



BAPTIST

**MANUAL DE POLÍTICA DE OPERACIONES, PROCEDIMIENTOS
Y DIRECTRICES**

Fecha de vigencia: 8/17	POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA SERVICIOS PROFESIONALES
N.º de referencia: S.FI.3075	

PROPÓSITO: Establecer un marco para el proceso de 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. Como un servicio para nuestra comunidad, Baptist ofrece asistencia financiera a nuestros pacientes para atención 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 (Federal Poverty Income Guidelines, 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 para servicios profesionales.

ALCANCE:

La Política de Asistencia Financiera para Servicios Profesionales (Policy for Professional Services, Pro-FAP) de Baptist aplica a los cargos hechos a los pacientes por servicios profesionales realizados por proveedores médicos y no médicos, clínicas, fundaciones y otros servicios y procedimientos en Baptist Medical Group (BMG) o en Medical Foundation of Central Mississippi's (MFCM) y facturados con un formulario CMS-1500. Esta política también incluye servicios y cobres realizados por o en Baptist Home Medical Equipment (Equipo Médico Residencial de Baptist), Baptist Minor Medical

Group (Grupo Médico Menor de Baptist) y Mid-South Minimally Invasive Surgery (Cirugía Mínimamente Invasiva de Mid-South).

Los servicios profesionales prestados en centros hospitalarios (por ejemplo, una clínica de salud rural o una clínica de cáncer en el hospital) y facturados con el formulario CMS-UB04 no se incluyen en esta política, ya que se incluyen en la Política de Asistencia Financiera Hospitalaria (Hosp-FAP). Consulte “Asistencia financiera” en el sitio web de Baptist para ver la lista actualizada de entidades participantes de Pro-FAP y Hosp-FAP de hospital, así como las entidades que no participan en ninguno de los dos programas.

DEFINICIONES:

Período de solicitud: El período en que el paciente debe enviar la solicitud completa para asistencia financiera. Para los fines de esta política, el paciente tiene 10 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta de facturación para presentar una solicitud completa y todos los documentos de respaldo que se requieren.

FAP de Baptist para servicios profesionales: Como se describe en esta política, Pro-FAP es el programa desarrollado para ampliar los beneficios financieros de los pacientes con cargos por servicios profesionales calificados. El propósito de esta política es identificar y medir la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera con descuento y para describir la práctica para distribuir los fondos de manera consistente y eficiente.

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. Si el “encuentro” del paciente es una estancia como paciente hospitalizado, los cargos por el encuentro deben incluir todos los servicios profesionales correspondientes que se incurrieron durante la estancia.

Asistencia financiera: Una reducción en la cantidad que el paciente debe 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 Pro-FAP de Baptist, 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 profesionales que superen los \$2,500 en un solo encuentro se consideran médicamente subasegurados y podrían ser elegibles para recibir asistencia de conformidad con la disposición de esta política. 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 de reembolso con una compañía de seguro y el plan del beneficiario no incluye a Baptist como parte de su red de proveedores.

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.

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 Pro-FAP de Baptist no cubre los cargos de:

1. Servicios recibidos en un centro hospitalario o en áreas de clínicas hospitalarias. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera para estos servicios de acuerdo con FAP de hospital.
2. 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 Pro-FAP , Hosp-FAP de hospital y las que no participan en ninguno de los dos programas. Las copias impresas son solo de referencia.
3. Procedimientos de promoción especial/con precio de paquete que ya tienen descuento o tienen arreglos de precio especial asociados a estos.
4. 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.
5. Los servicios de bienestar incluyen, entre otros: exámenes físicos anuales, vacunación, vacunas contra la gripe, pruebas de detección, asesoría en nutrición y programas de acondicionamiento físico.
6. Procedimientos quirúrgicos realizados con el único propósito de mejorar la apariencia personal.
7. Servicios profesionales relacionados con cualquiera de los siguientes procedimientos: cirugía de trasplante y cirugía de órgano mayor, 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), procedimientos de reversión tubárica y procedimientos de implante de pene masculino.

APLICACIONES DE LA POLÍTICA:

- I. Asistencia financiera para los pacientes médicamente subasegurados**
 - A. Verifique que el paciente tenga cobertura de seguro.
 - B. Verifique que se le haya facturado a los seguros 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 consideran médicamente subsegurados si su responsabilidad de desembolso directo, (después de que se apliquen todos los pagos de seguro y asignaciones), excede \$2,500.
2. Los pacientes médicamente subsegurados son automáticamente elegibles para recibir un 25 % de descuento sobre la responsabilidad del paciente que exceda los \$2,500.

a) Ejemplo n.º 1: un paciente que tiene dos facturas por servicios médicos. La responsabilidad total del paciente por las dos facturas es de \$9,900.

- Una factura es por un encuentro en el hospital. La responsabilidad del paciente por gastos de desembolso directo por esta cuenta es de \$7,500. El descuento médicamente subsegurado será de \$1,250 $[(\$7,500-2,500=5,000); (5,000*.25)]$ y el pago ajustado del paciente en esta cuenta será de \$6,250 $[\$7,500-1,250]$.
- La segunda factura fue por un procedimiento como paciente ambulatorio que se realizó en una fecha de servicio diferente. La responsabilidad del paciente por gastos de desembolso directo es de \$2,400. Debido a que el total no es mayor que \$2,500, el paciente no podría ser elegible para un descuento médicamente subsegurado en esta cuenta.
- El saldo ajustado que el paciente debe pagar por estas dos cuentas es de \$8,650 $[\$6,250+2400]$.

b) Ejemplo n.º 2: un paciente que tiene dos facturas por servicios médicos. La responsabilidad del paciente por las dos facturas es de \$9,900.

- Las facturas eran de dos grupos médicos BMG diferentes por servicios recibidos durante un encuentro en el hospital como paciente hospitalizado.
- El descuento médicamente subsegurado es de \$1,850 $[(\$9,900-2500=7,400); (7,400*.25)]$.
- El saldo ajustado que el paciente debe pagar por estas dos cuentas es de \$8,050 $[\$9,900-1,850]$.

D. Aplicar el descuento.

1. La oficina comercial para cada grupo de clínica aplicará el descuento a las cuentas correspondientes del paciente.
2. 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.
- B. Requisitos de la solicitud
 1. Los pacientes subasegurados que soliciten Pro-FAP de Baptist deben obtener una solicitud de la clínica, fundación o entidad en donde se reciben los servicios.
 2. Se debe enviar la solicitud completa y todos los documentos de respaldo a la dirección que está en la solicitud en un plazo de 10 días calendario contados a partir de la fecha del primer estado de cuenta de facturación.
 3. Si se ha determinado la elegibilidad para Pro-FAP del paciente en los noventa días anteriores, el paciente no tiene que volver a presentar una solicitud.
 4. Si se ha determinado la elegibilidad para Hosp-FAP del paciente en los noventa días anteriores, el paciente no tiene que volver a presentar una solicitud. En este ejemplo, los pacientes deben notificar al personal de la clínica, la fundación o la entidad sobre su estado de aprobación.
- C. Procesar la solicitud de Asistencia Financiera.
 1. Después de enviar la solicitud de asistencia financiera llena y la documentación de respaldo dentro del período de solicitud, se revisará la documentación para determinar el descuento apropiado de conformidad. Los requisitos de información financiera se describen a continuación.
 2. La revisión para elegibilidad de Pro-FAP se completará en un plazo de treinta días.
- D. 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.
 - 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.
 - Los sueldos devengados de hijos menores de edad no se deben incluir en el cálculo de los ingresos.
 - 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 Pro-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 Pro-FAP de Baptist. Hay una copia de la tabla de descuentos disponible de la Oficina comercial en donde se recibieron los servicios.
 4. Esta tabla resume los descuentos Pro-FAP de Baptist por nivel de FPG:

Resumen del descuento Pro-FAP de Baptist	
Rango de ingresos de FPG	Descuento
≤ 100 %	100 %
101 - 175 %	75 %
176 - 200 %	50 %
201 - 400 %	25 %
> 400 %	Sin descuento

- a) Los niveles de ingresos de esta tabla son los establecidos por 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>.
 - b) Las tablas de descuento se actualizan con los nuevos cálculos AGB y los umbrales anuales de ingresos FPG vigentes del vicepresidente de Ciclo de Ingresos.
5. La documentación para las tareas que se explican en los pasos C y D se deberá ingresar en las notas BOC de descuento del paciente.

E. Solicitar el descuento Pro-FAP de Baptist

1. Una vez que se ha tomado la determinación de elegibilidad de Pro-FAP de Baptist, se enviará una carta al paciente informándole sobre la decisión.

- a) Para los pacientes que son elegibles para Pro-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 incluirá información de contacto para asistencia con preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
 - b) Los pacientes que no se consideran elegibles para recibir ayuda Pro-FAP, recibirán una carta de rechazo que también incluirá información de contacto para que puedan recibir ayuda con las preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
2. Los pacientes pueden volver a solicitar la Pro-FAP de Baptist después de noventa días si han experimentado un cambio material en el estado familiar o de ingresos.
 3. Los factores clave para solicitar el porcentaje de descuento de Pro-FAP son los tipos de servicios recibidos y la fecha en que se aprobó el descuento de inicial.
 - a) El descuento aprobado se aplicará a los cargos cubiertos de servicios calificados que se facturan en la cuenta para la cual se envió una solicitud. Los cargos cubiertos son servicios médicamente necesarios que no figuran en la lista anterior de exclusiones de la política.
 - Para las visitas después de la fecha de aprobación del descuento de Pro-FAP, se ajustarán todos los cargos cubiertos de los servicios calificados prestados por los proveedores elegibles por un período de noventa días (contados a partir de la fecha de aprobación) según el porcentaje de descuento aprobado.
 - Para las visitas realizadas antes del período de aprobación del descuento de Pro-FAP, solo serán elegibles para recibir un descuento los cargos cubiertos para servicios calificados prestados por proveedores elegibles que se incurran en una fecha de servicio dentro del período de solicitud (10 días a partir de la primera factura de la cuenta después del alta para la cual se tramitó y aprobó la solicitud).
 - b) La elegibilidad para la FAP de Baptist se deberá reevaluar cada noventa días. El proceso solicitud para volver a presentar solicitud es igual que el proceso inicial; se envía una solicitud e información financiera actualizada a la Oficina comercial en el centro en el que se recibieron los servicios.

- c) Después de que se aplique el descuento a los encuentros elegibles para Pro-FAP, al monto que el paciente es responsable de pagar se le restará cualquier monto que ya haya pagado. Los sobrepagos netos se aplicarán a cualquier saldo de una cuenta abierta. Después de lo cual, si el remanente es de \$5 o más, se le reembolsará al paciente.
- d) 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. Referencias externas

- Código de Tennessee, Título 68. Protección de la salud, seguridad y ambiente Salud § 68-1-109 y § 68-11-262, 268.
- Directrices Federales para el Registro de Pobreza