

<p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Manual de procedimientos y políticas del sistema</p>	<p style="text-align: center;">Página <u>1</u> de <u>7</u></p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 51</p>
<p>Asunto:</p> <p style="text-align: center;">Política de facturación y cobro de Ascension Saint Agnes</p>	<p>Fecha de vigencia: 7/16</p>	
	<p>Revisión: Revisión: 7/17, 6/20, 10/20, 12/21, 12/23</p>	
<p>Aprobaciones:</p> <p>Final - Presidente/Director Ejecutivo: _____ Fecha: _____</p> <p>Conformidad: _____ Fecha: _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Las políticas entran en vigencia 30 días después de la firma del Director Ejecutivo.)</i></p>		

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de Ascension Saint Agnes garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y médicamente necesaria en la Organización conforme a su Política de Asistencia Financiera (o "FAP"). Esta Política de facturación y cobro está diseñada específicamente para considerar las prácticas de facturación y cobro para los pacientes que necesitan recibir asistencia financiera y reciben atención en la Organización.

Todas las prácticas de facturación y cobro reflejarán nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión. Los empleados y agentes de la Organización se comportarán de una manera que refleje las políticas y los valores de un centro patrocinado por el catolicismo, incluido el tratamiento de los pacientes y sus familias con dignidad, respeto y compasión.

Esta Política de facturación y cobro se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios que ofrece la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. La presente Política de Facturación y Cobro no se aplica a los arreglos de pago de la atención que no sea de "emergencia" y otra "atención médicamente necesaria" (tal como se definen esos términos en la FAP de la Organización).

DEFINICIONES

1. "501(r)" se refiere a la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y a los reglamentos promulgados en virtud de esta.
2. "Acciones de Cobro Extraordinarias" o "ECA" se refiere a cualquiera de las siguientes actividades de cobro que están sujetas a restricciones conforme a la 501(r):
 - a. Venta de la deuda de un Paciente a otra parte.¹

¹ De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(2), la Organización no venderá ninguna deuda.

- b. Comunicar información adversa sobre el Paciente a agencias de informes de crédito al consumidor o agencias de crédito.²
- c. Diferir, denegar o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente y cubierta por la FAP.
- d. Acciones que exigen un proceso legal o judicial, excepto los reclamos presentados en un proceso de quiebra o lesiones personales. Estas acciones incluyen, por ejemplo,
 - i. imponer un gravamen sobre la propiedad del Paciente³,
 - ii. ejecutar la hipoteca en una propiedad del Paciente⁴,
 - iii. imponer un gravamen o, de otro modo, confiscar la cuenta bancaria de un Paciente u otros bienes personales,
 - iv. comenzar una acción civil contra un Paciente⁵; y
 - v. embargar el salario de un Paciente.

Una ECA no incluye nada de lo siguiente (incluso si los criterios para una ECA según lo antes establecido se cumplen en general de otro modo):

- a. cualquier gravamen que la Organización tiene derecho a afirmar conforme a la ley estatal sobre los fondos de una sentencia, una conciliación o un compromiso adeudados a un Paciente como consecuencia de lesiones personales para las que la Organización proporcionó atención; o
 - b. la presentación de un reclamo en cualquier proceso de quiebra.
3. “**FAP**” significa la Política de Asistencia Financiera de la Organización, que es una política para brindar Asistencia Financiera a Pacientes elegibles para lograr la misión de la Organización y Ascension Health, y en cumplimiento con la 501(r).
 4. “**Solicitud de FAP**” significa la Solicitud de Asistencia financiera.
 5. “**Asistencia financiera**” significa la asistencia que la Organización puede proporcionar a un Paciente conforme a la FAP de la Organización.
 6. “**Organización**” se refiere a Ascension St Agnes. Para solicitar información adicional, enviar preguntas o comentarios o presentar una apelación, puede comunicarse con la oficina indicada a continuación o indicada en cualquier aviso o comunicación aplicable que reciba de la Organización:

Servicios Financieros a Pacientes al 1-667-234-2140

7. “**Paciente**” significa una persona que recibe atención (o que ha recibido atención) de la Organización y cualquier otra persona responsable financieramente de dicha atención (incluidos miembros de la familia y tutores).

² De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(5), la Organización no informará a una agencia de informes del consumidor dentro de los 180 días posteriores a la entrega de la factura inicial al Paciente.

³ De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(g)(2), la Organización no solicitará un embargo contra la residencia principal de un Paciente para cobrar una deuda correspondiente a una factura del hospital.

⁴ De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(g)(1), la Organización no ejecutará la hipoteca de la residencia principal de un Paciente para cobrar la deuda de una factura hospitalaria.

⁵ De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(5), la Organización no iniciará una acción civil para cobrar la deuda dentro de los 180 días siguientes a la entrega de la factura inicial al Paciente.

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

La Organización mantiene un proceso ordenado para emitir periódicamente estados de cuenta de facturación por los servicios prestados a los Pacientes y para comunicarse con estos. En caso de que un Paciente no pague los servicios provistos por la Organización, ésta podrá iniciar acciones para obtener el pago, incluidos, entre otros, intentos de comunicación por teléfono, correo postal, correo electrónico y en persona. La Organización rara vez utiliza acciones de cobro extraordinarias, o ECA, para obtener un pago. No obstante, para garantizar que los recursos de la Organización sigan estando disponibles y dirigidos a aquellos Pacientes con necesidades económicas conforme a nuestra política de asistencia financiera (FAP), la Organización puede recurrir a las ECA en situaciones extremas, que incluyen con respecto a saldos o pagos que se relacionan con servicios electivos que no son de emergencia u otra atención médicamente necesaria, situaciones en las que un Paciente tiene recursos sustanciales (p. ej., un alto patrimonio neto) y se niega a pagar la cantidad adeudada, o cuando la Organización cree que la falta de pago constituye un abuso intencional de los términos de su FAP o de esta política. En esas situaciones extremas, la Organización podrá utilizar una o más ECA, sujeta a las provisiones y restricciones incluidas en esta Política de Facturación y Cobro. La Organización no utiliza las ECA para las cuentas que tienen un saldo restante debido a que solo han obtenido una ayuda financiera parcial en virtud de las FAP de la Organización o con respecto a los copagos o cuentas que han obtenido una ayuda financiera completa conforme a la FAP. El vicepresidente senior/director de ingresos de Ascension tiene la autoridad final para determinar que la Organización ha hecho un gran esfuerzo para determinar la elegibilidad de asistencia financiera y que existen situaciones extremas tales que la Organización puede participar en las ECA caso por caso.

De acuerdo con la 501(r), esta Política de Facturación y Cobro identifica el gran esfuerzo que la Organización ha realizado para determinar si un Paciente es elegible según la FAP para la asistencia financiera o si existen situaciones extremas que justifiquen recurrir a una ECA.

Una vez que se determina que existe una circunstancia extrema y que el Paciente no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera según la FAP, la Organización podrá proceder con una o más ECA, según se describe en el presente documento.

1. Procesamiento de la Solicitud de FAP. Salvo en los casos que se indican a continuación, un Paciente puede presentar una solicitud de FAP en cualquier momento con respecto a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que reciba de la Organización. Las determinaciones de elegibilidad para Asistencia financiera se procesarán de acuerdo con las siguientes categorías generales.
 - a. Solicitudes de FAP completas. En caso de que un paciente presente una Solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, la Organización, de manera oportuna, suspenderá cualquier ECA para obtener el pago para la atención, efectuará una determinación de elegibilidad y proporcionará una notificación escrita, según lo previsto a continuación.
 - b. Determinaciones de elegibilidad presunta. Si se determina por presunción que un Paciente es elegible para recibir una ayuda inferior a la más alta disponible según la FAP, la Organización notificará al Paciente la base de la determinación y le dará un plazo razonable para solicitar una ayuda mayor.
 - c. Notificación y proceso cuando no se presenta una solicitud. A menos que se presente una Solicitud de FAP completa o se determine la elegibilidad conforme a los criterios de elegibilidad presunta de la FAP, la Organización se abstendrá de iniciar una ECA durante, al menos, 120 días (o el período más largo que exija la ley, según lo establecido en esta Política) desde la fecha en la que se envía al Paciente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. En el caso de varios episodios de atención se podrán agregar estas disposiciones de notificación, en cuyo caso los plazos se basarían en el episodio más reciente de atención incluida en dicha incorporación. Antes de

- iniciar (1) o más ECA para obtener el pago de la atención de un Paciente que no ha presentado una solicitud FAP y antes de que se determine si las situaciones extremas justifican el uso de ECA, la Organización tomará las siguientes medidas.
- i. Proporcionar al Paciente un aviso escrito en el que se indique la disponibilidad de Asistencia Financiera para los Pacientes elegibles, se identifiquen las ECA que se prevé tomar para obtener el pago por la atención y se establezca una fecha de vencimiento después de la cual pueden iniciarse dichas ECA que no sea antes de los 30 días posteriores a la fecha en la que se proporciona el aviso escrito;
 - ii. Proporcionar al Paciente el resumen en lenguaje simple de la FAP; y
 - iii. efectuar un esfuerzo razonable para notificarle oralmente al Paciente sobre la FAP y el proceso de Solicitud de FAP.
- d. Solicitudes de FAP incompletas. En el caso de un paciente que presenta una Solicitud de FAP incompleta, la Organización notificará al paciente por escrito sobre cómo completar la Solicitud de FAP y le dará treinta (30) días calendario para hacerlo. Se suspenderá cualquier ECA pendiente durante este tiempo y, en el aviso escrito, (i) se describirá la información o la documentación adicional necesaria conforme a la FAP o la Solicitud de FAP que se necesita para completar la Solicitud, y (ii) se incluirá la información de contacto correspondiente.
2. Restricciones para diferir o denegar la atención. En una situación en la que la Organización tiene la intención de diferir o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria, según lo definido en la FAP, debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente cubierta por la FAP, se proporcionará al Paciente una Solicitud de FAP y un aviso escrito en el que se indique que se dispone de Asistencia financiera para los Pacientes elegibles.
3. Notificación de determinación; opción de plan de pago
- a. Determinaciones. Una vez que se reciba una Solicitud de FAP en la cuenta de un Paciente, la Organización la evaluará para determinar su elegibilidad y notificarle por escrito acerca de la determinación final, lo que incluye si el Paciente es elegible para un plan de pago, en un plazo de catorce (14) días calendario. La notificación incluirá una determinación del pago del monto por el cual el Paciente será financieramente responsable. Si se deniega la Solicitud de FAP, se enviará un aviso en el que se explique el motivo de la denegación e instrucciones para la apelación o la reconsideración.
 - b. Planes de pago. Si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad, si los hubiera, para un plan de pago, cualquier plan de pago estará sujeto a los términos establecidos en la Política de Asistencia Financiera de la Organización, que puede ser modificada cada cierto tiempo. Si en algún momento el Paciente desea modificar las condiciones de un plan de pago, puede ponerse en contacto con el departamento de Servicios al Cliente.⁶
 - c. Cumplimiento de los planes de pago. No habrá ninguna penalización o tasa por el pago anticipado o por pago adelantado de un plan de pago. Se considerará que el Paciente cumple con un plan de pagos si realiza al menos once (11) pagos programados dentro de un período de doce (12) meses. Si el Paciente no cumple con un pago mensual programado, entonces podrá compensar dicho pago en el transcurso de un (1) año después de la fecha del pago incumplido, sin incurrir en ninguna penalidad. La Organización puede renunciar a cualquier pago adicional no efectuado que se produzca dentro de un período de doce (12) meses y permitir que el Paciente

⁶ De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(10)(iii), el Paciente y la Organización pueden acordar mutuamente modificar las condiciones de un plan de pago ofrecido o concertado con el Paciente.

siga participando en el plan de pagos sin remitir las deudas pendientes a una agencia de cobros ni emprender otras acciones legales.⁷

- d. Reembolsos. La Organización proporcionará un reembolso por el monto que haya pagado el Paciente por atención que supere el pago del monto del que este es personalmente responsable conforme a la FAP, a menos que dicho monto en exceso sea menor que \$5.00.
- i. De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(8), la Organización deberá prever el reembolso de los importes cobrados al Paciente o al garante del Paciente que posteriormente resultara ser elegible para recibir atención gratuita dentro de los 240 días posteriores a la facturación inicial. Conforme a la Sección 9, la Organización también anulará cualquier sentencia obtenida contra un Paciente o se retractará de cualquier informe crediticio adverso en esta situación.
 - ii. De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(c)(1), la Organización deberá prever el reembolso de las cantidades que excedan de \$25 cobradas a un Paciente o al garante de un Paciente que, dentro de un período de dos años después de la fecha del servicio, haya resultado ser elegible para recibir atención gratuita en la fecha del servicio.
 - iii. La Organización podrá reducir el periodo de dos años conforme al párrafo (b)(ii) de esta sección a no menos de 30 días después de la fecha en que la Organización solicite información a un Paciente, o al garante de un Paciente, para determinar la elegibilidad del Paciente para recibir atención gratuita en la fecha del servicio, si la Organización documenta la falta de cooperación del Paciente o del garante del Paciente para proporcionar la información requerida.
 - iv. Si un Paciente está inscrito en un plan de salud del gobierno con comprobación de recursos que exige que el mismo pague los servicios hospitalarios de su bolsillo, la Organización dispondrá un reembolso que cumpla con los términos del plan del Paciente.
- e. Reversión de las ECA. En la medida en que se determine que un Paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera conforme a la FAP dentro de los 240 días posteriores a la factura inicial por la que se informó la ECA ⁸, la Organización tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el Paciente, a fin de obtener el pago de la atención. Dichas medidas razonablemente disponibles incluyen, en general, por ejemplo, medidas para desestimar cualquier sentencia contra el Paciente, levantar cualquier cargo o gravamen sobre los bienes del Paciente y eliminar del informe crediticio del Paciente cualquier información adversa que se haya informado a una agencia de información al consumidor u oficina de créditos. De conformidad con la Sección 19-214.2(f)(2) del Código de Maryland, Salud - General, la Organización informará sobre el cumplimiento de la obligación de pago del Paciente dentro de los sesenta (60) días posteriores al cumplimiento de la obligación a cualquier agencia de informes de los consumidores a la que la Organización hubiera reportado información adversa sobre el Paciente. La Organización también deberá retractarse de la información adversa sobre el Paciente si la Organización es informada de que está pendiente una apelación o revisión de una decisión del seguro de salud, y hasta sesenta (60) días después de que la apelación haya concluido; o hasta sesenta (60) días después de que la Organización haya completado una reconsideración solicitada de la denegación de la Asistencia Financiera.⁹

⁷ Véase el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(e).

⁸ Véase el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(9).

⁹ Véase el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(f)(5).

4. Quejas formales y apelaciones. El Paciente puede apelar una denegación de elegibilidad para Asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones se examinarán por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de asistencia financiera, se enviará una notificación escrita al Paciente. Si el Paciente desea presentar una queja ante la Organización en relación con el cobro de una deuda médica por parte de la Organización o de un cobrador, el Paciente puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente.¹⁰

5. Cobros. Sujeto a la Sección 9, una vez concluidos los procedimientos anteriores (incluidos los grandes esfuerzos para determinar si un Paciente es elegible o no para recibir asistencia financiera según las FAP) y tras la determinación de que existen situaciones extremas que justifican el uso de las ECA, la Organización podrá proceder con las ECA contra Pacientes no asegurados y subasegurados con cuentas morosas, según lo determinado en los procedimientos de la Organización para establecer, procesar y supervisar las facturas y planes de pago de los Pacientes. Conforme a las restricciones aquí identificadas y de conformidad con la ley de Maryland, la Organización puede utilizar una agencia externa de cobro de deudas incobrables reconocida u otro proveedor de servicios para procesar las deudas incobrables, y dichas agencias o proveedores de servicios cumplirán con las disposiciones de 501(r) aplicables a terceros y con la ley estatal y la presente Política.¹¹ La Organización tendrá una supervisión activa de todo contrato para el cobro de deudas de conformidad con esta política. La Organización **no** procederá a realizar ninguna de las siguientes acciones a fin de cobrar la deuda de un Paciente en relación con una factura hospitalaria¹²:
 - a. Solicitar una venta, ejecución hipotecaria o embargo contra la residencia principal de un Paciente;
 - b. Hacer que un tribunal emita una orden de embargo o de detención contra el Paciente;
 - c. Solicitar el embargo de los salarios si el Paciente es elegible para la Asistencia Financiera;
 - d. Presentar un reclamo contra el patrimonio del Paciente fallecido si la Organización sabe que el Paciente era elegible para la atención gratuita, o si el valor del patrimonio después de cumplir con las obligaciones fiscales es inferior a la mitad de la deuda;
 - e. Presentar una acción contra el Paciente, o proporcionar la notificación escrita requerida de la intención de presentar una acción contra el Paciente, hasta 180 días después de que se proporcionó la factura inicial;
 - f. Presentar una acción contra el Paciente antes de que el hospital determine si el Paciente es elegible para la Asistencia Financiera.
 - g. Presentar una acción contra el Paciente sin haberle notificado previamente por escrito con cuarenta y cinco (45) días de antelación su intención de presentar una acción, notificación que cumpla con los requisitos del Código de Maryland, Salud-General, Sección 19-214.2(i) y COMAR 10.37.10.26.
 - h. Proporcionar información adversa sobre el paciente a una agencia de información al consumidor dentro de 180 días después de la emisión de la factura inicial del paciente.
 - i. Proporcionar información adversa sobre el Paciente a una agencia de información al consumidor, iniciar una acción civil o delegar la actividad de cobro a un cobrador de deudas si la Organización fue notificada, de acuerdo con la ley federal, de que está pendiente una apelación o revisión de una decisión de seguro médico en los 60 días inmediatamente previos. Si se ha realizado un informe adverso a una agencia de información al consumidor antes de

¹⁰ De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(10), la Organización debe proporcionar un mecanismo para que un Paciente presente una queja con respecto a la gestión de la factura del Paciente.

¹¹ De conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(k)(4)(iii), la Organización y el cobrador son responsables solidarios de cumplir los requisitos de la Sección 19-214.2. Véase también COMAR 10.37.10.26.

¹² Véase el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2.

- que la Organización tenga conocimiento de la apelación, la Organización dará instrucciones a la agencia para que elimine el informe adverso de acuerdo con la Sección 3(e).
- j. Proporcionar información negativa sobre el Paciente a una agencia de información al consumidor, iniciar una acción civil o delegar la actividad de cobro a un cobrador de deudas si la Organización ha completado una reconsideración solicitada de la denegación de atención gratuita o de costo reducido que fue debidamente completada por el Paciente dentro de los 60 días inmediatamente previos. Si se ha realizado un informe adverso a una agencia de información al consumidor antes de que la Organización tenga conocimiento de la apelación, la Organización dará instrucciones a la agencia para que elimine el informe adverso.
 - k. Proporcionar información negativa sobre un Paciente a una agencia de información al consumidor para un Paciente que, en el momento del servicio, no tenía seguro o era elegible para recibir Asistencia Financiera.
6. Asunción de responsabilidades. Ningún individuo puede ser considerado responsable de la deuda médica de otro que sea mayor de 18 años, a menos que el individuo consienta voluntariamente en ser considerado responsable. Este consentimiento debe constar por escrito en un documento separado, no puede solicitarse en una sala de urgencias ni en ninguna otra situación de emergencia, y no puede exigirse como condición para prestar servicios de emergencia.
7. Intereses. La organización no cobrará intereses por las facturas de los pacientes que paguen por su cuenta antes de que se obtenga una sentencia judicial. La Organización no podrá cobrar intereses o cuotas por ninguna deuda contraída por un Paciente, que es elegible para recibir Asistencia Financiera, en la fecha de prestación del servicio o con posterioridad a la misma.¹³
8. Cuotas. La Organización no cobrará cuotas adicionales en una cantidad que exceda el cargo aprobado para el servicio hospitalario de un Paciente que es elegible para la Asistencia Financiera, según lo establecido por la ley de Maryland.¹⁴
9. Prácticas actuales. A pesar de cualquier disposición de esta Política de Facturación y Cobro que indique lo contrario, la Organización no busca actualmente juicios contra los Pacientes, ni proporciona información adversa contra los Pacientes a las agencias de crédito, ni cobra intereses sobre los pagos atrasados de la deuda médica. Cualquier cambio en las prácticas actuales se aplicará de conformidad con el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.1 y siguientes, previa consulta con el Director Financiero y el Departamento Jurídico de la Organización. A lo menos, la Organización no emprenderá acciones legales contra un Paciente hasta que la Organización haya establecido y aplicado una política de plan de pagos que cumpla con las pautas emitidas por el Estado de Maryland.
10. Requisitos de información. La Organización recopilará la siguiente información según sea necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes del Estado:
- a. El número total de Pacientes por raza/etnia, sexo y código postal contra los que la Organización o su cobrador contratado presentó una acción para cobrar una deuda médica;
 - b. El número total de Pacientes por raza/etnia, sexo y código postal sobre los que la Organización ha informado y no ha informado o clasificado una deuda incobrable; y
 - c. El monto total en dólares de los cargos no cobrados a los Pacientes con seguro, incluidos los gastos de bolsillo, y a los Pacientes sin seguro.¹⁵

¹³ Véase el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(3) y Sección 19-214.2(d).

¹⁴ Véase el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(b)(11).

¹⁵ Véase el Código de Maryland, Salud - General, Sección 19-214.2(a).