

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

**\*Para este documento, Beaumont Health incluye a:**

Beaumont Hospital, Dearborn  
 Beaumont Hospital, Farmington Hills  
 Beaumont Hospital, Grosse Pointe  
 Beaumont Hospital, Royal Oak  
 Beaumont Hospital, Taylor  
 Beaumont Hospital, Trenton  
 Beaumont Hospital, Troy  
 Beaumont Hospital, Wayne  
 Beaumont Medical Group

## I. PROPÓSITO Y OBJETIVO:

Esta Política establece las acciones que se pueden tomar con respecto a la facturación y la cobranza de los cargos por los servicios y artículos proporcionados a los pacientes de los Hospitales de Beaumont Health y Beaumont Medical Group, incluyendo las acciones de facturación y cobranza de los proveedores que prestan servicios para Beaumont Health.

Esta Política hace referencia a dichos hospitales colectivamente como los "Hospitales Beaumont" o los "Hospitales", e individualmente como un "Hospital Beaumont" o el "Hospital".

Esta Política también describe el proceso y los márgenes de tiempo que Beaumont Health aplica a las acciones de cobranza que lleva a cabo, incluyendo los Esfuerzos Razonables necesarios que debe realizar un Hospital para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera en conformidad con la [Asistencia financiera](#) de los Hospitales de Beaumont Health previamente a participar en cualquier acción de cobranza extraordinaria en contra de la persona.

La presente Política tiene la intención de satisfacer los requisitos de la Sección 501(r)(6) del Código de Rentas Internas de 1986, en su versión modificada, que impone ciertos requisitos a los Hospitales con respecto a las actividades de facturación y cobranza, en lo que concierne a los pacientes que califican para recibir asistencia financiera en conformidad con la Política de Asistencia Financiera del Hospital (FAP, *por sus siglas en inglés*).

Las palabras en mayúscula utilizadas en esta Política y que no se definen de otra manera tienen los significados establecidos en la Sección II, que se encuentra a continuación.

## II. DEFINICIONES:

**A. Plazo de solicitud:** es el periodo durante el cual Beaumont Health debe aceptar y procesar la Solicitud de Asistencia Financiera (como se define en la FAP). El Plazo de Solicitud comienza en la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta por la atención, posterior al alta, y finaliza después de 240 días posteriores. (En ciertas circunstancias, como se describe en esta Política, es posible que se requiera que Beaumont Health acepte y procese una Solicitud de Asistencia

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

Financiera una vez finalizado el Plazo de Solicitud).

**B. Política de Asistencia Financiera (FAP):** la Política de Asistencia Financiera de Beaumont Health que cada Beaumont Hospital y Beaumont Medical Group establece identificar y ofrecer asistencia financiera a los pacientes que necesitan ayuda para pagar sus facturas del hospital.

**C. Acciones de Cobranza Extraordinarias (ECAs, por sus siglas en inglés):** ciertos tipos de actividades de cobro, como lo define el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Tesoro de los EE.UU., que un hospital pudiera tomar en contra una persona con el fin de obtener el pago de la atención, únicamente después de que se hayan realizado los Esfuerzos Razonables para determinar si dicha persona es elegible para recibir Asistencia Financiera en conformidad con la Política de Asistencia Financiera del Hospital.

Las ECAs incluyen:

- Vender la deuda de un individuo a otra parte (con algunas excepciones que se especifican en las reglamentaciones).
- Proporcionar información adversa sobre el individuo a una agencia de informes de crédito al consumidor o a una agencia de informes crediticios.
- Acciones que requieren un proceso legal o judicial, que incluyen, sin limitarse a: colocar un derecho de retención sobre la propiedad de un individuo (con las excepciones que se establecen a continuación), ejecutar una hipoteca sobre los bienes inmuebles de un individuo, iniciar una acción civil contra un individuo, causar el arresto de un individuo, haciendo que esté sujeto a un recurso de orden de arresto civil, así como el embargo del salario de un individuo.

Las ECAs no incluyen:

- Colocar un gravamen sobre el producto de una sentencia, monto acordado, o compromiso que se adeude a un individuo (o a su representante) como resultado de lesiones personales por las cuales el Hospital brindó la atención.
- Referir la cuenta de un paciente a una agencia de cobranza para que esta pueda escribir cartas, hacer llamadas telefónicas, o participar en otras actividades de cobranza que no se identifican como ECA en la lista anterior.
- Presentar una demanda en un procedimiento de bancarrota.

**D. Período de Notificación:** es el período durante el cual Beaumont Health debe realizar los Esfuerzos Razonables para notificar al paciente acerca de la FAP y la posible disponibilidad de asistencia financiera en virtud de esta. El Período de Notificación comienza en la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta por la atención, posterior al alta, y finaliza después de 240 días posteriores

**E. Esfuerzos Razonables:** son las acciones que debe tomar Beaumont Health para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera antes de participar en cualquier ECA con el fin de obtener el pago de la atención, de conformidad con las reglamentaciones del Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Tesoro de los EE. UU., y como se establece en detalle en la Sección III.C de la presente Política.

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración,</b> <b>Ciclo de ingresos</b>

### III. PROCEDIMIENTOS:

#### A. Prácticas de Facturación

##### 1. Facturación del Seguro

- a. Para los pacientes asegurados, cada Beaumont Health facturará a los pagadores de terceros correspondientes, en base a la información proporcionada o verificada por el paciente de manera oportuna.
- b. En caso de que una reclamación sea denegada o no procesada por un tercero pagador, debido a un error por parte o en representación de Beaumont Health, este último no facturará al paciente ningún monto que exceda el monto que el paciente hubiera adeudado si el pagador hubiera pagado la reclamación.
- c. En caso de que una reclamación sea denegada (o no procesada) por un pagador, debido a factores que estén fuera del control de Beaumont Health, este hará un seguimiento con el pagador y el paciente, según corresponda, para facilitar la resolución de la reclamación. Si la resolución no ocurre posteriormente a un seguimiento prudente, el centro de salud puede facturar al paciente o tomar otras medidas consecuentes con las leyes aplicables y los requisitos contractuales.

##### 2. Facturación al Paciente

- a. A los pacientes que no cuentan con un seguro se les facturará directamente y de manera oportuna, y recibirán un estado de cuenta como parte del proceso de facturación normal de Beaumont Health.
- b. Para los pacientes asegurados, después de que las reclamaciones hayan sido procesadas por terceros pagadores, Beaumont Health facturará a los pacientes de manera oportuna por los montos de los pasivos respectivos de los pacientes, según lo determinen los beneficios de seguro aplicables.
- c. Un paciente puede solicitar un estado de cuenta detallado de su cuenta en cualquier momento.
- d. En caso de que un paciente manifieste una controversia en lo referente a su cuenta y solicite la documentación con respecto a la factura, Beaumont Health le proporcionará la documentación solicitada por escrito en un plazo de 30 días (si es posible).
- e. Beaumont Health puede aprobar los arreglos del plan de pago para un paciente que indique que puede tener dificultades para pagar el saldo en una sola exhibición.
- f. Beaumont Health ofrece varias formas para que las personas paguen los montos adeudados y acepta efectivo, VISA, MasterCard, Discover, American Express, y cheques personales. Las opciones de pago adicionales se encuentran disponibles en base a las circunstancias personales y se coordinarán de manera individual. Para obtener más información, las personas pueden comunicarse con un Representante de Servicio al Cliente al (248) 577-9600.
- g. Beaumont Health no está obligado a aceptar un convenio de pago iniciado por el paciente y, con sujeción a las demás disposiciones de la presente Política, puede remitir una cuenta a una agencia de cobranza si el paciente no está dispuesto a realizar convenios de pago aceptables o ha incumplido con un plan de pago establecido.

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración,</b> <b>Ciclo de ingresos</b>

### 3. Notificaciones requeridas en todos los Estados de Cuenta

Beaumont Health proporcionará una notificación claramente visible, por escrito, en cada uno de los estados financieros, a todos los pacientes que reciban atención del Hospital y a quienes se les facture por dicha atención, para informar al receptor sobre la disponibilidad de asistencia financiera en conformidad con la FAP del Hospital y que incluye el número de teléfono de la oficina del Hospital facultada para proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud de la misma, así como la dirección directa del sitio web donde se pueden obtener copias de la FAP, la Solicitud de Asistencia Financiera y un resumen en lenguaje sencillo de la FAP.

## B. Prácticas de Cobranza

### 1. Actividades Generales de Cobranza

- a. Beaumont Health y los terceros que actúen en su representación pueden comunicarse con las personas por escrito y por teléfono con respecto a los estados de cuenta vencidos.
- b. Beaumont Health puede remitir la cuenta vencida de un individuo a un tercero para su cobro en su representación. Beaumont Health puede referir la cuenta de una persona para su cobro únicamente cuando:
  - Existe un fundamento razonable para considerar a la persona como deudor de la deuda.
  - Todos los terceros pagadores han sido facturados correctamente, y la deuda restante es responsabilidad financiera de la persona. Beaumont Health no facturará a un paciente ninguna cantidad que una compañía de seguros esté obligada a pagar.
  - Beaumont Health no remitirá una cuenta para su cobro mientras una reclamación sobre la cuenta aún esté pendiente en lo que respecta al pago a terceros. No obstante, Beaumont Health puede clasificar una reclamación como "denegada", en caso de que dicha reclamación permanezca en modo "pendiente" por un tiempo excesivo a pesar de los esfuerzos realizados para facilitar la resolución.
  - Beaumont Health no remitirá una cuenta para su cobro en el caso de que un tercero haya denegado la reclamación debido a un error de facturación del Hospital. No obstante, Beaumont Health todavía puede remitir la parte de responsabilidad del paciente de cualquier reclamación para su cobranza, si permanece impaga, de acuerdo con la ley aplicable y los requisitos contractuales.
  - Beaumont Health no remitirá una cuenta para su cobro cuando la persona haya solicitado asistencia financiera en conformidad con la Política de Asistencia Financiera y la Oficina Administrativa no haya notificado aún a la persona sobre su determinación con respecto a su elegibilidad para recibir asistencia financiera (siempre que la persona haya cumplido con todos los requisitos aplicables que se establecen en la Política de Asistencia Financiera, incluyendo, sin limitarse a, los que se relacionan con los Plazos de Solicitud y que requieren de la cooperación y las respuestas para las solicitudes de información).

### 2. Uso limitado de ECAs. Responsabilidad del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

Beaumont Health no puede participar en una ECA en una persona durante por lo menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital proporcione a la persona el primer estado de cuenta por la atención, posterior al alta. Adicionalmente, está estrictamente prohibido uso de cualquier ECA para cobrar una deuda que un individuo tenga con Beaumont Health, a menos que se hayan realizado los Esfuerzos Razonables (como se describe en la Sección III., C., más abajo) para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera en conformidad con la FAP.

El Departamento de Servicios Financieros del Paciente tendrá la autoridad final, así como la responsabilidad, para determinar los Esfuerzos Razonables que se hayan llevado a cabo para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera en conformidad con la FAP. Antes de que una cuenta pueda ser remitida a una agencia de cobranza, el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente debe haber determinado que se han realizado los Esfuerzos Razonables para evaluar la elegibilidad de la persona para recibir asistencia financiera.

### C. Esfuerzos Razonables: previamente a iniciar una ECA

Esta Sección III., CIII.C especifica las acciones que deben tomarse en diversas situaciones para considerar que Beaumont Health ha realizado los Esfuerzos Razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera en conformidad con la FAP, y previamente a que Beaumont Health pueda participar en cualquier ECA en contra de una persona.

#### 1. Si una persona ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa y se determina que no es elegible para recibir asistencia financiera

Si una persona ha remitido una Solicitud de asistencia financiera completa, y el Hospital ha determinado que dicha persona no es elegible para recibir asistencia financiera con respecto a un episodio de atención en particular, entonces, el Hospital está obligado a tomar ninguna otra acción antes de participar en una o más ECAs con la finalidad de cobrar la deuda relacionada con dicho episodio de atención.

No obstante, un hospital no puede determinar presuntamente (es decir, en base a la información proporcionada por una fuente que no sea la persona) que una persona no califica para recibir asistencia financiera.

#### 2. Si una persona ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa y se determina que es elegible para recibir asistencia financiera en un monto menor al 100%

En caso de que una persona haya remitido una Solicitud de Asistencia Financiera completa, y el Hospital haya determinado que la persona es elegible para asistencia financiera por un monto inferior al 100% con respecto a un episodio de atención en particular, entonces el Hospital no está obligado a tomar ninguna otra medida acción adicional antes de participar en una o más ECAs con la finalidad de cobrar la deuda relacionada con ese episodio de atención.

Si el Hospital ha determinado presuntamente (es decir, en base a la información proporcionada por una fuente que no sea la persona) que la persona califica para recibir menos del 100% de asistencia financiera, el Hospital debe cumplir con los procedimientos

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

que se establecen en la Sección III, C.

**3. Si una persona ha sido presuntamente determinada como elegible para recibir asistencia financiera en un monto menor al 100%**

En caso de que un Hospital determine que una persona es elegible para recibir asistencia financiera por la atención brindada por este, con fundamento en información diferente a la proporcionada por la persona, o en una determinación de elegibilidad de la FAP previa, y si presuntamente se determina que la persona es elegible para recibir un monto menor a la asistencia más generosa disponible en conformidad con la FAP, entonces antes de participar en cualquier ECA contra la persona con respecto la deuda contraída, el Hospital debe:

- a. Notificar a la persona en lo referente a la base para la determinación de elegibilidad de la presunta asistencia financiera y la manera de solicitar una asistencia más generosa disponible en conformidad con la FAP;
- b. Otorgar a la persona un período de tiempo razonable en función de las circunstancias particulares para que solicite una asistencia más generosa antes de participar en cualquier ECA para obtener el monto descontado que se adeuda por la atención;
- c. Si la persona remite una Solicitud de Asistencia Financiera completa pretendiendo obtener una asistencia más generosa al final del Plazo de Solicitud o, más adelante, al final del "período razonable" al que se hace referencia en la Sección III. C, 3b, que se menciona anteriormente, con la finalidad de solicitar una asistencia más generosa, debe determinar si la persona es elegible para un ajuste de atención de caridad más generoso, así como notificar a la persona por escrito sobre dicha determinación de elegibilidad (incluyendo, en caso de que corresponda, la asistencia para la cual la persona es elegible) y el fundamento que se consideró para llegar a dicha determinación.
- d. En caso de que la persona remita una Solicitud de Asistencia Financiera completa con el fin solicitar asistencia más generosa durante el período de tiempo descrito en la Sección III.C.3(c), antes mencionada, y se determine que califica para recibir una asistencia más generosa, además de cumplir con los requisitos de la Sección III. C., 3c, antes mencionada, el Hospital también debe:
  - (1) En caso de que se determine que la persona es elegible para recibir asistencia diferente a la atención gratuita, se debe proporcionar a la persona un estado de cuenta que indique el monto que adeuda por la atención como una persona elegible para recibir asistencia financiera, cómo se determinó dicho monto y cómo este determina o describe de qué manera la persona puede obtener información con respecto a los Montos Normalmente Facturados (AGB, *por sus siglas en inglés*), según se define en la FAP, para la atención.
  - (2) Reembolsar a la persona cualquier monto que haya pagado por la atención (ya sea al Hospital o cualquier otra parte a la que el Hospital haya remitido la deuda de la persona por la atención) que exceda el monto que se determina que la persona es personalmente responsable de pagar, como individuo elegible para la asistencia financiera, a menos que el monto excedente sea menor a \$5 (o sea establecido mediante una notificación u otra instrucción publicada por el Servicio de



<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

Impuestos Internos o el Departamento del Tesoro de los EE.UU. en un Boletín de Ingresos Internos).

**4. Si un individuo no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa y no se ha determinado presuntamente que califica para recibir asistencia financiera**

En lo que respecta a la atención brindada por Beaumont Health a una persona que no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa y que no se ha determinado presuntamente que califica para algún nivel de asistencia financiera, el Hospital, en un plazo de por lo menos 30 días previamente a iniciar una o más ECAs con la finalidad de obtener el pago por la atención, hará lo siguiente:

- a. Proporcionar a la persona una notificación por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles, identificando cada ECA que el Hospital (u otra parte autorizada) tenga la intención de iniciar para obtener el pago de la atención, y estableciendo una fecha límite después de la cual dichas ECAs se pueden iniciar, de tal manera que no inicien antes de los 30 días posteriores a la fecha de la notificación por escrito.
- b. Proporcionar a la persona un resumen de la FAP en lenguaje sencillo, que contenga la notificación por escrito que se describe en la Sección III, C 4 a, que se menciona anteriormente.
- c. Hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la persona acerca de la FAP del Hospital y de cómo puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de la FAP.
- d. En el caso de una persona que remita una Solicitud de Asistencia Financiera incompleta antes de que el Plazo de Solicitud finalice o al final del período de notificación de 30 días que se menciona en la Sección III.C.4.a, el Hospital debe notificar a la persona acerca de cómo completar la Solicitud de Asistencia Financiera y ofrecerle una oportunidad razonable para hacerlo. El Hospital proporcionará a la persona una notificación por escrito que describa la información o documentación adicional que se requiere en conformidad con el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera o FAP que se debe presentar para completar la Solicitud de Asistencia Financiera, y que incluye el número de teléfono de contacto y la ubicación física de la oficina del Hospital facultada para proporcionar información sobre la FAP, así como asistencia para el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera.
- e. En el caso de una persona que presente una Solicitud de Asistencia Financiera completa antes del final del Plazo de Solicitud o del final del Período de Notificación de 30 días al que se hace referencia en la Sección III., C, 4a, determinar si la persona es elegible en conformidad con la FAP para recibir asistencia financiera para la atención y notificar a la persona por escrito sobre dicha determinación de elegibilidad (incluyendo la asistencia para la cual el individuo es elegible, si corresponde), así como el fundamento para dicha determinación. Si el Hospital determina que la persona es elegible para recibir asistencia financiera para la atención, este:
  - (1) En caso de que se determine que la persona es elegible para recibir asistencia diferente a la atención gratuita, el Hospital debe proporcionar a la persona un estado de cuenta que indique el monto que esta adeuda por la atención como

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

persona elegible para recibir asistencia financiera, cómo se determinó dicho monto y cómo este determina o describe de qué manera la persona puede obtener información con respecto a los AGB (según se define en la FAP) para la atención.

- (2) Debe reembolsar a la persona cualquier monto que haya pagado por la atención (ya sea al Hospital o cualquier otra parte a la que el Hospital haya remitido la deuda de la persona por la atención) que exceda la cantidad que se determina que la persona es personalmente responsable de pagar como individuo elegible para recibir asistencia financiera, a menos que el monto excedente sea menor a \$5 (o sea establecido mediante una notificación u otra instrucción publicada por el Servicio de Impuestos Internos o el Departamento del Tesoro de los EE.UU. en un Boletín de Ingresos Internos).

Estos requisitos aplican incluso si la ECA se inicia hasta después del final del Plazo de Solicitud.

#### **D. Esfuerzos Razonables: posteriormente a que una ECA haya sido iniciada**

Esta Sección III D, especifica las acciones que deben tomarse en diversas situaciones *después* de que se haya iniciado una ECA en contra una persona para que Beaumont Health haya realizado los Esfuerzos Razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera en conformidad con la FAP.

##### **1. Si un individuo remite una Solicitud de Asistencia Financiera completa durante el Plazo de Solicitud y posteriormente a que se haya iniciado una ECA**

En caso de que una persona remita una Solicitud de asistencia financiera completa durante el Plazo de Solicitud y después de que se hayan iniciado una o más ECAs en contra de dicha persona, el Hospital:

- a. Suspenderá las ECAs (es decir, no iniciará o tomará medidas adicionales en cualquier ECA previamente iniciada) contra la persona para obtener el pago de la atención.
- b. Determinará si la persona es elegible en conformidad con la FAP para recibir asistencia financiera para la atención y notificará a la persona por escrito en lo concerniente a dicha determinación de elegibilidad (incluyendo la asistencia para la cual el individuo es elegible, si corresponde), así como el fundamento para dicha determinación.
- c. En caso de que el Hospital determine que la persona es elegible para recibir asistencia financiera para la atención, el Hospital debe:
  - (1) En caso de que se determine que la persona es elegible para recibir asistencia que no sea atención gratuita, el Hospital debe proporcionar a la persona un estado de cuenta que indique el monto que esta adeuda por la atención como persona elegible para recibir asistencia financiera, cómo se determinó dicho monto y cómo este determina o describe de qué manera la persona puede obtener información sobre los AGB (según se define en la FAP) para la atención.
  - (2) Reembolsar a la persona cualquier monto que haya pagado por la atención (ya sea al Hospital o cualquier otra parte a la que el Hospital haya remitido la deuda de la persona por la atención) que exceda al monto que se determina que la persona es personalmente responsable de pagar como individuo elegible para la asistencia financiera, a menos que el monto excedente sea menor a \$5 (o sea establecido



<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración,</b> <b>Ciclo de ingresos</b>

mediante una notificación u otra instrucción publicada por el Servicio de Impuestos Internos o el Departamento del Tesoro de los EE.UU. en un Boletín de Ingresos Internos).

- (3) Tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA que se haya realizado en contra de la persona con la finalidad de obtener el pago de la atención. Dichas medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, sin limitarse a, medidas para anular cualquier juicio en contra de la persona, suprimir cualquier gravamen o derecho de retención sobre la propiedad de la persona (que no sea un derecho de retención que un Hospital tiene derecho a ejercer en conformidad con la ley estatal sobre el producto de una sentencia, monto acordado, o compromiso que se adeuda a un individuo o su representante, como resultado de las lesiones personales por las cuales el Hospital brindó la atención), así como eliminar del informe de la persona cualquier información adversa que se haya reportado a una agencia de informes del consumidor o a la agencia de informes crediticios.

## 2. Si un individuo remite una Solicitud de Asistencia Financiera completa durante el Plazo de Solicitud y posteriormente a que se haya iniciado una ECA

En caso de que una persona envíe una Solicitud de Asistencia Financiera incompleta durante el Plazo de Solicitud y después de que se hayan iniciado una o más ECAs en contra de dicha persona, el Hospital:

- a. Suspenderá las ECAs (es decir, no iniciará o tomará medidas adicionales en cualquier ECA iniciada previamente) contra la persona para obtener el pago de la atención.
- b. Notificará a la persona acerca de cómo completar la Solicitud de Asistencia Financiera y le otorgará un período de tiempo razonable en función de las circunstancias particulares para hacerlo. El Hospital proporcionará a la persona una notificación por escrito que describa la información o documentación adicional requerida en el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera o de la FAP que se debe presentar para completar la Solicitud de Asistencia Financiera, y que incluye el número de teléfono de contacto y la ubicación física de la oficina del Hospital facultada para proporcionar información sobre la FAP, así como la asistencia con el proceso de la Solicitud de Asistencia Financiera.
- c. En caso de que la persona presente una Solicitud de Asistencia Financiera completa dentro del período de tiempo razonable al que se hace referencia en la Sección III, D 2b, antes mencionada, el Hospital tomará las medidas establecidas en la Sección III D 1 de la presente Política.
- d. En caso de que la persona no responda a las solicitudes de información o documentación adicional y no remita una Solicitud de Asistencia Financiera completa dentro del período de tiempo razonable que se menciona en la Sección III.D.2.b, antes mencionada, el Hospital puede reanudar las ECAs en contra de la persona con la finalidad de obtener el pago de la atención. No obstante, si la persona envía posteriormente una Solicitud de Asistencia Financiera completa durante el Plazo de

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

Solicitud, el Hospital suspenderá nuevamente las ECAs en contra de la persona con la finalidad de obtener el pago de la atención, mientras determina si la persona es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con las disposiciones de la Sección III., D 1 de la presente Política.

#### E. Documentación y Gestión de registros

El Departamento de Servicios Financieros también es responsable de conservar los registros que se relacionan con los requerimientos y solicitudes para la asistencia financiera. El Departamento conservará copias de las notificaciones hechas a los pacientes con respecto a su elegibilidad para recibir asistencia financiera, así como otros registros necesarios para demostrar el cumplimiento de la presente Política por parte de los Hospitales.

#### F. Uso de Agencias de Cobranza

##### 1. Referir una cuenta a una Agencia de Cobranza (sin que exista la venta de la deuda)

Beaumont Health no remitirá la cuenta de una persona a una agencia de cobranza hasta después de que finalice el Período de Notificación. Posteriormente al Período de Notificación, y si el saldo de una cuenta permanece insoluto, la cuenta puede ser remitida a una agencia de cobranza, siempre que el Hospital haya formalizado un convenio legalmente vinculante, por escrito, con la agencia de cobranza en el que:

- Solicite que la agencia de cobranza realice todas las interacciones con las personas de una manera cortés y respetuosa.
- Solicite que la agencia de cobranza opere de acuerdo con la FAP y la presente Política.
- Prohíbe a la agencia de cobranza participar en cualquier ECA en contra de una persona con la finalidad de obtener el pago de la atención, hasta que se hayan realizado los Esfuerzos Razonables descritos en la presente Política para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera para la atención.
- Dispone si una persona envía una Solicitud de Asistencia Financiera posteriormente a la remisión de la deuda, pero previamente al fin del Plazo de Solicitud, la agencia de cobranza suspenderá las ECAs con la finalidad de obtener el pago de la atención como se describe en la presente Política.
- Dispone que, si una persona envía una Solicitud de Asistencia Financiera posteriormente a la remisión de la deuda, pero previamente al fin del Plazo de Solicitud, y se determina que es elegible para recibir asistencia financiera para la atención, la agencia de cobro hará lo siguiente de manera oportuna:
  - Cumplirá con los procedimientos que se especifican en el convenio que garantizan que la persona no paga, y no tiene la obligación de pagar, a la agencia de cobranza y al Hospital conjuntamente un monto mayor al que está obligada a pagar por la atención como persona elegible para recibir asistencia financiera; y
  - En caso de que corresponda y si la agencia de cobranza (en lugar del Hospital) tiene la autoridad para hacerlo, tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA que haya sido tomada en contra de la persona.

<b>Título:</b> <b>Política de facturación y cobranza</b>	<b>*Aplicable para:</b> <b>Beaumont Health</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> <b>09/07/2018</b>
		<b>Fecha de la última revisión periódica:</b> <b>03/03/2020</b>
<b>Propietario de la póliza:</b> <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	<b>Tipo de documento:</b> <b>Póliza</b>	<b>Área funcional:</b> <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

- Exige que la agencia de cobranza, en caso de que esta remita la deuda a otra parte durante el Plazo de Solicitud, obtenga un convenio por escrito de dicha otra parte que incluya todos los elementos que se describen anteriormente.

## 2. Venta de la Deuda

Beaumont Health no venderá la deuda de una persona a un tercero hasta después de que (a) el Plazo de Solicitud con respecto a la deuda haya finalizado y (b) el Hospital haya realizado los Esfuerzos Razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera, como se establece en la Sección III.C, antes mencionada.

## IV. CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE BEAUMONT HEALTH Y LA POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRANZA

Beaumont Health elabora la presente Política de Facturación y Cobranza, la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de la Política de Asistencia Financiera, así como un resumen en lenguaje sencillo de la presente Política de Asistencia Financiera, disponibles en el sitio web de Beaumont Health <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>, en los siguientes idiomas:

- |            |              |
|------------|--------------|
| • Inglés   | • Japonés    |
| • Albano   | • Coreano    |
| • Árabe    | • Polaco     |
| • Chino    | • Ruso       |
| • Alemán   | • Español    |
| • Italiano | • Vietnamita |

Adicionalmente, las copias impresas de esta Política de Facturación y Cobranza, así como la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera, la lista de proveedores cubiertos y no cubiertos, y un resumen en lenguaje sencillo de esta Política de Asistencia Financiera se encuentran disponibles, previa solicitud y sin cargo, en las áreas de admisiones y en el Centro de Emergencias del Hospital y, durante el horario normal de atención, en la oficina de asesoramiento financiero del Hospital citada en el Apéndice A (consultar la pestaña adjunta en la esquina superior derecha).

Los Asesores de Beneficios de Beaumont Health están disponibles para responder preguntas acerca de la asistencia financiera, así como para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de Asistencia Financiera. La ubicación y el número de teléfono correspondiente a la oficina del Asesor de Beneficios de cada Hospital se establecen en el Apéndice A.

## V. COORDINACIÓN CON LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y CÓDIGO DE INGRESOS INTERNOS § 501(r)

Esta Política se interpretará de manera consistente con la FAP y con la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, en su versión modificada, así como las reglamentaciones aplicables.



Título: <b>Política de facturación y cobranza</b>	*Aplicable para: <b>Beaumont Health</b>	Fecha de entrada en vigencia: <b>09/07/2018</b>
		Fecha de la última revisión periódica: <b>03/03/2020</b>
Propietario de la póliza: <b>Vicepresidente del ciclo de ingresos</b>	Tipo de documento: <b>Póliza</b>	Área funcional: <b>Administración, Ciclo de ingresos</b>

**VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN EL ANEXO:** (consulte la pestaña adjunta, en la esquina superior derecha)  
Apéndice A - Oficinas de los Asesores de Beneficios

**AUTORIDAD CORPORATIVA:**

Beaumont Health (BH) como el padre corporativo de William Beaumont Hospital, Botsford General Hospital, y Oakwood Healthcare Inc., (Hospitales Subsidiarios) establece las normas para todas las políticas relacionadas con las operaciones clínicas, administrativas, y financieras de los Hospitales Subsidiarios. Los Hospitales Subsidiarios, que poseen todas las licencias para el centro de salud y las agencias de acuerdo con la ley de Michigan, son las entidades cubiertas y los proveedores de servicios de atención médica bajo la dirección corporativa de BH. Las fuerzas de trabajo de los Hospitales Subsidiarios se designan colectivamente como fuerza laboral de BH en todas las políticas de este.