

|                                                    |                                                                                           |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>St. Joseph's/<br/>Candler Health<br/>System</b> | <b>Política administrativa</b><br><br><b>Título: autorización financiera del paciente</b> | <b>Número de política:</b><br><b>1227-A</b><br><b>Fecha de entrada en vigencia:</b><br><b>10/07/2024</b><br><b>Página 1 de 7</b> |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **Declaración de la política**

La política de St. Joseph's/Candler Health System (SJ/C) consiste en determinar la capacidad económica de los pacientes para pagar los servicios que presta SJ/C en el momento de la prestación del servicio o con anterioridad. Este proceso asegurará que los pacientes reciban la educación adecuada en cuanto a su responsabilidad financiera y que SJ/C maximice el cobro de los saldos residuales de los pacientes. Para ello, exigimos que los profesionales independientes con licencia (LIP) que ejercen en SJ/C clasifiquen las órdenes de servicios como de emergencia, urgentes o electivas. Esta designación ayudará a tomar decisiones financieras con respecto a la prestación de servicios.

Los servicios de atención médica en situaciones de emergencia se proporcionarán a los pacientes independientemente de su capacidad de pago y aquellos que califiquen serán elegibles para recibir asistencia financiera. No negaremos atención de emergencia a ningún paciente por su capacidad de pago, raza, color, religión, credo, sexo, origen nacional, edad, discapacidad o identidad o expresión de género. Los criterios serán los mismos que los establecidos en las leyes y reglamentos de la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA, por sus siglas en inglés). En el caso de los servicios urgentes y STAT, SJ/C determinará la responsabilidad financiera del paciente antes de prestar el servicio y solicitará al paciente o al responsable de pago que efectúe el pago correspondiente o establezca un acuerdo de pago aceptable antes de recibir los servicios. Los pacientes que soliciten servicios electivos deberán pagar la parte que les corresponda en el momento de recibir el servicio. Si el monto adeudado lo requiere, podrán combinar un pago en el momento de la atención con un plan de pago, lo que les permitirá cumplir con los requisitos financieros para recibir la atención.

### **Definición de términos**

**Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés):** monto que se utiliza para determinar los cargos aplicables a los pacientes *sin seguro*. No cobraremos a los pacientes sin seguro un monto superior al de los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes con cobertura de seguro por la misma atención. Para calcular los AGB, SJ/C utiliza el método retroactivo. El método retroactivo utiliza datos de Medicare y de aseguradoras médicas privadas basados en el año fiscal de 12 meses anterior para determinar el porcentaje de AGB aplicado. El paciente puede consultar sin cargo el porcentaje de AGB que utilizó SJ/C y el método mediante el cual se determinó en el departamento de Servicio al Cliente. Puede comunicarse con Servicio al Cliente al 912-819-8455 o al 800-374-7054.

**Optativa:** servicio que es beneficioso para el paciente, pero que no se considera urgente y

se puede programar con anticipación. Los servicios electivos pueden ser para una mejor calidad de vida, pero no son afecciones médicas que pongan en riesgo la vida. En algunos casos, puede ser para servicios que tratan una afección médica grave.

**De emergencia:** el servicio se necesita de inmediato debido a una lesión o enfermedad repentina. Algunos ejemplos incluyen dificultad para respirar, sospecha de ataque cardíaco, hemorragia descontrolada o posible derrame cerebral.

**Reembolso esperado :** el monto cobrable estimado por los servicios prestados, calculado a la suma del reembolso permitido por el pagador en virtud de los acuerdos contractuales correspondientes y la responsabilidad del paciente, neto de todos los ajustes contractuales y las reducciones de precios conocidas.

**Descuento en virtud de la Política de ayuda financiera (FAP, por sus siglas en inglés):** porcentaje de descuento sobre el saldo de la cuenta del paciente basado en su capacidad de pago.

**Asesores financieros:** los compañeros de trabajo de SJ/C que aseguran el pago de deducibles, coseguros y otros saldos estimados de pago por cuenta propia, brindan asistencia a aquellos que no pueden pagar ayudando a los pacientes a postularse a programas como; Mercado de seguros, Medicaid, Cancer State Aid, COBRA, programas de copago, fundaciones, programas de reemplazo de medicamentos, y proporcionar orientación con la FAP.

**Asegurado:** condición de un paciente que cuenta con un seguro o cobertura de terceros que paga la totalidad o una parte de los cargos brutos del paciente por los servicios médicos.

**Profesional médico independiente con licencia (LIP, por sus siglas en inglés):** es el médico o cualquier otra persona autorizada por la ley y por el hospital para proporcionar atención y servicios sin dirección ni supervisión, dentro del ámbito de la licencia de la persona y de conformidad con los privilegios clínicos otorgados individualmente.

**Descuento por pago puntual:** descuento del 5 % sobre el saldo de la cuenta de pago personal del paciente (incluidos los copagos o deducibles) si se paga en su totalidad en el plazo de 30 días desde la fecha de liquidación. Este descuento es un ajuste administrativo y no se considera ayuda financiera.

**Descuento de pago personal:** porcentaje de descuento sobre el saldo de la cuenta de pago personal de un paciente basado en su condición de no asegurado. Los pacientes sin seguro son elegibles para un descuento del 85 % en el pago por cuenta propia según el AGB más reciente.

**STAT:** servicios ordenados por un LIP que deben realizarse sin demora.

**Seguro insuficiente:** pacientes que están cubiertos por planes con deducibles altos o que el saldo restante del paciente es mayor de lo que el paciente puede pagar.

**No asegurado:** condición de un paciente que no cuenta con una cobertura de seguro o de un tercero que no reúne los requisitos para Medicaid u otra ayuda financiera estatal. También se podrá clasificar a un paciente como “no asegurado” si tiene seguro pero la aseguradora se niega a pagar los servicios médicos prestados por determinados motivos, como una condición preexistente, el uso de proveedores fuera de la red, etc.

**Urgente :** enfermedad o lesión inesperada que requiere atención médica inmediata. La afección puede poner en riesgo la vida. Algunos ejemplos son la apendicitis aguda y el traumatismo.

### **Procedimiento:**

SJ/C proporcionará servicios de emergencia a todos los pacientes. Una vez que se cumplan los requisitos de EMTALA, SJ/C solicitará el pago de cualquier monto de deducible o coseguro antes de que el paciente sea dado de alta.

La autorización financiera se utilizará para cualquier paciente que pague por cuenta propia o que tenga cobertura de un solo plan de seguro. Los pacientes que están cubiertos por Medicaid, Indemnización laboral o por dos planes de seguro no serán evaluados a menos que el servicio proporcionado no esté cubierto por su plan de seguro.

La atención posterior al alta del paciente hospitalizado para ciertas personas con frecuencia incluye, entre otros, atención médica en el hogar, clínica de cuidado de heridas y fisioterapia para servicios ambulatorios continuos y se considerarán necesarios desde el punto de vista médico. Estas personas figuran como Medicaid pendientes, Good Sam, St. Mary's u organizaciones benéficas aprobadas y se considerarán autorizadas para su autorización financiera.

Para toda la atención que no sea de emergencia brindada a los pacientes, se proporcionará un estimado basado en los servicios que se prestarán y cualquier costo de bolsillo, incluidos deducibles, copagos o coseguro.

SJ/C **solicita el pago** del deducible, los copagos y los montos correspondientes al coseguro por todos los servicios urgentes que presta a los pacientes, excepto a aquellos que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera de conformidad con la **Política de Facturación, Cobranza y Asistencia Financiera (Política Administrativa n.º 1220-A)**.

SJ/C **requiere el pago** de cualquier deducible, copago o montos de coseguro restantes para cualquier servicio considerado Electivo por el LIP que prescribe el paciente.

En el caso de los servicios quirúrgicos electivos, los pacientes deben contar con el visto bueno financiero al momento de la preinscripción o tres (3) días antes del servicio. Las cuentas se consideran financieramente autorizadas para proceder una vez que se haya satisfecho el 50 % del reembolso esperado, lo que incluye cualquier combinación de autorización previa del seguro y pagos al paciente. Cualquier saldo restante de los pacientes deberá transferirse a un plan de pago. Los pacientes que no estén dispuestos a hacer su

depósito o establecer un plan de pago, serán remitidos de nuevo para una reprogramación hasta que se les pueda autorizar financieramente.

Los pacientes que deseen apelar la determinación electiva pueden hacerlo comunicándose con la Oficina de Asuntos Médicos al 912-819-6670 o al 912-829-3338.

Excepto donde lo prohíba la ley o el contrato, SJ/C buscará el paciente/garante para el pago total o la autorización financiera como se define a continuación en todas las cuentas. Un folleto en el que se describen las pautas de pago de SJ/C está disponible para los pacientes y los LIP.

#### A. Autorización financiera

La autorización financiera se define como que el paciente/garante hace arreglos financieros satisfactorios para el pago de los montos estimados de deducible/coseguro del paciente, como se describe a continuación:

##### Servicios electivos

| <b>Asegurado</b>                                                                                                                                                                    | <b>Sin seguro</b>                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se cubre un mínimo del 50 % del reembolso esperado con cualquier combinación de autorización previa y pago por paciente. Debe abonarse tres (3) días antes del servicio programado. | El descuento de pago por cuenta propia del 85% está disponible para los servicios                                                                             |
| 5 % de descuento adicional por pronto pago si se paga toda la responsabilidad del paciente antes del servicio.                                                                      | Los pacientes serán evaluados para Medicaid u otros programas estatales y, si se determina que son elegibles, se les considerará financieramente autorizados. |
| Si no se paga el resto de la responsabilidad del paciente, se debe establecer un plan de pago para el saldo antes de proceder con los servicios programados.                        | Si no puede pagar el monto total, deberá establecer un plan de pago.                                                                                          |

##### Servicios de urgencia

| <b>Asegurado</b>                                                                                                                                   | <b>Sin seguro</b>                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Se cubre un mínimo del 50 % del reembolso previsto con cualquier combinación de autorización previa y pago del paciente, por momento del servicio. | El descuento de pago por cuenta propia del 85% está disponible para los servicios |
| 5 % de descuento adicional por pronto pago si se paga toda la responsabilidad del paciente antes del servicio.                                     | Sin descuentos adicionales                                                        |
| Si no puede pagar el monto total, deberá establecer un plan de pago.                                                                               | Si no puede pagar el monto total, deberá establecer un plan de pago.              |

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se puede completar una Solicitud de Asistencia Financiera. (El formulario #FN40111 encuentra en el repositorio de formularios). Si aprobamos la solicitud de asistencia financiera, consideraremos saldada la responsabilidad financiera del paciente. | Los pacientes serán evaluados para Medicaid u otros programas estatales y, si se determina que son elegibles, se les considerará financieramente autorizados.                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                        | Si no son elegibles para Medicaid u otros programas, a los pacientes se les proporcionará una Solicitud de Asistencia Financiera (el formulario #FN40111 se encuentra en el Repositorio de Formularios). Si aprobamos la solicitud de asistencia financiera, consideraremos saldada la responsabilidad financiera del paciente. |

En el caso de los servicios programados, los pacientes con un historial de deudas incobrables deberán pagar la responsabilidad estimada en su totalidad y antes de recibir el servicio. Además, se realizarán intentos de cobro en cuentas anteriores con deudas incobrables.

Recibir autorización financiera para los servicios de ninguna manera impide que el paciente sea responsable de cualquier saldo restante después de los procesos del seguro o si el paciente solo se considera elegible para un descuento parcial de Asistencia Financiera.

Los pacientes que busquen servicios electivos serán elegibles para Asistencia Financiera si se consideran necesarios desde el punto de vista médico, conforme a la **Asistencia Financiera (Política administrativa #1220-A)**.

#### B. Servicios programados

Los servicios programados se definirán como servicios urgentes u electivos que se programan al menos 48 horas antes del momento del servicio. Se calculará y comunicará al paciente una estimación de la responsabilidad del paciente basada en los cargos promedio por servicio y la cobertura de beneficios del seguro individual. Los pacientes deben recibir autorización financiera antes de que se presten los servicios.

Para todos los servicios programados, los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente deberán participar en una entrevista/evaluación de asistencia financiera. Esta entrevista se llevará a cabo en el momento de la derivación del médico y antes del tratamiento. La elegibilidad para la cobertura y la asistencia del programa se determinará durante la entrevista de asistencia financiera. Se requiere que el paciente cumpla con la inscripción en la cobertura elegible y la asistencia del programa (incluye proporcionar toda la documentación requerida) para que se considere financieramente autorizado para el servicio.

Para los programas de tratamiento en curso, antes de que el paciente sea aceptado en el

tratamiento, se requiere el pago por los servicios de diagnóstico. Este pago se basará en la estimación del paciente por los servicios de diagnóstico. Se proporcionará un presupuesto completo del tratamiento, una vez que se establezca el plan de tratamiento. Los pacientes sin seguro o que tengan cobertura única (excluyendo Medicaid) deberán cumplir con el proceso de asesoramiento financiero y autorización antes del tratamiento.

C. Servicios no programados

Los servicios no programados se definirán como aquellos que no requieren programación o que se programan con menos de 48 horas hábiles de anticipación al momento del servicio. El personal de acceso al paciente proporcionará la responsabilidad estimada del paciente por servicios no programados en el momento del servicio. Para servicios de urgencia no programados, se solicitará el pago total del monto estimado adeudado o se requerirá que se autorice financieramente al paciente antes de que se le presten los servicios. Se reconoce que en estos casos, el asesoramiento financiero por adelantado no siempre es posible; Por lo tanto, el servicio puede retrasarse hasta que el paciente reciba una autorización financiera. Para los servicios electivos no programados, se requiere el pago total del monto estimado antes de que se presten los servicios o se diferirá el servicio. El pago total se puede definir como una combinación del pago inicial y el cumplimiento de los términos apropiados de un plan de pago con el fin de alcanzar el 50% de la estimación requerida para que los servicios se presten.

D. Asesor financiero

Los pacientes pueden comunicarse con los asesores financieros llamando a cualquiera de los números de teléfono que se indican a continuación:

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| St. Joseph's Hospital  | 912-819-3840 |
| Candler Hospital       | 912-819-5083 |
| SJ/C Oncology Services | 912-819-5838 |

Se tomará una determinación de autorización financiera tan pronto como sea factible hacerlo. Puede ser necesario posponer los servicios hasta que el paciente reciba el visto bueno financiero.

E. Opciones de pago

Se aceptan pagos con cheque, tarjeta de débito o tarjeta de crédito. SJ/C acepta tarjetas Visa, MasterCard, American Express y Discover. La deducción de nómina está disponible para los compañeros de trabajo que reciben servicios.

F. Cuentas de compañeros de trabajo

Las cuentas de los pacientes compañeros de trabajo se manejarán de manera consistente con las expectativas financieras de cualquier paciente de SJ/C. Además, los compañeros de trabajo pueden utilizar la deducción de nómina como una opción de pago alternativa

para los servicios de urgencia. Si un compañero de trabajo elige utilizar la deducción de nómina, será responsable de completar un formulario de deducción de nómina para cualquier cuenta nueva o adicional antes de que se presten los servicios. Las deducciones de nómina de los compañeros de trabajo deben establecerse siguiendo las pautas de pago mensual indicadas anteriormente, reteniendo cada dos semanas.

## RESPONSABILIDAD DE LA INTERPRETACIÓN

El director de Servicios Financieros para Pacientes será el responsable de la interpretación de esta Política.

Aprobado:



---

Fecha de implementación original: 22/2/2017

Próxima fecha de revisión: 10/07/2029

Departamento/Comité de origen: cuentas del paciente

Revisado: 17/03, 17/07, 19/03, 24/07, 26/06

Revisado: 17/03, 17/07, 19/03, 24/07, 26/06

Rescindido:

Número de la política anterior:

---

***Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para conocer la versión más reciente.***