron los servicios si califican o si tienen preguntas sobre este descuento.

### **II. Asistencia financiera para los pacientes que pagan por su cuenta**

- A. Verifique si el paciente no tiene seguro.
  1. Baptist tiene un contrato con un calificador de terceros designado para evaluar el estado de todos los pacientes sin seguro. El calificador trabaja con el paciente y Baptist para determinar si el paciente es elegible para los programas de asistencia, federales, estatales o locales.
  2. Si el paciente califica para recibir la asistencia financiera bajo la FAP de Baptist, los cargos totales se ajustarán a AGB al aplicar el descuento mínimo de pago propio a los cargos brutos totales. Las tarifas de AGB son diferentes para cada centro de Baptist, la tarifa con descuento aplicada será la tarifa con descuento del centro de Baptist en el que el paciente recibió el servicio. Las tablas de descuento de AGB se actualizan anualmente, la lista más

actualizada se puede encontrar en el sitio web de Baptist bajo “Asistencia Financiera”. Las copias impresas son solo de referencia.

3. Este descuento mínimo por pago propio se aplicará automáticamente antes del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. La aplicación de este descuento garantiza que los cargos para la atención de emergencia y/o médicamente necesaria para las personas elegibles para FAP están limitados a y no más de, el promedio facturado a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención, de conformidad con el Código de Rentas Internas, Sección 501 (r)(5).

B. Disposición de Church Health. Church Health es un ministerio de atención médica en el condado de Shelby. Baptist estableció una sociedad y un patrocinio con Church Health que une nuestras misiones al ofrecer atención médica de calidad a esta comunidad. Church Health completa la evaluación de necesidades financieras para la inscripción al programa de acuerdo con los mismos principios incluidos en este documento.

1. El progreso de Church Health fue revisado inicialmente por Servicios de Asesoría y Auditoría Corporativa de Baptist en junio de 2017. Los resultados de estos concluyeron que las diferencias entre las metodologías de aprobación y evaluación de los pacientes de Church Health no son materiales y están razonablemente alineadas con FAP de Baptist. La auditoría está de acuerdo en que es razonable recomendar que se confíe en su proceso de aprobación y en la correlación de los porcentajes de descuento, cuando sea apropiado.
2. Por lo tanto, nuestro proceso de determinación de asistencia financiera para los pacientes remitidos por Church Health permitirá que el proceso de aprobación se acelere, reduciendo así la duplicidad, mejorando la eficacia y la conveniencia de los pacientes.

C. El proceso de solicitud.

1. Los pacientes sin seguro que presentan una solicitud para FAP de Baptist deben completar la solicitud de asistencia financiera. Hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir la asistencia financiera, copias gratuitas de la solicitud y una declaración en idioma sencillo explicando que la FAP está disponible fácilmente a través de varias fuentes.
  - a) Se entregará una copia al paciente durante el proceso de admisiones y/o alta para cada visita para tratamiento médico.
  - b) Se envía una copia con el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta.

- c) Se publicarán copias y estarán disponibles a solicitud en todas las áreas de los departamentos de Admisiones, Emergencia y Oficina de Negocios en todas las instalaciones de Baptist.
  - d) También están disponibles en línea para descargar e imprimir en el sitio web de Baptist bajo "Asistencia financiera" o al comunicarse con las instalaciones en donde se recibieron los servicios y solicitar una copia por correo postal o correo electrónico en [FAP@BMHCC.org](mailto:FAP@BMHCC.org).
  - e) Además, Baptist proporcionará todos los documentos relacionados con FAB electrónicamente a cualquier persona que indique que es su preferencia.
2. Todos los pacientes son elegibles para solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante la continuación de la atención o ciclo de facturación. A los pacientes se les da la oportunidad de solicitar asistencia financiera para lo que ocurra más tarde entre 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta o 30 días después de que el hospital (o un tercero autorizado) proporcione un aviso por escrito al paciente, en el cual se describe las ECA pendientes.
  3. Si se ha determinado la elegibilidad para FAP del paciente en los noventa días anteriores, el paciente no tiene que volver a presentar una solicitud.
  4. El factor clave para solicitar el porcentaje de descuento de FAP de Baptist es la fecha en que se aprobó el descuento de FAP inicial.

- a) El descuento aprobado también se aplicará a los cargos brutos para todas las demás cuentas abiertas y calificadas relacionadas con este episodio de atención o para servicios de emergencia o médicamente necesarios durante el período de aprobación.

La disposición de aplicar el descuento a cuentas hospitalarias adicionales y que califiquen se limitarán a las fechas de servicio (no más de 240 día) y/o no cubrirán las fechas de servicio antes del 31 de agosto de 2017. Las fechas anteriores al servicio se cubren en la política anterior para los servicios de hospital aplicables.

- b) Los cargos por la atención de emergencia y médicamente necesaria por un período de noventa días a partir de la fecha de aprobación se ajustarán según el porcentaje de descuento aprobado.
- c) El descuento de FAP de Baptist se aplicará a las cuentas abiertas y cubre atención de emergencia y médicamente necesaria para todos los demás proveedores de Baptist que participan en el programa FAP. Los pacientes no tienen que presentar una solicitud en cada hospital o clínica.



1. Los pacientes podrían tener que enviar una copia de su carta de aprobación a los proveedores participantes como comprobante de una aprobación previa.
  2. Para minimizar la confusión, es importante tener en cuenta que el descuento mínimo es diferente en cada centro.
  3. El porcentaje de descuento aplicado a cada cuenta se basa en el centro en el que se recibió el tratamiento médico.
- d) Para cualquier cuenta elegible para FAP, el monto por el que el paciente es responsable de pagar se reducirá en cualquier monto que ya haya pagado. El paciente recibirá un reembolso sobre cualquier pago en exceso neto para estas fechas de servicio, a menos que el monto neto sea menor de \$5.
- e) La elegibilidad para la FAP de Baptist se debe reevaluar cada noventa días. El proceso para volver a presentar solicitud es igual que el proceso inicial; se deberá enviar una solicitud con información financiera actualizada a la oficina comercial del centro en el que se recibieron los servicios.

D. Procesar la solicitud de Asistencia Financiera.

1. Cuando se recibe la solicitud de asistencia financiera y la documentación de respaldo dentro del período de solicitud, esta se revisará para determinar el descuento apropiado. Los requisitos de información financiera se describen a continuación.
2. La revisión para elegibilidad de FAP se completará en un plazo de treinta días.
3. Una vez que se ha tomado la determinación de elegibilidad, se enviará una carta al paciente informándoles sobre la decisión.
4. Para los pacientes que son elegibles para FAP, la carta de aprobación indicará el porcentaje de descuento otorgado y cuánto, debe el paciente después de que se ha aplicado el descuento. Esta carta también incluirá información de contacto para asistencia con preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
5. Si la solicitud está incompleta o carece de la documentación de respaldo necesaria, se enviará una carta notificando al paciente y solicitando la información faltante. Toda la información de respaldo se debe enviar antes del final del período de solicitud del paciente. Esta carta incluirá información de contacto para asistencia con preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.

- a) Si el paciente proporciona la información necesaria dentro del período de la solicitud, esta se volverá a procesar como se describe antes.
  - b) Si el paciente no puede o no desea proporcionar la documentación financiera necesaria, el paciente no es elegible para ningún descuento adicional identificado en esta política. Los cargos del paciente permanecerán en el saldo determinado después del ajuste de AGB antes descrito.
6. Para los pacientes que se consideren no elegibles para descuentos adicionales identificados en esta política, su carta de denegación también incluirá información de contacto, para que puedan recibir ayuda con preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
- a) El monto que el paciente adeuda, permanecerá en el saldo determinado después de aplicar el descuento mínimo de pago propio como se explica aquí.
  - b) Los pacientes pueden volver a solicitar la FAP de Baptist después de noventa días si han experimentado un cambio material en el estado familiar o de ingresos.
7. Los esfuerzos de ECA se suspenderán después de recibir la solicitud y mientras se revisa. Baptist tomará todas las medidas razonables disponibles para revertir o reanudar la ECA, según sea apropiado después de la determinación de elegibilidad de asistencia.
- E. Determine el porcentaje de descuento para un paciente sin seguro.
1. Determine el tamaño de la unidad familiar del paciente usando la documentación proporcionada, que incluye, entre otros la solicitud y los documentos de respaldo financiero.
- a) Una unidad 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 ubicación física se consideran miembros de una unidad familiar. Un hijo que es estudiante a tiempo completo que vive lejos del hogar en una universidad acreditada se puede tomar en cuenta en el tamaño de la familia.
    - 1. Por ejemplo, si una pareja casada mayor, su hija, su esposo y dos hijos, más el sobrino de la pareja mayor viven en la misma casa o apartamento; serían considerados miembros de una sola familia y el tamaño del grupo familiar o unidad familiar sería de siete.

- b) Las personas que no tienen relación están excluidas de la determinación del tamaño del grupo familiar. Una persona que no es familiar no es familiar del paciente por nacimiento, matrimonio o adopción. En este contexto, los ejemplos de las personas no familiares incluyen amigos, compañeros de habitación, inquilinos, niños adoptivos, empleados u otras personas que viven en alojamientos para grupos, como una casa de huéspedes.
- c) Cuando sea necesario, la residencia/dirección principal de las personas indicada en una unidad familiar se puede verificar usando las declaraciones de impuestos y/o los documentos del tribunal federal, estatal o del gobierno que indiquen residencia.

2. Determine los ingresos brutos totales para la unidad familiar del paciente.

- a) Ingresos monetarios que incluyen: ganancias, compensación por desempleo, compensación para los trabajadores, Seguro Social, Ingreso por Seguro Social, pagos por discapacidad, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de superviviente, pensión o ingresos por jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por bienes inmuebles, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, pensión de menores, asistencia externa para el grupo familiar y otras fuentes misceláneas.
  - 1. Los sueldos devengados de hijos menores de edad no se deben incluir en el cálculo de los ingresos.
  - 2. La asistencia estatal/federal u ordenada por el tribunal relacionada con un menor de edad se incluye en el cálculo de los ingresos.
- b) El valor de los beneficios que no son en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan como ingresos; sin embargo, estos documentos se pueden usar para comprobar el total de ingresos de la unidad familiar y/o correspondiente.
- c) El paciente tiene que proporcionar documentación de respaldo para verificar el ingreso bruto total de todos los miembros de la familia.
- d) Con el fin de corroborar con precisión el ingreso familiar, se puede usar cualquiera de los siguientes documentos. Siempre use el ingreso bruto para determinar el estado financiero del paciente. Cuando se determina el estado financiero, se le da prioridad a la información de ingresos más reciente. Por lo tanto, trate de obtener los siguientes documentos en este orden:
  - 1. Recibos de pago de los últimos tres meses.
  - 2. Declaración del impuesto 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. Declaraciones de pensión/jubilación.
  7. Documentos legales, incluyendo el acta de divorcio o manutención infantil y pensión alimenticia.
- e) Anualice todas las fuentes de ingresos y luego, calcule los ingresos brutos totales para la unidad familiar completa.
3. Los porcentajes de descuentos de la FAP de Baptist se determinan al revisar los ingresos totales de la unidad familiar y de la familia en la Tabla de descuentos apropiada de FAP de Baptist. Hay una copia de la tabla de descuentos disponible de la Oficina comercial en donde se recibieron los servicios.

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

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

- b) Los niveles de ingresos de esta tabla son los establecidos como las FPG. Estos niveles se publican anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Los umbrales de ingresos de FPG actuales se pueden encontrar en <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.
- c) Las tablas de descuento se actualizarán con los nuevos cálculos AGB y los umbrales anuales de ingresos FPG vigentes del vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Baptist.
4. Cómo solicitar el descuento FAP
- a) Una vez que se ha tomado la determinación de descuento de FAP de Baptist, se enviará una carta al paciente indicando el porcentaje de descuento otorgado y cuánto, si se debe algo, debe el paciente después de que se ha aplicado el descuento. Esta carta también incluirá información de contacto, si el paciente tiene

preguntas relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.

- b) El descuento se aplicará como se indicó antes.
- c) Baptist se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera y buscar el pago de un reembolso apropiado o cobros como resultado de información descubierta recientemente, incluyendo cobertura de seguro o pago al solicitante según un reclamo de lesión personal relacionado con los servicios en cuestión y/o la verificación de que la información solicitada fue falsificada intencionalmente.

### **III. Facturación y cobros**

- A. Las acciones que se pueden tomar por incumplimiento de pago se describen en las Directrices de Facturación y Cobro de Baptist. Puede obtener una copia gratuita de esta política en el sitio web de Baptist o al comunicarse a la oficina comercial en el centro en el que recibió los servicios.
- B. Baptist no participará en ECA antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir la asistencia financiera bajo esta política.

### **IV. Referencias externas**

- Código de Tennessee, Título 68. Protección de la Salud, Seguridad y Ambiente  
Salud § 68-1-109 y § 68-11-262, 268.
  - Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto
- Directrices Federales para el Registro de Pobreza
- Sección 501(r) del Código de Servicio de Rentas Internas