

COMMONSPIRIT HEALTH

POLÍTICA DE GOBERNANZA

ASUNTO: Facturación y cobranzas

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

Por determinarse

NÚMERO DE PÓLIZA: Finanzas G-004

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

ORIGINAL:

1 de julio de 2021

POLÍTICA

Esta Política tiene por finalidad ofrecer pautas claras y uniformes para las actividades de facturación, cobranzas y recuperación de manera tal de velar por el cumplimiento con el Código de Impuestos Internos (IRC, por sus siglas en inglés), sección 501(r) y las leyes y regulaciones de cobranzas, satisfacción del paciente y eficiencia aplicables. En esta Política, se definen las circunstancias bajo las cuales los Centros hospitalarios llevarán a cabo acciones de cobranzas sobre cuentas morosas de pacientes relacionadas con la prestación de Atención médica de emergencia y Atención médica necesaria (denominadas, en el presente, EMCare), y se identifican las actividades de cobranza permitidas. Esta Política describe las acciones que un Centro hospitalario puede tomar para obtener el pago de una factura por EMCare en caso de falta de pago, como, entre otras, las acciones de cobro permitidas.

ALCANCE

Esta Política se aplica a CommonSpirit Health y a cada una de sus Afiliadas¹ directas exentas de impuestos, a las Subsidiarias² exentas de impuestos y a cualquier otra Subsidiaria que no sea de propiedad absoluta u otra entidad relacionada que, a través de un contrato o cuyos documentos rectores, requieran o dispongan expresamente que dichas Subsidiarias o entidad(es) cumplan con las políticas y procedimientos de CommonSpirit (Entidad conforme) que operan un Centro hospitalario (denominadas individualmente como Organización hospitalaria de CommonSpirit y colectivamente como Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit). CommonSpirit tiene por política cumplir con los estándares más elevados de ética e integridad en sus actividades de cobranzas y recuperaciones, y seguir los protocolos de cobranzas para el trato equitativo a todos los pacientes de Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit en cada Centro hospitalario.

PRINCIPIOS

Una vez que los pacientes de una Organización hospitalaria de CommonSpirit han recibido los servicios correspondientes, los Centros hospitalarios facturarán a los pacientes o Garantes, y a

¹ Una Afiliada directa es cualquier corporación de la cual CommonSpirit Health es el único miembro corporativo o único accionista, así como Dignity Community Care, una corporación sin fines de lucro de Colorado.

² Una Subsidiaria se refiere a una organización, ya sea sin fines de lucro o con fines de lucro, en la que una Afiliada directa tiene el poder de nombrar el cincuenta por ciento (50 %) o más de los miembros con derecho a voto del órgano de gobierno de dicha organización o posee el cincuenta por ciento (50 %) o más de los derechos de voto en ella (según se demuestre mediante facultades de membresía o valores que confieran determinada autoridad para la toma de decisiones a la Afiliada directa), así como a cualquier organización en la que una Subsidiaria tenga esa misma autoridad o esos mismos derechos de voto.

los responsables de pago correspondientes en forma precisa y oportuna. Durante este proceso de facturación y cobranzas, el personal brindará un servicio de calidad al cliente y un seguimiento oportuno, y todas las cuentas pendientes se manejarán de acuerdo con todas las leyes y regulaciones aplicables. Asimismo, los valores de CommonSpirit requieren que se trate a todos los individuos con respeto y compasión. CommonSpirit ha determinado que ciertas acciones de cobranzas se oponen a los valores organizacionales de CommonSpirit y, en tal sentido, han prohibido su uso.

APLICACIÓN

A. La presente Política rige para:

- Todos los cargos correspondientes a EMCare que una Organización hospitalaria de CommonSpirit presta en un Centro hospitalario
- Todos los cargos correspondientes a una EMCare prestada por un médico o profesional clínico de práctica avanzada que sea empleado de una Organización hospitalaria de CommonSpirit en tanto y en cuanto dicha atención médica se preste en un Centro hospitalario
- Todos los cargos correspondientes a una EMCare prestada por un médico o profesional clínico de práctica avanzada que sea empleado de una Entidad sustancialmente relacionada en tanto y en cuanto dicha atención médica se preste en un Centro hospitalario.
- Atención médica necesaria sin cobertura prestada a los pacientes, cuyos cargos serían responsabilidad del paciente, como los cargos por días que superen el límite de la estadía o en circunstancias en las que los beneficios del paciente se hayan agotado.
- Actividades de cobranza y recuperación a cargo del Centro hospitalario o un proveedor designado de servicios de facturación y cobranzas (en adelante, el Proveedor designado), o agentes externos de cobranzas de una Organización hospitalaria que se ocupen de cobrar los montos adeudados en concepto de EMCare, conforme se describen anteriormente. Los acuerdos con terceros mediante los cuales se regulen las actividades de cobranza y recuperación deben incluir una disposición que exija el cumplimiento con la presente Política e indemnización por imposibilidad de cobrar como resultado de la falta de cumplimiento. Esto incluye los acuerdos celebrados entre terceros que, posteriormente, venden o derivan la deuda al Centro hospitalario, aunque sin limitarse a ellos.

B. Coordinación con otras leyes

La disposición relacionada con Asistencia financiera y facturación y cobranza de cuentas de pacientes podría estar sujeta a regulaciones adicionales en virtud de lo establecido en las leyes federales, estatales o locales. Dichas leyes se aplican en la medida en que impongan requisitos más exigentes que los establecidos en esta Política. En caso de que una ley estatal o local que se adopte posteriormente sea directamente opuesta a la presente Política, la Organización hospitalaria de CommonSpirit, tras la consulta con su representante del equipo local del sector de Legales de CommonSpirit, el liderazgo de Ciclos de ingresos de CommonSpirit y el liderazgo de Impuestos de CommonSpirit, podrá incorporar un apéndice a la presente Política antes del próximo ciclo de revisión de políticas con los cambios mínimos que sean necesarios en esta Política para garantizar el cumplimiento de las leyes vigentes.

Fecha de entrada en vigencia: Por determinarse

Página 2 de 12

Política de facturación y cobranzas

© Copyright 2021-2026 CommonSpirit Health. Para uso interno solamente.

PRINCIPIOS

Mediante el uso de informes de facturación, correspondencia por escrito y llamadas telefónicas, las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit harán los esfuerzos que sean necesarios para informar a los pacientes o Garantes de sus responsabilidades financieras y de las opciones disponibles en cuanto a Asistencia financiera, así como realizarán un seguimiento con pacientes y Garantes en relación con las cuentas pendientes. Como proveedores católicos de atención médica, las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit deben satisfacer las necesidades de los pacientes y de otras personas que necesiten atención más allá de su capacidad económica para pagar los servicios prestados.

Por último, se ha designado a las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit como organizaciones de caridad (es decir, libres de impuestos) según lo establecido en la sección 501(c)(3) del IRC. Conforme se establece en la sección 501(r) del IRC, entre otras cuestiones, y para seguir conservando la exención en materia de impuestos, cada Organización hospitalaria de CommonSpirit debe realizar lo siguiente relacionado con los pacientes que reciben EMCare en un Centro hospitalario:

- Limitar los importes cobrados por la EMCare a las personas que reúnen los requisitos para recibir Asistencia financiera a un monto que no exceda los Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) cobrados a las personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención.
- Facturar menos de los cargos brutos a individuos elegibles para recibir Asistencia financiera por otro tipo de atención médica.
- No participar en Acciones extraordinarias de cobranzas permitidas antes de que el Centro hospitalario haya hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia bajo la Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-003, *Asistencia financiera*.

DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (AGB) se refiere al cargo máximo que un paciente elegible para Asistencia financiera conforme a esta Política de asistencia financiera es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado todas las deducciones y descuentos, incluidos los descuentos disponibles en virtud de esta Política, menos cualquier monto reembolsado por las aseguradoras. A ningún paciente elegible para la Asistencia financiera se le cobrará más del AGB por la EMCare que se le brindó al paciente. CommonSpirit calcula el AGB en cada institución con el método "retrospectivo", multiplicando los "cargos brutos" de EMCare proporcionados por los porcentajes de AGB, que se basan en reclamos pasados aceptados en Medicare y seguros privados según lo descrito en la ley federal. "Cargos brutos" para estos fines significa el monto que figura en el directorio de cargos de cada Centro hospitalario para cada servicio de EMCare.

Período de solicitud significa el tiempo proporcionado a los pacientes por la Organización hospitalaria CommonSpirit para completar la solicitud de Asistencia financiera. Vence en la fecha que ocurra más tarde entre: (i) 365 días a partir del alta del paciente del Centro hospitalario o la fecha de la EMCare del paciente, o (ii) 240 días a partir de la fecha de la factura inicial posterior al alta de la EMCare recibida en un Centro hospitalario.

Ley de Atención Médica de Emergencia (EMCare, por su sigla en inglés), Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA, por su sigla en inglés): Cualquier paciente que busque atención para una afección médica de emergencia en el sentido

Fecha de entrada en vigencia: Por determinarse

Página 3 de 12

Política de facturación y cobranzas

© Copyright 2021-2026 CommonSpirit Health. Para uso interno solamente.

de la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd) en un Centro hospitalario será tratado sin discriminación y sin tener en cuenta la capacidad del paciente para pagar la atención. Además, está prohibida cualquier acción que disuada a los pacientes de buscar EMCare, lo que incluye, entre otras acciones, permitir actividades de cobro y recuperación de deudas que interfieran con la prestación de EMCare. Los Centros hospitalarios también deberán operar de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales para la prestación de atención relacionada con afecciones médicas de emergencia, incluidos los requisitos de detección, tratamiento y transferencia conforme a la EMTALA y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, sección 482.55 (o cualquier normativa que la sustituya). Los Centros hospitalarios deben consultar y guiarse por cualquier Política de EMTALA de CommonSpirit, las regulaciones de EMTALA y las Condiciones de participación aplicables de Medicare/Medicaid para determinar qué constituye una afección médica de emergencia y los procesos que se deben seguirse con respecto a cada una.

Medidas Extraordinarias de Cobranza (ECA, por su sigla en inglés): El Centro hospitalario no participará en acciones ECA contra una persona antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar su elegibilidad según la FAP del Centro hospitalario. Una ECA puede incluir cualquiera de las siguientes acciones tomadas para obtener el pago de una factura de atención:

- Vender la deuda individual a un tercero, excepto si está expresamente previsto por la ley federal. Y
- Reportar información adversa sobre el individuo a las oficinas de créditos para consumidores.

Las ECA no incluyen los gravámenes que el Centro hospitalario tiene derecho a aplicar según la ley estatal a los fondos de una sentencia, acuerdo o compromiso que se le debe a un individuo (o a su representante) como resultado de lesiones personales por las que un Centro hospitalario brindó atención médica.

Asistencia financiera se refiere a la asistencia que se da a pacientes para quienes sería una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo previstos por los EMCare que se proporcionan en un Centro hospitalario y que cumplen con los criterios de elegibilidad para dicha asistencia. La Asistencia financiera se ofrece a los pacientes asegurados en la medida permitida por el contrato de la compañía de seguros del paciente.

Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) significa la Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G- 003, *Asistencia financiera*, que describe el programa de Asistencia financiera de CommonSpirit, incluidos los criterios que los pacientes/Garantes deben cumplir para ser elegibles para la Asistencia financiera, así como el proceso por el cual las personas pueden solicitar Asistencia financiera.

Garante se refiere a una persona que es legalmente responsable del pago de la factura del paciente.

Centro hospitalario (o Centro) significa un centro de atención médica que es requerido por un estado para ser autorizado, registrado o reconocido de manera similar como un hospital y que es operado por una Organización hospitalaria de CommonSpirit. En referencia a la realización de las actividades de facturación y cobranza, el término "Centro hospitalario" también puede incluir un Proveedor designado.

Atención médicamente necesaria se refiere a cualquier procedimiento razonablemente determinado (por un proveedor) como necesario para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de cualquier afección, enfermedad, lesión o patología que ponga en peligro la vida, cause sufrimiento o dolor, provoque una enfermedad o dolencia, amenace con causar o agravar una discapacidad, o cause deformidad física o mal funcionamiento. o para mejorar el funcionamiento de un miembro con malformaciones, si no hay otro tratamiento disponible, igualmente eficaz, más conservador o menos costoso. La atención médica necesaria no incluye la atención relacionada con procedimientos electivos o estéticos cuyo único propósito es mejorar la apariencia estética de una parte del cuerpo normal o que funciona con normalidad.

Período de notificación se refiere al período de 120 días que comienza en la fecha en que el Centro hospitalario proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta para la EMCare. Un Centro se abstendrá de participar en una ECA durante el Período de notificación, a menos que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar que un paciente es elegible para Asistencia financiera.

Opera un Centro hospitalario : se considera que un Centro hospitalario es operado ya sea por el uso de sus propios empleados o por la subcontratación de la operación del Centro a otra organización. Un Centro hospitalario también puede ser operado por una Organización hospitalaria de CommonSpirit si la Organización hospitalaria de CommonSpirit tiene un interés de capital o ganancias en una entidad gravada como una sociedad que opera directamente un Centro hospitalario con licencia estatal o que opera indirectamente un Centro hospitalario con licencia estatal a través de otra entidad gravada como una sociedad.

Asistencia financiera presunta se refiere a la determinación de elegibilidad para Asistencia financiera que puede basarse en la información proporcionada por proveedores externos y otra información disponible públicamente. En caso de que se determine que un paciente es presuntamente elegible para acceder a Asistencia financiera, podrá obtener EMCare gratis o con descuento durante el período por el cual el individuo es presuntamente elegible. Véase también Elegibilidad presunta en Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-003, *Asistencia financiera*.

Entidad sustancialmente relacionada significa, con respecto a una Organización hospitalaria CommonSpirit, una entidad tratada como una sociedad para fines de impuestos federales en la que la Organización hospitalaria posee un capital o participación en las ganancias, o una entidad no considerada de la cual la Organización hospitalaria es el único miembro o propietario, que proporciona EMCare en un Centro hospitalario con licencia estatal, a menos que la prestación de dicha atención sea un comercio o negocio no relacionado descrito en la Sección 513 del IRC con respecto a la Organización hospitalaria.

La suspensión de las ECA cuando se presenta una Solicitud de asistencia financiera (FAA, por sus siglas en inglés) significa que un Centro (u otra parte autorizada) no inicia una ECA, ni toma medidas adicionales en ninguna ECA iniciada anteriormente, para obtener el pago por la EMC hasta que:

- El Centro determine si el individuo es elegible para FAP en función de una solicitud completa de FAP y cumple con los requisitos de esfuerzos razonables, según se definen en el presente, para una FAA completa; o
- En el caso de que una FAA se considere incompleta, que el individuo no haya respondido solicitudes de información adicional ni aportado documentación adicional

en un período de tiempo razonable (treinta [30] días) otorgado para responder a dichas solicitudes.

Sin seguro se refiere a una persona que no tiene cobertura de terceros por parte de una compañía de seguros de salud comercial, un plan de ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y TRICARE), una Indemnización laboral u otra asistencia de terceros para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago.

Seguro insuficiente se refiere a una persona con cobertura de seguro público o privado, para quien sería una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo previstos para la EMCare cubierta por esta póliza.

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN

Las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit deberán ajustarse a los procedimientos estándar relacionados con las cobranzas de cuentas relacionadas con EMCare prestada en un Centro hospitalario de CommonSpirit de la siguiente manera:

A. Facturación de seguros

- En cuanto a los pacientes con seguro, los Centros hospitalarios facturarán a los responsables de pagos de terceros aplicables (en función de la información proporcionada o verificada por el paciente o Garante, o según se corrobore de manera adecuada con otras fuentes) en tiempo y forma.
- Si el responsable de pagos rechaza (o no procesa) un reclamo considerado, de algún otro modo, válido debido a un error del Centro hospitalario, el Centro hospitalario no le facturará al paciente el monto adicional a lo que hubiera tenido que pagar el paciente en caso de que el responsable de pagos hubiese pagado el reclamo.
- Si el responsable de pagos rechaza (o no procesa) un reclamo considerado, de algún otro modo, válido por factores ajenos al control del Centro hospitalario, el personal realizará un seguimiento con el responsable de pagos y con el paciente, según corresponda, para facilitar la resolución del reclamo. En caso de que la resolución no tenga lugar tras los esfuerzos de seguimiento razonables, los Centros hospitalarios podrán facturarle al paciente o tomar otras medidas en consonancia con los contratos celebrados con el responsable de pagos.

B. Facturación al paciente

- Se facturará directamente y en tiempo y forma a todos los pacientes y Garantes, y se les entregará un informe como parte del proceso habitual de facturación del Centro hospitalario.
- En el caso de los pacientes asegurados, después de que todos los terceros pagadores disponibles hayan procesado los reclamos, los Centros hospitalarios facturarán a los pacientes/Garantes de manera oportuna los montos de sus respectivas responsabilidades según lo determinen los beneficios de su seguro.
- Todos los pacientes y Garantes podrán, cuando deseen, solicitar un resumen detallado de sus cuentas y los Centros hospitalarios deberán proporcionarlos.
- En caso de que un paciente tenga una inquietud respecto de su cuenta y solicite documentación relacionada con la factura, el personal deberá proporcionar la documentación por escrito en un lapso de diez (10) días (de ser posible) y mantener la

- cuenta sin cambios durante, como mínimo, treinta (30) días antes de derivarla a cobranzas.
- Los Centros hospitalarios deberán aprobar los acuerdos del plan de pagos correspondientes a pacientes o Garantes que manifiesten tener dificultades para pagar el saldo en una sola cuota.
- El liderazgo de Ciclos de ingresos tiene autoridad suficiente para realizar excepciones a esta disposición bajo una modalidad caso por caso en situaciones especiales (de conformidad con los procedimientos operativos).
- Los Centros hospitalarios no están obligados a aceptar acuerdos de pago iniciados por pacientes y podrán derivar las cuentas a una agencia de cobranzas externa conforme se describe a continuación en caso de que el paciente incumpla con el plan de pagos establecido.

C. Prácticas de cobranzas

- Las actividades de cobranza que lleva a cabo el Centro hospitalario, un Proveedor designado o agencias de cobranzas externas se harán de conformidad con las leyes federales y estatales que regulan las prácticas de cobranza de deudas.
- Los pacientes o Garantes podrán ponerse en contacto con el Centro hospitalario en relación con la Asistencia financiera, las opciones de planes de pago u otros programas aplicables que puedan estar disponibles en relación con sus cuentas, conforme se indica en el Apéndice A.
 - La FAP del Centro hospitalario se encuentra disponible sin cargo.
 - Si un individuo quiere hacer algún tipo de consulta en relación con la FAP del Centro hospitalario, puede ponerse en contacto con la oficina de asesoramiento financiero por teléfono o personalmente.
- En cumplimiento con las leyes federales y estatales relevantes, y según lo establecido en las disposiciones descritas en la presente Política, los Centros hospitalarios pueden participar de actividades de cobranza, incluidas las ECA permitidas, con el objetivo de cobrar los saldos pendientes de los pacientes.
 - Entre las actividades generales de cobranza, pueden incluirse llamadas telefónicas, informes y otros esfuerzos razonables según lo establecido en las prácticas estándar de la industria.
 - Los saldos de pacientes podrán derivarse a un tercero para proceder con la actividad de cobranza a criterio del Centro y en cumplimiento con las prácticas de no discriminación aplicables a nivel federal, estatal y local. El Centro seguirá siendo titular de toda deuda que se derive a agencias de cobranzas de deudas y se derivarán las cuentas de pacientes para la cobranza únicamente bajo las siguientes advertencias:
 - Hay fundamentos razonables para considerar que el paciente adeuda un saldo.
 - Se les ha facturado debidamente a los responsables de pagos externos identificados por el paciente o garante en tiempo y forma, y la deuda restante es responsabilidad financiera del paciente. Los Centros hospitalarios no le deberán facturar a un paciente el monto que debe pagar la compañía de seguros o el tercero.
 - Los Centros hospitalarios no derivarán cuentas para la cobranza mientras haya un reclamo sobre la cuenta pendiente de pago por parte de un responsable de pagos externo. No obstante, los reclamos que se

mantengan con el estado "pendiente" con un responsable de pagos externo durante un período de tiempo irrazonable a pesar de los esfuerzos por facilitar la resolución se reclasificarán como "rechazados".

- Los Centros hospitalarios no derivarán cuentas para la cobranza toda vez que se rechace el reclamo del seguro por un error de dicho Centro. No obstante, un Centro hospitalario podrá derivar la parte de responsabilidad del paciente sobre dichos reclamos de cobranza en caso de que no se pague.
- Los Centros hospitalarios no podrán derivar cuentas para la cobranza toda vez que el paciente se haya postulado inicialmente para obtener Asistencia financiera y en caso de que el Centro hospitalario no haya hecho esfuerzos razonables (conforme se los define a continuación) en relación con la cuenta.
- Al recibir un aviso de un Descargo de quiebra, las Organizaciones hospitalarias de CommonSpirit cesarán todo intento de cobro, incluso la asignación a una agencia de cobranzas. No se contactará al paciente o deudor por ningún medio, incluso llamadas telefónicas, cartas o declaraciones luego de recibir la notificación. Toda comunicación, de ser necesaria, se realizará con el administrador o el abogado asignado al caso.
- Ningún Centro enviará ninguna cuenta de pago por cuenta propia a un agente de cobranzas externo mientras el paciente o Garante esté involucrado en los Estándares de Cooperación con el Paciente, según se define en la Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-003, *Asistencia financiera*.

ESFUERZOS RAZONABLES Y MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE COBRANZA

Antes de iniciar una ECA para obtener el pago en concepto de EMCare, los Centros hospitalarios deberán hacer todos los esfuerzos posibles por determinar si un individuo es elegible para acceder a Asistencia financiera. Bajo ningún punto de vista podrá iniciarse una ECA antes de los 120 días (o un período de tiempo más extenso, según lo exija la ley aplicable) contados a partir de la fecha en que el Centro proporciona la primera facturación posterior al alta (es decir, durante el Período de notificación), excepto que se hayan hecho todos los esfuerzos razonables. En las siguientes situaciones, se describen los esfuerzos razonables que debe llevar a cabo un Centro antes de iniciar una ECA.

A. Iniciar una ECA: requisito de notificación

- En lo que respecta a EMCare proporcionada en el Centro, debe notificarse al paciente respecto de la FAP conforme se describe en el presente con anterioridad a iniciar una ECA. Los requisitos de notificación son los siguientes:
 - **Carta de notificación:** El Centro hospitalario notificará al paciente acerca de la FAP proporcionándole a la persona un aviso por escrito (Carta de notificación) al menos treinta (30) días antes de iniciar una ECA. La carta de notificación debe:
 - Incluir un resumen de la FAP en lenguaje sencillo.
 - Indicar qué Asistencia financiera se encuentra disponible para individuos elegibles.
 - E identificar la ECA que el Centro hospitalario (u otra parte autorizada)

pretende iniciar con el objetivo de obtener el pago por EMCare en caso de que no se pague el monto adeudado, o bien, no se presente una FAA antes de la fecha límite especificada, que no debe ser antes del último día del Período de solicitud.

- **Notificación oral:** Junto con la entrega de la Carta de notificación, el Centro hospitalario intentará notificar verbalmente al paciente sobre cómo obtener asistencia según la FAP durante el proceso de registro, utilizando el número de teléfono más actualizado proporcionado por el paciente. Este intento será documentado en tiempo real.
- **Notificación en caso de múltiples episodios de atención :** el Centro hospitalario puede cumplir con este requisito de notificación simultáneamente para varios episodios de EMC y notificar a la persona sobre las acciones ECA que el centro tiene la intención de iniciar para obtener el pago de múltiples facturas pendientes de EMCare. Sin embargo, si un Centro agrupa las facturas pendientes de una persona por múltiples episodios de EMCare antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de esas facturas, no habrá realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la FAP, a menos que se abstenga de iniciar las ECA hasta 120 días después de la primera factura posterior al alta correspondiente al episodio más reciente de EMCare incluido en la agregación.

B. Esfuerzos razonables cuando un paciente envía una FAA incompleta

- El Centro hospitalario suspenderá las ECA que ya se hayan iniciado sobre el paciente o Garante hasta tanto se determine la elegibilidad para acceder a Asistencia financiera.
- El Centro hospitalario entregará una notificación por escrito al paciente con una lista de la documentación requerida que el paciente o garante deben presentar para considerar completa la FAA y, además, otorgarle al paciente un plazo de treinta (30) días para presentar la información necesaria. La notificación incluirá la información de contacto, incluido el número de teléfono y la ubicación física del Centro o departamento dentro del Centro que puede proporcionar información y ayudar con la preparación de la FAA.

C. Esfuerzos razonables cuando se presenta una FAA completa

- Si un paciente presenta una FAA completa durante el Período de solicitud, el Centro hospitalario debe:
 - Suspender las ECA para obtener el pago correspondiente a EMCare.
 - Tomar una decisión respecto de si el individuo es elegible para acceder a FAP para EMCare y notificar al individuo por escrito respecto de esta determinación de elegibilidad (incluida, si corresponde, la asistencia para la cual resulta elegible el individuo) y los fundamentos para esta determinación.
 - En caso de que el Centro hospitalario determine que el individuo es elegible para la FAP para EMCare, el Centro hospitalario debe hacer lo siguiente:
 - Reembolsarle al individuo los montos que haya pagado en concepto de EMCare (ya sea al Centro hospitalario o a cualquier otra parte a la que el Centro hospitalario le haya derivado o vendido la deuda del individuo en concepto de EMCare) que supere el monto respecto del cual es responsable de pagar a nivel personal como individuo elegible para FAP.

- Tomar las medidas disponibles y razonables para revertir una ECA, incluida la eliminación de información negativa proporcionada a una agencia de informes para el consumidor u oficina de créditos del informe de crédito del individuo.
- En caso de que el Centro hospitalario determine que el individuo no es elegible para FAP para EMCare, el Centro hospitalario deberá haber hecho todos los esfuerzos razonables e iniciado las ECA permitidas.

D. Esfuerzos razonables cuando no se presenta una FAA dentro de los noventa (90) días posteriores a la primera facturación luego del alta correspondiente al episodio más reciente de EMCare

- El Centro emitirá la Carta de notificación tal como se describe en Esfuerzos razonables - Inicio de ECA - Requisito de notificación. En caso de que no se reciba una FAA en un lapso de treinta (30) días una vez enviada la Carta de notificación, se considerará cumplido el requisito de iniciar esfuerzos razonables por determinar la elegibilidad para FAP. En tal sentido, el Centro hospitalario iniciará las ECA permitidas según la presente Política en un lapso de 120 días con posterioridad a la primera facturación luego del alta.
- **Exención:** en ninguna circunstancia un Centro hospitalario aceptará que una persona renuncie, ya sea en forma verbal o escrita, a solicitar Asistencia financiera, con el propósito de considerar cumplidos los requisitos de realizar los esfuerzos razonables descritos en esta Política.

E. Acciones extraordinarias de cobranzas permitidas

- Después de realizar esfuerzos razonables, que incluyen el requisito de notificación, para determinar la elegibilidad para Asistencia financiera como se describe arriba, un Centro hospitalario (u otra parte autorizada) puede participar en las siguientes ECA para obtener el pago por EMCare:
 - Vender la deuda individual a un tercero, excepto si está expresamente previsto por la ley federal. Y
 - Reportar información adversa sobre el individuo a las oficinas de créditos para consumidores.

Un Centro hospitalario se abstendrá de realizar acciones ECA contra un paciente si este proporciona documentación de que ha solicitado cobertura de atención médica bajo Medicaid u otros programas de atención médica patrocinados por el gobierno, a menos que se determine o hasta que se haya determinado la elegibilidad del individuo para dichos programas y se haya facturado y procesado cualquier cobertura disponible de terceros para el EMCare.

F. Esfuerzos razonables: acuerdos de terceros

- En lo que respecta a la venta o derivación de la deuda de un individuo en concepto de EMCare a otra parte (excepto aquellas ventas de deudas que no se consideren una ECA conforme se describe en las Regulaciones de Tesorería del Servicio de Impuestos Internos), el Centro hospitalario deberá celebrar un acuerdo y, en la medida de lo posible, velar por su cumplimiento, por escrito y de carácter obligatorio a nivel legal con la parte. Para cumplir con el requisito de hacer todos los esfuerzos razonables por determinar la elegibilidad para la FAP de un individuo, dichos acuerdos

deben, como mínimo, incluir las siguientes disposiciones:

- Si el individuo presenta una FAA (ya sea completa o incompleta) tras la venta o derivación de la deuda, pero antes del final del Período de solicitud, la parte suspenderá las ECA para obtener el pago correspondiente a EMCare.
- Si el individuo presenta una FAA (ya sea completa o incompleta) tras la venta o derivación de la deuda, pero antes del final del Período de solicitud y se determina que es elegible para FAP para EMCare, la parte deberá hacer lo siguiente en tiempo y forma:
 - Cumplir con los procedimientos establecidos en el acuerdo y en la presente Política de manera tal que el individuo no pague, y no tenga obligación de pagar, a la parte y al Centro hospitalario juntos, más de lo que debería pagar por EMCare como individuo elegible para FAP.
 - Si corresponde, y en caso de que la parte (en lugar del Centro hospitalario) tenga la autoridad suficiente para hacerlo, deberán tomarse las medidas razonablemente disponibles para revertir una ECA (en lugar de vender la deuda) iniciada sobre el individuo.
- En caso de que un contratista externo derive o venda la deuda a una parte subsiguiente (la cuarta parte) durante el Período de solicitud, el tercero celebrará un acuerdo por escrito con dicha parte subsiguiente en el que se incluyan todos los elementos descritos en esta sección.
- El contratista externo debe realizar intentos razonables para que los pacientes con facturas impagas salden su cuenta. No se tolerarán prácticas de cobranza agresivas o inmorales.

G. Esfuerzos razonables: presentar documentos de manera electrónica

- Un Centro hospitalario podrá entregar los avisos o las comunicaciones por escrito que se describen en el presente de manera electrónica (por ejemplo, por correo electrónico) a un individuo que indique que prefiere recibir el aviso o la comunicación por escrito de manera electrónica.

DOCUMENTACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

A. Procesamiento de solicitudes

- Deberán reflejarse los valores de dignidad y atención humanas de CommonSpirit en el proceso de solicitud, la determinación de necesidad financiera y el otorgamiento de asistencias.
- Las solicitudes de Asistencia financiera deberán procesarse con celeridad, en tanto que los Centros hospitalarios deberán informar al paciente o solicitante por escrito en un lapso de treinta (30) a sesenta (60) días tras la recepción de una solicitud completa.
- El Centro hospitalario no tomará una decisión sobre la elegibilidad en caso de considerar que la información es falsa o poco confiable, o bien, que se ha obtenido mediante el uso de prácticas de coerción.
- En caso de que se apruebe la elegibilidad, sobre la base de una FAA completa, se le otorgará al paciente Asistencia financiera sobre todas las cuentas elegibles que hayan incurrido en servicios recibidos doce (12) meses antes de la fecha de determinación y potencialmente por un período de seis (6) meses desde la fecha de determinación.

- En caso de que se apruebe la elegibilidad, conforme a los criterios de Elegibilidad presunta, se aplicará también Asistencia financiera sobre cuentas elegibles que hayan incurrido en servicios recibidos doce (12) meses antes de la fecha de determinación. El individuo elegible presuntamente no recibirá Asistencia financiera para EMCare prestada con posterioridad a la fecha de determinación sin haberse completado una FAA o una nueva determinación de elegibilidad presunta.
- En caso de que se rechace la elegibilidad para acceder a Asistencia financiera ofrecida por un Centro hospitalario, el paciente o garante podrán volver a solicitarla cuando se produzca un cambio sustancial en los ingresos o estados.
- Los pacientes o garantes podrán solicitar la revisión por parte del Centro hospitalario en caso de que se presente una controversia sobre la aplicación de la presente Política o la FAP. Los pacientes o garantes a quienes se les niegue la Asistencia financiera también podrán apelar en relación con la determinación de elegibilidad, tal como se indica en el Apéndice A.
- Los fundamentos del caso o la apelación deben asentarse por escrito y enviarse dentro de los tres (3) meses posteriores a la decisión sobre elegibilidad para Asistencia financiera.
- El Centro hospitalario deberá posponer toda determinación de elegibilidad para FAP en caso de que el Centro se encuentre esperando los resultados de una solicitud para Medicaid.

B. Asistencia financiera presunta

- No se requieren esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la FAP cuando se determina que una persona es elegible para la Asistencia financiera presunta.
- **Medicaid** : los pacientes de Medicaid que reciban servicios necesarios desde el punto de vista médico no cubiertos serán considerados para la Asistencia financiera presunta. Podrá aprobarse la Asistencia financiera en instancias previas a la fecha de entrada en vigencia de Medicaid.

RESPONSABILIDAD

El liderazgo del Ciclo de ingresos de CommonSpirit es el responsable final de determinar si una Centro hospitalario ha hecho los esfuerzos razonables por determinar si un individuo resulta elegible para acceder a Asistencia financiera. Este sector tiene la autoridad final suficiente para determinar si la Organización hospitalaria puede seguir adelante con alguna de las ECA mencionadas en la presente Política.

REFERENCIAS

Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-003, *Asistencia financiera*

APROBACIÓN ANUAL

APROBADO POR LA JUNTA DE COMMONSPIRIT HEALTH: 26 DE JUNIO DE 2024, POR DETERMINARSE