



**BAPTIST**

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

Fecha de vigencia: 8/17	<b>POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA SERVICIOS PROFESIONALES</b>
Última revisión: 7/19, 2/20	
N.º de referencia: S.FI.-3075-00	

**PROPÓSITO:** establecer un marco y un proceso para dar asistencia financiera a los pacientes que califiquen, con un método efectivo y coherente 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. Como un servicio para nuestra comunidad, Baptist ofrece asistencia financiera a nuestros pacientes para la atención médicamente 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 para servicios profesionales.

**ALCANCE:**

la Política de asistencia financiera para servicios profesionales (Pro-FAP) de Baptist se aplica a los cargos hechos a los pacientes por servicios profesionales prestados por proveedores médicos y no médicos, clínicas, fundaciones u otros servicios y procedimientos en Baptist Medical Group (BMG) y Medical Foundation of Central Mississippi (MFCM), y facturados con un formulario CMS-1500. Esta política también incluye servicios y cargos por o en Baptist Home Medical Equipment y Baptist Minor Medical Group.

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) de Baptist. Consulte “Financial Assistance” (Asistencia financiera) en el sitio web de Baptist para ver la lista actualizada de entidades participantes de Pro-FAP y Hosp-FAP de hospital y las entidades que no participan en ninguno de los dos programas.

## **DEFINICIONES:**

***Período de la solicitud:*** el período que el paciente tiene para enviar una solicitud de asistencia financiera completa y todos los documentos de respaldo necesarios. Para los fines de esta política, el período para enviar una solicitud de asistencia financiera empieza en la fecha en que se da la atención médica y termina 30 días después del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta.

***FAP de Baptist para servicios profesionales:*** como se describe en esta política, Pro-FAP es el programa desarrollado para ampliar los beneficios de asistencia financiera a los pacientes con cargos por servicios profesionales que califican. El propósito de esta política es identificar y medir la elegibilidad de los pacientes para recibir asistencia financiera con descuento y para describir la práctica para distribuir los fondos de manera coherente y eficiente.

***Descuento:*** disminuir 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, un encuentro se refiere por lo general a una fecha de tratamiento o una consulta en la clínica. Si el “encuentro” del paciente es una estancia como paciente hospitalizado, los cargos por el encuentro incluirían todos los servicios profesionales correspondientes en los que se incurrieron durante la estancia, aunque se pueden facturar por separado.

***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 les 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 completo, 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 encargado del pago de terceros que reembolsa, compensa o descuenta los gastos médicos. Para el Pro-FAP de Baptist, los pacientes se consideran sin seguro incluso si sus beneficios se han agotado, están fuera de la red o su seguro no cubre un tratamiento específico.

**Médicamente subasegurado:** para los fines de esta política, cualquier paciente asegurado que haya incurrido en obligaciones de desembolso directo por cargos profesionales que superen los \$2,500 en un solo encuentro se considera médicamente subasegurado y podría ser elegible para recibir asistencia según la disposición de esta política. No es necesario que los pacientes completen una solicitud de asistencia financiera, ya que esta disposición de descuento no tiene requisitos de estado de familia o ingresos para calificar.

**Cobertura fuera de la red:** ocurre cuando Baptist no tiene contrato de reembolso con la compañía de seguros y el plan del beneficiario no incluye a Baptist en su red de proveedores.

**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. Para los servicios cubiertos según esta política, el descuento mínimo pagado por cuenta propia es de 40 %.

**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 por todos o por parte de sus gastos médicos.

## **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. La única excepción a esta exclusión es la disposición para pacientes médicamente subasegurados, como se describe 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.

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 enviar una solicitud de asistencia financiera para estos servicios según la FAP del hospital.
2. 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 Pro-FAP, Hosp-FAP y las que no participan en ninguno de los dos programas.
3. Procedimientos de promoción especial/con precio de paquete que ya tienen descuento o tienen acuerdos de precio especial asociados.
4. 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.
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. Procedimientos cosméticos realizados con el único propósito de mejorar la apariencia personal.
7. Servicios profesionales relacionados con cualquiera de los siguientes procedimientos: trasplantes y operaciones de órganos principales, dispositivo de asistencia ventricular izquierdo (left ventricular assist device, LVAD) y procedimientos relacionados, oxigenación por membrana extracorpórea (extracorporeal membrane oxygenation, ECMO), 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 a los seguros 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 consideran médicamente subasegurados si su obligación de desembolso directo (después de aplicar todos los pagos de seguro y asignaciones) excede \$2,500.
2. Los pacientes médicamente subasegurados son elegibles automáticamente para recibir un 25 % de descuento sobre la obligación del paciente que exceda los \$2,500.
  - a) Ejemplo n.º 1: un paciente tiene dos facturas por servicios médicos. La obligación total del paciente por las dos facturas es de \$9,900.
    - Una factura es de un encuentro hospitalario. La obligación de desembolso directo del paciente por esta cuenta es de \$7,500. El descuento de médicamente subasegurado será de \$1,250  $[(\$7,500-2,500=5,000); (5,000*.25)]$  y la obligación ajustada del paciente en esta cuenta es de \$6,250  $[\$7,500-1,250]$ .
    - La segunda factura fue por un procedimiento como paciente ambulatorio que se completó en una fecha de servicio diferente. La obligación de desembolso directo del paciente es de \$2,400. Debido a que el total no es mayor de \$2,500, el paciente no sería elegible para un descuento médicamente subasegurado 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 tiene dos facturas por servicios médicos. La obligación del paciente por las dos facturas es de \$9,900.
    - Las facturas eran de dos grupos de médicos de BMG diferentes por servicios recibidos durante un encuentro hospitalario como paciente hospitalizado.
    - El descuento médicamente subasegurado 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 clínicas aplicará el descuento a las cuentas correspondientes del paciente.
2. 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 ninguna cobertura de terceros.**

1. Asegurarse de que el calificador de terceros designado haya evaluado al paciente y haya determinado que este no califica para los programas de asistencia federal, estatal o local.

B. Requisitos de la solicitud.

1. Los pacientes sin seguro que envíen una solicitud para Pro-FAP de Baptist deben obtener una solicitud de la clínica, fundación o entidad en donde recibieron los servicios. Las solicitudes también están en el sitio web de Baptist.
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 30 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta.
3. Al recibir el formulario de evaluación financiera del paciente, asegúrese de que esté completo y que tenga toda la documentación de respaldo necesaria.
4. Si el formulario de evaluación financiera está incompleto o no tiene la documentación de respaldo necesaria, notifique al paciente y pídale la información que falte. Si el paciente no puede o no quiere dar la documentación financiera necesaria, el paciente el descuento mínimo de pago por propia cuenta por servicios profesionales. El descuento de pago por cuenta propia para las clínicas en el área de servicio de Jackson [Mississippi] es del 30 %; el descuento mínimo de pago por cuenta propia es del 40 % para todas las demás áreas de servicio, incluyendo BMG, NEA, Baptist Home Medical Equipment y centros de Baptist Minor Medical. El descuento mínimo de pago por cuenta propia se aplica a los cargos totales aplicables, como se indica abajo, y esas cuentas no serán elegibles para ningún otro descuento descrito en esta política. La cuenta seguirá el proceso de cobro estándar.
5. Si se ha determinado la elegibilidad del paciente para Pro-FAP en los noventa días anteriores, el paciente no tiene que volver a enviar una solicitud.
6. Si se ha determinado la elegibilidad del paciente para Hosp-FAP en los noventa días anteriores, el paciente no tiene que volver a enviar una solicitud. En este caso, los pacientes deben notificar al personal de la clínica, fundación o entidad sobre su estado de aprobación.

C. Procesar la solicitud de asistencia financiera.

1. Después de enviar la solicitud de asistencia financiera completa y la documentación de respaldo necesaria dentro del período de solicitud, se revisará la documentación para determinar el descuento correspondiente. Los requisitos de información financiera se describen abajo.
2. La revisión de elegibilidad para Pro-FAP se completará en un plazo de treinta días.

D. Determinar el porcentaje de descuento para un paciente sin seguro.

1. Determine el tamaño de la unidad familiar del paciente usando la documentación, 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.
    - Los sueldos devengados de hijos menores no se deben incluir en el cálculo de los ingresos.
    - 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 documentación de respaldo para verificar los ingresos brutos totales de todos los familiares.
  - d) Para probar con precisión los ingresos familiares, se pueden usar cualquiera de estos documentos. Siempre use los ingresos brutos 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 y después calcule los ingresos brutos totales para la unidad familiar completa.
3. Los porcentajes de descuentos de Pro-FAP de Baptist se determinan según la unidad familiar y los ingresos familiares totales en la Tabla de descuentos de Pro-FAP de Baptist correspondiente. Hay una copia de la tabla de descuentos disponible en la Oficina Comercial en donde se recibieron los servicios.
  4. Esta tabla resume los descuentos de Pro-FAP de Baptist por nivel de las FPG:

<b>Resumen del descuento de Pro-FAP de Baptist</b>	
Rango de ingresos de las FPG	<b>Descuento</b>
≤ 100 %	100 %
101 - 200 %	75 %
201 - 300 %	50 %

- a) Los niveles de ingresos de esta tabla son los establecidos 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 <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.
  - b) El vicepresidente del Ciclo de Ingresos actualiza anualmente las tablas de descuento de Baptist con los nuevos cálculos de las AGB y los límites de ingresos de las FPG actuales.
- E. Aplicar el descuento de Pro-FAP de Baptist
1. Una vez que se haya tomado la determinación de elegibilidad de Pro-FAP de Baptist, se enviará una carta al paciente.
    - a) Para los pacientes que son elegibles para el Pro-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 incluirá información de contacto para responder las preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.



- b) Los pacientes que no se consideran elegibles para recibir asistencia de Pro-FAP, recibirán una carta de denegación que también incluirá información de contacto para responder las preguntas del paciente relacionadas con el proceso de aprobación o los acuerdos de pago.
2. Los pacientes pueden volver a enviar una solicitud para Pro-FAP de Baptist después de noventa días si han tenido un cambio importante en el estado de familia o de ingresos.
  3. Los factores clave para pedir el porcentaje de descuento de Pro-FAP son los tipos de servicios recibidos y la fecha en que se aprobó el descuento inicial.
    - a) El descuento aprobado se aplicará a los cargos cubiertos de servicios calificados facturados por el encuentro para el que se envió la solicitud. Los cargos cubiertos son servicios médicamente necesarios que no están indicados arriba como exclusiones de la política.
      - Para las consultas médicas después de la fecha de aprobación del descuento de Pro-FAP, se ajustarán todos los cargos cubiertos para los servicios calificados prestados por los proveedores elegibles por un período de noventa días (desde la fecha de aprobación) según el porcentaje de descuento aprobado.
      - Para las consultas médicas hechas antes de la fecha de aprobación del descuento de Pro-FAP, solo son elegibles para el descuento los cargos cubiertos para los servicios calificados prestados por proveedores elegibles en una fecha de servicio dentro del período de solicitud (30 días a partir de la primera factura de la cuenta después del alta para la que se procesó y aprobó).
    - b) La elegibilidad para el FAP de Baptist se volverá a evaluar cada noventa días. El proceso para volver a enviar una solicitud es igual que el proceso inicial; se envía una solicitud e información financiera actualizada a la Oficina Comercial en el centro en donde se recibieron los servicios.
    - c) Después de que se haya aplicado el descuento a los encuentros elegibles para Pro-FAP, se restará cualquier cantidad que ya se haya pagado de la cantidad que el paciente tiene obligación de pagar. Los pagos excesivos netos se aplicarán a cualquier saldo de una cuenta abierta. Después de esto, si el saldo 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 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.

### **III. Referencias externas**

- Código de Tennessee, Título 68. Protección de la salud, seguridad y ambiente secciones 68-1-109 y 68-11-262, 268.
- Directrices del registro federal del nivel de pobreza.