



BAPTIST

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

Fecha de vigencia: 9/03	POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA HOSPITALARIA
Última revisión: 8/2004; 5/06, 12/06; 3/08; 4/09; 4/10; 6/14; 8/16; 6/17; 9/19 Revisado: 4/11; 9/12; 9/16; 9/18	
N.º de referencia: S.FI.3025.07	

PROPÓSITO: establecer un marco para dar asistencia financiera a los pacientes que califiquen con un método efectivo y congruente de administración y asignación.

POLÍTICA:

Baptist tiene el compromiso de atender a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión. Baptist presta servicios en anticipación del pago por parte del paciente o del fiador por dichos servicios prestados. Según la Ley de tratamiento médico de emergencia y parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), no se retrasará ni denegará la atención de emergencia y medicamento necesaria con base en la capacidad de pago del paciente. Cualquier evaluación de los acuerdos financieros se hará solo después de que se haga un examen de detección y se hayan prestado los servicios de estabilización necesarios según EMTALA y todas las regulaciones estatales y federales aplicables.

Como un servicio para nuestra comunidad, Baptist da asistencia financiera a los pacientes para la atención de emergencia o medicamento necesaria. Esta oportunidad de recibir asistencia financiera depende del cumplimiento con los criterios de elegibilidad de ingresos con base en las Directrices federales del nivel de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPG) y lo que se establece aquí. A ningún paciente se le denegará la asistencia financiera por motivos de raza, religión, país de origen ni por otra razón que prohíba la ley.

OBJETIVOS:

- Identificar a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera según las disposiciones definidas en esta política.
- Establecer una metodología coherente, eficiente y conforme para determinar y administrar la asistencia financiera.

ALCANCE:

La Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Baptist Hospital se aplica a los cargos de servicios de emergencia y médicamente necesarios de los centros propiedad de y que opera BMHCC, incluyendo todos los hospitales de Baptist, centros de cuidados paliativos de Baptist, clínicas médicas rurales y clínicas de médicos en el hospital y el Oxford Diagnostic Center. La asistencia financiera para los servicios profesionales de médicos que no están cubiertos según esta política se incluye en la Política de asistencia financiera para servicios profesionales (Pro-FAP) de Baptist. Consulte “Financial Assistance” (Asistencia financiera) en el sitio web de Baptist para ver la lista actualizada de entidades participantes de FAP y Pro-FAP del hospital, y las entidades que no participan en ninguno de los dos programas.

DEFINICIONES:

Cantidades usualmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB): las cantidades usualmente facturadas por una emergencia u otra atención médicamente necesaria para los pacientes que tienen seguro que cubre dicha atención. A los pacientes elegibles para el FAP de Baptist no se les cobrará más de este porcentaje de las AGB. Según los requisitos del Código de Rentas Internas, sección 1.501(r), Baptist usa el “método información de referencia” para determinar el porcentaje de las AGB con base en información de reclamos del año fiscal anterior. Los porcentajes de las AGB se calculan por separado para cada centro hospitalario sumando las cantidades permitidas según la tarifa por servicio de Medicare y todas las demás compañías aseguradoras comerciales y privadas, y luego dividiéndolas entre los cargos brutos respectivos. Los Servicios de Consultoría y Auditoría Corporativa de Baptist vuelven a calcular los porcentajes de las AGB con la aprobación del vicepresidente ejecutivo y el director financiero.

Período de solicitud: período de tiempo que el paciente tiene para enviar una solicitud completa para asistencia financiera. Para los fines de esta política, el período para la solicitud de asistencia financiera empieza en la fecha en que se da la atención médica y termina 240 días después del primer estado de cuenta de facturación después del alta o 30 días después de que el hospital (o un tercero autorizado) envía un aviso por escrito (factura final) al paciente describiendo las medidas de cobro extraordinarias pendientes.

Programa de Asistencia Financiera, (Financial Assistance Program, FAP) de Baptist Hospital: como se describe aquí, el FAP de Baptist es el programa creado para identificar y medir la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera gratis o con descuento y para describir cómo se distribuyen los fondos de manera coherente y eficiente.

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

Descuento: disminuir o hacer la asignación de este. 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, un encuentro se refiere por lo general a una fecha de

tratamiento o una consulta en la clínica. Excepto las cuentas en serie, como se definen abajo. Si el “encuentro” del paciente fue una estancia como paciente hospitalizado, los cargos por el encuentro incluirían todos los cargos técnicos aplicables incurridos durante la estancia.

Episodio de atención: consta de todos los servicios relacionados clínicamente para un paciente por una condición de diagnóstico discreto desde el inicio de los síntomas hasta que se termina el tratamiento.

Medidas extraordinarias de cobro (Extraordinary Collection Actions, ECA): medidas de cobro que Baptist no comenzará antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Como se define en el reglamento, sección 1.501(r), las ECA son ciertas medidas tomadas contra una persona para cobrar una factura de hospital. No se comenzará ninguna ECA antes de 121 días de la fecha de la primera factura después del alta y al menos treinta días después de que se haya enviado un aviso por escrito al paciente describiendo las ECA pendientes.

Las siguientes son alternativas de ECA que Baptist podría usar contra una persona para cobrar los pagos adeudados:

- Reportar información adversa sobre la persona a las agencias de informes crediticios del consumidor y agencias de crédito.
- Medidas que incluyen un proceso legal o judicial; incluyendo, pero sin limitarse a:
 - Poner un embargo sobre una propiedad personal.
 - Vincular o embargar una cuenta bancaria personal.
 - Iniciar un proceso civil contra una persona.
 - Retener el salario de una persona.

Unidad familiar: una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas; todas estas personas relacionadas se consideran miembros de una familia. Por ejemplo, si una pareja mayor casada, su hija, su esposo y sus dos hijos, más el sobrino de la pareja viven en la misma casa o apartamento, se los consideraría miembros de una unidad familiar de siete.

Asistencia financiera: una reducción en la cantidad que el paciente debe por servicios médicos determinada según las disposiciones de esta política. Esta reducción generalmente se determina como un porcentaje que se aplica a los cargos brutos.

Cargos brutos: el precio total, sin descuento, de los servicios médicos, cobrado de manera coherente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier asignación, descuento o deducciones contractuales.

Asegurado: pacientes con cualquier tipo de cobertura de seguro o programa de un pagador independiente que reembolse, compense o descuenta los gastos médicos por ese encuentro o episodio de atención. Para esta política, los pacientes se consideran asegurados incluso si está fuera de la red.

Planes no contratados: Si la cobertura da un reembolso de menos del 5 %.

Medicamento subasegurado: para los fines de esta política, cualquier paciente asegurado que ha incurrido en obligaciones de desembolso directo por cargos hospitalarios (técnicos) mayores de \$5,000 en un solo encuentro se considera medicamento subasegurado y podría ser elegible para recibir asistencia según esta disposición. No es necesario que los pacientes medicamento subasegurados completen una solicitud de asistencia financiera, pues esta disposición de descuento no tiene requisitos de estado de familia ni de ingresos para calificar.

Fuera de la red: ocurre cuando Baptist no tiene contrato con una compañía de seguros para el reembolso a 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 electrónica de costos de Baptist. Está disponible en la Intranet de BMHCC y se puede usar para calcular el costo de desembolso directo de un procedimiento hospitalario. Los resultados de la calculadora se usan para calcular la cantidad que se le pidió al paciente antes de prestarle el servicio. Sin embargo, nunca se piden pagos anticipados para la atención de emergencia médicamente necesaria.

Cargos profesionales: facturación por el trabajo de los médicos, proveedores de práctica avanzada y otros proveedores no institucionales para los servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados.

Descuento mínimo pagado por cuenta propia: el descuento de una tarifa fija aplicado a los cargos brutos elegibles para los pacientes sin seguro. Esta tarifa de descuento se basa en el cálculo de las AGB y varía con base en qué servicios del centro Baptist se recibieron.

Cuenta en serie: cuentas que combinan varios encuentros de servicios repetitivos en un reclamo. Este reclamo generalmente refleja los cargos de servicios ordenados por el mismo médico para 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 del hospital y otras instituciones que prestan servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados.

Reclamos de responsabilidad de terceros: cualquier obligación que otra persona, compañía aseguradora o entidad pueda tener de cubrir el costo de los servicios médicos del paciente.

Sin seguro: pacientes para quienes no hay un tercero responsable de todos o parte de sus gastos médicos por ese encuentro o episodio de atención.

EXCLUSIONES DE LA POLÍTICA:

Los pacientes no son elegibles para enviar una solicitud de asistencia según esta política si:

1. El paciente tiene alguna cobertura de seguro de terceros para ese encuentro o episodio de atención. La única excepción a esta exclusión es la disposición para pacientes medicamento subasegurados, como se describe arriba y en la sección "I" abajo.
2. La residencia principal del paciente está fuera de los Estados Unidos.

3. El paciente está en custodia de un centro correccional al momento de recibir el servicio.
4. El paciente es elegible para recibir asistencia financiera según otro programa de la ciudad, del condado, del estado, a nivel federal o cualquier otro programa de asistencia financiera que reemplace esta política.
5. Los cargos del paciente surgieron de un accidente relacionado con el trabajo, a menos que el paciente demuestre que no tiene cobertura de terceros.
6. Los cargos del paciente surgieron a causa de un accidente automovilístico, a menos que el paciente demuestre que no tiene cobertura de terceros.

El FAP del hospital Baptist no descuenta los cargos siguientes:

1. Servicios prestados por proveedores que no participan en ninguno de los programas FAP de Baptist. Algunos ejemplos incluyen; pero no se limitan a: servicios de laboratorio especializados o externos, radiólogos, patólogos, servicios de ambulancia, médicos no participantes o independientes y servicios prestados en centros seleccionados que no son propiedad absoluta de y tampoco los administra Baptist. Consulte “Financial Services” (Servicios financieros) en el sitio web de Baptist para ver la lista actualizada de entidades que participan en FAP y Pro-FAP de hospital, y las entidades afiliadas que no participan en ninguno de los dos programas.
2. Procedimientos de promoción especial/con precio de paquete que ya tienen descuento o tienen acuerdos de precio especial asociados.
3. Compra de productos incluyendo, pero sin limitarse a: anteojos, lentes de contacto, audífonos, pelucas, artículos cosméticos y cualquier artículo al que se aplique o sea apropiado aplicar impuesto sobre la venta.
4. Procedimientos cosméticos realizados con el único propósito de mejorar la apariencia personal.
5. Servicios de bienestar incluyendo, pero sin limitarse a: exámenes físicos anuales, vacunas, vacunas contra la gripe, pruebas de detección, asesoría en nutrición y programas de acondicionamiento físico.
6. Las siguientes trasplantes y operaciones de órganos principales: riñón, hígado, corazón, pulmones, células madre, páncreas e intestinos.
7. Los siguientes procedimientos: dispositivo de asistencia ventricular izquierdo (left ventricular assist device, LVAD) y procedimientos relacionados, oxigenación por membrana extracorpórea (extracorporeal membrane oxygenation, ECMO), servicios de bienestar, procedimientos de reversión tubárica y procedimientos de implante de pene en hombres.

APLICACIONES DE LA POLÍTICA:

I. Asistencia financiera para los pacientes médicamente subasegurados

- A. Verificar si el paciente tiene cobertura de seguro.
- B. Verificar si se facturó al seguro y si se recibieron todos los pagos correspondientes.
- C. Determinar si el paciente cumple con los requisitos de médicamente subasegurado.
 - 1. Los pacientes con seguro se considerarán médicamente subasegurados si su obligación de desembolso directo para un solo encuentro (después de aplicar todos los pagos y asignaciones del seguro) excede los \$5,000.
 - 2. Los pacientes médicamente subasegurados son elegibles automáticamente para recibir un 25 % de descuento de la obligación del paciente mayor de \$5,000.
 - a) Las cuentas de las madres y los recién nacidos se combinan cuando se aplica este descuento.
 - b) Las cuentas en serie del hospital, como se definen arriba, también se consideran un encuentro cuando se aplica este descuento.
 - 3. Si los pacientes califican o si tienen preguntas sobre este descuento, pueden comunicarse con la Oficina Comercial en el centro en donde se prestaron los servicios.

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

- A. Verificar que 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 participar en los programas de asistencia federales, estatales o locales.
 - 2. Si el paciente califica para recibir la asistencia financiera de pago por cuenta propia como se define arriba, los cargos totales se ajustarán a las AGB aplicando el descuento mínimo de pago por cuenta propia a los cargos brutos totales. Las tarifas de las AGB son diferentes para cada centro de Baptist, la tarifa con descuento aplicada será la tarifa con descuento del centro de Baptist en donde el paciente recibió el servicio. Las tablas de descuento de las AGB se actualizan anualmente; la lista más reciente está en el sitio web de Baptist en “Financial Assistance” (Asistencia financiera).
 - 3. Este descuento mínimo de pago por cuenta propia se aplicará automáticamente antes del primer estado de cuenta de facturación después del alta. Este descuento garantiza que los cargos para la atención de emergencia o médicamente necesaria para las personas elegibles para el FAP estén limitados a, y no más del promedio facturado a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención, según el Código de Rentas Internas, sección 1.501(r)(5).

B. El proceso de solicitud para el FAP del hospital Baptist.

1. Los pacientes sin seguro que envían una solicitud para el FAP de Baptist deben completar la solicitud de asistencia financiera. Para hacer los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir la asistencia financiera, varias fuentes disponen de copias gratis de la solicitud o de la declaración en idioma sencillo que explican el FAP.
 - a) Se dará una copia al paciente durante el proceso de admisión o
 - b) Se publican copias y están disponibles a solicitud en todas las áreas de los Departamentos de Admisión, Emergencia y Oficina Comercial en todos los centros de Baptist.
 - c) También están disponibles en línea para descargar e imprimir en el sitio web de Baptist bajo “Financial Assistance” (Asistencia financiera) o comunicándose al centro donde se recibieron los servicios y pidiendo una copia por correo postal o correo electrónico en FAP@BMHCC.org.
 - d) Además, Baptist dará electrónicamente todos los documentos relacionados con el FAP a cualquier persona que indique que así lo prefiere.
 - e) También se envía una copia en el “aviso de factura final” con el estado de cuenta de facturación del paciente.
2. Todos los pacientes son elegibles para enviar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento durante la continuación de la atención o el ciclo de facturación. A los pacientes se les da la oportunidad de enviar una solicitud de asistencia financiera para lo que sea más tarde entre 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación después del alta o 30 días después de que el hospital (o un tercero autorizado) dé un aviso por escrito al paciente, describiendo las ECA pendientes.
3. Si se ha determinado la elegibilidad para el FAP del paciente en los noventa días anteriores, el paciente no tiene que volver a presentar una solicitud.
4. El factor clave para pedir el porcentaje de descuento del FAP de Baptist es la fecha en que se aprobó el descuento del 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 más cuentas hospitalarias que califiquen se limitará a las fechas de servicio (no más de 240 días) o no cubrirá las fechas de servicio antes del 31 de agosto de 2017. Las fechas anteriores al servicio están cubiertas bajo la política anterior para cada hospital aplicable.
 - 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 del FAP de Baptist se aplicará a las cuentas abiertas y cubre atención de emergencia y medicamento necesaria para todos los demás centros de Baptist que participan en el programa FAP de hospital. Los pacientes no tienen que enviar una solicitud en cada hospital.
 - 1. Los pacientes podrían tener que enviar una copia de su carta de aprobación a las otras entidades participantes como prueba 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 donde se recibió el tratamiento médico.
- d) Los cargos (como los cargos del médico) que no son elegibles para asistencia financiera según esta política podrían ser elegibles para un descuento según Pro-FAP de Baptist. También puede encontrar la información e instrucciones para pedir asistencia financiera según Pro-FAP en el sitio web de Baptist.
- e) Para cualquier cuenta elegible para el FAP, la cantidad que el paciente es responsable de pagar se reducirá en cualquier cantidad que ya haya pagado. El paciente recibirá un reembolso de cualquier pago excesivo neto para estas fechas de servicio, a menos que la cantidad neta sea menor de \$5.
- f) La elegibilidad para el FAP de Baptist se debe volver a evaluar cada noventa días. El proceso para volver a enviar la solicitud es igual al proceso inicial; se deberá enviar una solicitud con información financiera actualizada a la Oficina Comercial del centro en donde se recibieron los servicios.

5. Método alternativo para determinar la elegibilidad

- a) Para la ayuda financiera: Baptist se reserva el derecho de usar sistemas de calificación externos para prever la elegibilidad para la ayuda financiera. En estos casos, Baptist puede determinar si una persona es elegible para la ayuda financiera.

C. Procesar la solicitud de asistencia financiera.

- 1. No obstante lo dicho en el párrafo B5, cuando se reciba la solicitud de ayuda financiera y la documentación de respaldo en el período de la solicitud, se evaluará para determinar el descuento correspondiente. Los requisitos de información financiera se describen abajo.
- 2. La revisión de la elegibilidad para el FAP se completará en treinta días.
- 3. 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 las ECA, según sea apropiado después de la determinación de elegibilidad para recibir asistencia.

4. Una vez que se haya tomado la determinación de elegibilidad, se enviará una carta al paciente informándole la decisión.
5. Para los pacientes que son elegibles para el FAP, la carta de aprobación incluirá el porcentaje de descuento otorgado y cuánto debe el paciente después de que se haya aplicado el descuento. Esta carta también incluirá información de contacto para asistencia con las preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
6. Si la solicitud está incompleta o no incluye la documentación de respaldo necesaria, se enviará una carta notificando al paciente y solicitando la información que falte. Toda la información de respaldo se debe enviar antes del final del período de solicitud del paciente. Esta carta incluirá información de contacto para responder las preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
 - a) Si el paciente da la información necesaria dentro del período de la solicitud, esta se volverá a procesar como se describe arriba.
 - b) Si el paciente no puede o no quiere dar la documentación financiera necesaria, no será elegible para ningún descuento más identificado en esta política. Los cargos del paciente permanecerán en el saldo determinado después del ajuste de las AGB descrito arriba.
7. Para los pacientes que se consideren no elegibles para los descuentos adicionales identificados en esta política, su carta de denegación también incluirá información de contacto para que puedan recibir ayuda con preguntas del relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
 - a) La cantidad que el paciente debe permanecerá en el saldo determinado después de aplicar el descuento mínimo de pago por cuenta propia como se explica aquí.
 - b) Los pacientes pueden volver a enviar su solicitud para el FAP de Baptist después de noventa días si han tenido un cambio importante en el estado de familia o de ingresos.
8. 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 la cobertura del seguro o el pago al solicitante según un reclamo de lesión personal relacionado con los servicios en cuestión o la verificación de que la información solicitada se falsificó intencionalmente.

- D. Determinar el porcentaje de descuento para un paciente sin seguro.
1. Determinar el tamaño de la unidad familiar del paciente usando la documentación recibida, incluyendo, pero sin limitarse a 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. Por lo general, todas las personas relacionadas que viven en un lugar físico se consideran miembros de una unidad familiar. Un hijo que es estudiante a tiempo completo que vive lejos de casa en una universidad acreditada se puede tomar en cuenta en el tamaño de la familia.
 - b) Las personas que no son familiares están excluidas de la determinación del tamaño del grupo familiar. Una persona que no es familiar no tiene relación con el paciente por nacimiento, matrimonio ni adopción. En este contexto, los ejemplos de las personas que no son familiares incluyen amigos, compañeros de habitación, inquilinos, hijos de crianza temporal, 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 o los documentos del tribunal federal, estatal o del gobierno que indiquen la residencia.
 2. Determinar los ingresos brutos totales para la unidad familiar del paciente.
 - a) Los ingresos monetarios incluyen: ganancias, remuneración por desempleo, compensación de los trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos por discapacidad, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de superviviente, pensión o ingresos por jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por bienes inmuebles o fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa para el grupo familiar y otras fuentes diversas.
 1. Los sueldos devengados de hijos menores no se deben incluir en el cálculo de los ingresos.
 2. La asistencia estatal o federal y ordenada por el tribunal para un menor 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 tamaño de la familia o el total de los ingresos correspondientes.
 - c) El paciente tiene que dar la documentación financiera de respaldo para verificar los ingresos brutos totales de todos los miembros del grupo familiar.
 - d) Para probar con precisión los ingresos familiares, se pueden usar cualquiera de estos documentos. Los ingresos brutos se usan

siempre para determinar el estado financiero del paciente. Para evaluar el estado financiero, se le da prioridad a la información de ingresos más reciente. Por lo tanto, trate de obtener estos 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 para todos los familiares y después calcule los ingresos brutos totales para la unidad familiar completa.
3. Los porcentajes de descuentos del FAP de Baptist se determinan según la unidad familiar y los ingresos totales de la familia en la Tabla de descuentos del FAP de Baptist correspondiente. Hay una copia de la tabla de descuentos disponible en la Oficina Comercial en donde se recibieron los servicios.
- a) La siguiente tabla resume los descuentos del FAP de Baptist:

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

- b) Los niveles de ingresos correspondientes para esta tabla se establecen según las FPG. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) publica estos niveles anualmente. Puede encontrar los límites de ingresos de las FPG actuales en línea en:

<https://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.

- c) El vicepresidente ejecutivo y director financiero de Baptist actualiza anualmente los cálculos de las AGB y los límites de ingresos de las FPG actuales para las tablas de descuento de Baptist.

4. Cómo pedir el descuento del FAP.

- a) Una vez que se ha tomado la determinación de descuento del FAP de Baptist, se enviará una carta al paciente indicando el porcentaje de descuento otorgado y cuánto, si así fuera, debe el paciente después de haber aplicado el descuento. Esta carta también incluirá información de contacto por si el paciente tiene preguntas relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
- b) El descuento se aplicará como se indicó arriba.

III. Sociedades de asistencia financiera con clínicas médicas en la comunidad

- A. Church Health (CH) es un ministerio de atención médica que opera en el condado de Shelby. Baptist estableció una sociedad y un patrocinio con Church Health uniendo nuestras misiones de dar atención médica de calidad a nuestra comunidad. BMHCC ha delegado nuestro proceso de asistencia financiera a CH, agilizando el proceso de confiar en los niveles de FLP calculados por CH para nuestra determinación de asistencia financiera. Esto agiliza el proceso de aprobación y elimina la duplicación de esfuerzos, mientras mejora la ventaja del paciente permitiéndole un acceso más fácil a los servicios médicos.
- B. Oxford Medical Ministries Clinic (OMMC) es una clínica con financiamiento privado para los pacientes de 18 a 65 años, sin seguro, que trabajan por lo menos 27 a 30 horas a la semana y viven en los condados Lafayette o Yalobusha de Mississippi. Baptist estableció una sociedad con OMMC para unir nuestras misiones de dar atención médica de calidad a esta comunidad. El proceso de asistencia financiera se ha delegado a OMMC ya que ellos usan la misma metodología para calificar a los pacientes para su programa. Esto agiliza el proceso de aprobación y elimina la duplicación de esfuerzos, mientras mejora la ventaja del paciente permitiéndole un acceso más fácil a los servicios médicos.
- C. Mission First (MF) es un ministerio de atención médica situado en Jackson, Misisipi. Ellos prestan servicios médicos y dentales y ofrecen una extensa variedad de programas de bienestar y salud en la comunidad a los residentes sin seguro de los condados de Heinz, Rankin y Madison de Misisipi. Baptist Jackson formó una sociedad y ayuda como benefactor uniendo nuestras misiones de dar programas de atención médica, educación y bienestar de calidad a las personas desatendidas en nuestra comunidad.

IV. Disposición para los proveedores de Medicaid no acreditados

A. Cuando una entidad de BMHCC no está acreditada con un programa de Medicaid fuera del estado del paciente y, por lo tanto, no es elegible para recibir un reembolso de Medicaid por los servicios prestados, el saldo de la cuenta se cancelará como asistencia financiera ya que los pacientes de Medicaid están clasificados como indigentes.

V. Facturación y cobros

A. Las medidas que se pueden tomar por incumplimiento de pago se describen en las Directrices de facturación y cobro de Baptist. Puede obtener una copia gratis de esta política en el sitio web de Baptist o comunicándose a la Oficina Comercial en el centro en el que recibió los servicios.

B. Baptist no iniciará las ECA antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir la asistencia financiera según esta política.

VI. Referencias externas

- Código de Tennessee, Título 68. Protección de la salud, seguridad y ambiente § 68-1-109 y 68-11-262, 268.
- Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto activo.
- Directrices del registro federal del nivel de pobreza.
- Sección 1.501(r) del Código de Servicio de Rentas Internas.