

FROEDTERT SOUTH, INC.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO
1 de marzo de 2025**PRINCIPIOS**

Es política de Froedtert South, Inc., sus hospitales y centros ambulatorios relacionados, incluidos, entre otros, Froedtert Pleasant Prairie Hospital, Froedtert Kenosha Clinic, Paddock Lake Clinic, Pleasant Prairie Clinic, Prairie Ridge Clinic y Somers Clinic (la "Organización"), garantizar una práctica socialmente justa para facturar a sus pacientes los servicios y la atención que reciben en las instalaciones de la Organización.

OBJETIVO

Establecer pautas generales para la recepción esperada del pago por los servicios proporcionados por la Organización y los Proveedores, y establecer ciertos requisitos que cada hospital y otras instalaciones ambulatorias deben cumplir antes de tomar ciertas acciones de cobro contra personas que pueden ser elegibles para recibir Asistencia Financiera ("Asistencia Financiera") según la Política de Asistencia Financiera de la Organización.

POLÍTICA

La Organización presentará las reclamaciones a Medicare, Medicaid u otros pagadores externos. Cualquier parte no cubierta por el seguro será responsabilidad del Paciente (a efectos de esta Política, el término "Paciente" incluirá, cuando corresponda, a la persona que actúe como garante del pago de la factura de atención médica del Paciente). La responsabilidad financiera final del pago recae en el Paciente.

A ninguna persona se le negará el tratamiento de atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en cada hospital y otras instalaciones para pacientes ambulatorios debido a dificultades financieras demostradas o incapacidad de pago.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, se aplicarán las siguientes definiciones:

- **"501(r)"** significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las reglamentaciones promulgadas conforme a ella.
- **"Monto generalmente facturado" o "AGB"** significa, con respecto a atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, el monto generalmente facturado a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención.
- **"Atención de Emergencia"** significa atención para tratar una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) tal que la ausencia de atención médica inmediata puede resultar en un deterioro grave de

la función corporal, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o poner en grave peligro la salud del individuo.

- **"Atención médicamente necesaria"** significa que la atención se determina como médicamente necesaria, No electivo, necesario para prevenir la muerte o efectos adversos a la salud del paciente, y se basa en la determinación de mérito clínico del médico que lo admitió u otro médico colegiado. Los servicios no considerados médicamente necesarios incluyen, entre otros, procedimientos cosméticos, cirugía bariátrica, medicina complementaria, salud ocupacional y servicios de venta minorista.
- **"Avalista"** se refiere a la persona responsable financieramente de la atención del Paciente. En la mayoría de los casos, el avalista y el Paciente son la misma persona.
- **"Organización"** significa Froedtert South, Inc., sus instalaciones hospitalarias y ambulatorias relacionadas, incluidas, entre otras, Froedtert Pleasant Prairie Hospital, Froedtert Kenosha Clinic, Paddock Lake Clinic, Pleasant Prairie Clinic, Prairie Ridge Clinic y Somers Clinic.
- **"Paciente"** significa aquellas personas que reciben atención de emergencia o atención médicamente necesaria en la Organización.

PROCEDIMIENTOS GENERALES

1. Un paciente que requiera atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria recibirá el tratamiento adecuado. Inmediatamente después de la prestación de los servicios, el paciente, un familiar u otra persona responsable deberá proporcionar toda la información necesaria para identificarlo correctamente y gestionar el pago de todos los servicios médicos.
2. Las personas que requieran atención que no sea de emergencia u otra atención que no sea médicamente necesaria y las personas que busquen servicios electivos deberán realizar arreglos financieros para el pago de la atención médica antes de recibir los servicios.
 - a. Todo paciente que alegue dificultades económicas o incapacidad de pago deberá completar una solicitud para solicitar la consideración de Asistencia Financiera, de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de la Organización. El incumplimiento de los requisitos de la Solicitud de Asistencia Financiera podría resultar en la denegación de servicios, salvo la Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria, o, si se prestan servicios, la Organización podrá exigir el pago de dichos servicios de acuerdo con sus políticas y procedimientos estándar, incluida esta Política, y en cumplimiento con las leyes federales y estatales aplicables.
 - b. Todo paciente con seguro médico u otra cobertura de terceros deberá proporcionar toda la información solicitada para identificar correctamente al paciente/garante y facturar al tercero pagador. La Organización hará todo lo razonablemente posible para verificar la cobertura del plan del paciente para los servicios, la atención y el tratamiento que el paciente espera recibir en la Organización, y la Organización notificará al paciente (o al garante, en nombre

del paciente), con antelación, sobre los servicios que sepa que no están cubiertos. Sin embargo, si el plan del paciente finalmente deniega el pago de los servicios, la atención y el tratamiento proporcionados al paciente, el paciente (o el garante, en nombre del paciente) será responsable de pagar los cargos facturados por dichos artículos, de acuerdo con los descuentos contractuales escritos aplicables y las políticas de asistencia financiera al paciente de la Organización.

- c. Si se recibe una cesión de beneficios, la entidad que presta el servicio aceptará y facturará todos los seguros vigentes. El paciente (o su garante, en nombre del paciente) deberá pagar los deducibles y coaseguros no cubiertos por el seguro. Se les podría solicitar a los pacientes que paguen el deducible, el coaseguro, los copagos o los servicios no cubiertos al momento de programar la cita, al registrarse o después de la prestación de los servicios, al recibir la primera factura, a menos que se establezcan otras formas de pago aceptables.
 - d. Todo paciente que solicite atención médica no urgente u otros servicios de atención no médicamente necesarios que no estén cubiertos por el seguro médico ni por terceros pagadores deberá pagar los cargos estimados menos los descuentos aplicables aplicados por adelantado. Si los cargos reales superan el importe cobrado, se le enviará al paciente una factura por el saldo restante. Si los cargos reales son inferiores al importe cobrado, se le reembolsará el excedente.
3. Los pagos por servicios prestados a los Pacientes son responsabilidad del Paciente (o del Garante, en nombre del Paciente), incluidos aquellos que parecen ser servicios cubiertos por el pagador externo del Paciente.
- a. Se harán esfuerzos razonables para informar al Paciente sobre la responsabilidad financiera que acepta antes de la prestación de los servicios. Se le explicarán los procedimientos de facturación y pago durante la programación o el registro. Siempre que sea posible, se le entregarán al Paciente/Aval los documentos que explican los procedimientos de facturación y cobro antes del ingreso o registro para cirugía ambulatoria.
 - b. Las formas de pago aceptables incluyen seguro, efectivo, cheque y tarjeta de crédito. Estas formas de pago se le explicarán al Paciente antes de registrarse, siempre que sea razonablemente posible. Se espera el pago puntual, salvo que existan circunstancias atenuantes. Salvo lo dispuesto en otra parte de esta Política, se espera que los Pacientes paguen el importe total de su responsabilidad dentro de los 120 días posteriores a la recepción del primer estado de cuenta, que se envía dentro de los 30 días posteriores a la adjudicación final de las reclamaciones (o dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio para Pacientes sin cobertura de seguro), a menos que se acuerde un plan de pago mensual. La Organización puede acordar acuerdos de pago mensuales según el saldo de la cuenta del Paciente. Los pagos no se extenderán más allá de los 18 meses, salvo que existan circunstancias atenuantes. Los acuerdos de pago superiores a los 18 meses deben ser aprobados previamente por el Gerente de Servicios Financieros para Pacientes o su designado. Salvo que lo prohíba esta Política o la ley aplicable, las cuentas con saldos impagos que no estén incluidas en un plan de pago acordado

mutuamente pueden ser derivadas a una agencia de cobranza en cualquier momento.

- c. Los pacientes con preguntas sobre sus facturas pueden contactar a un representante de facturación para que les ayude a investigar o iniciar una revisión de posibles errores de facturación, a solicitar un ajuste de precio o una condonación de deuda según la política del hospital y a establecer un plan de pago. Todas las consultas y solicitudes serán atendidas por un representante de facturación dentro de los 10 días hábiles siguientes a la comunicación del paciente, a menos que se especifique lo contrario.
- d. Los siguientes pacientes serán remitidos a un asesor financiero para ser evaluados en busca de programas gubernamentales potencialmente disponibles:
 - i. Pacientes programados para recibir atención médica que no cuentan con seguro médico.
 - ii. Pacientes programados para recibir servicios electivos como cirugía estética u otros servicios que no están cubiertos por los beneficios del seguro de salud del Paciente.
 - iii. Pacientes sin seguro médico que reciben atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, o que son ingresados en el centro hospitalario.

En caso de que un Paciente no pueda pagar los servicios, la Organización le ayudará a solicitar cualquier fuente de asistencia financiera disponible. Algunos ejemplos son el Programa de Medicaid de Wisconsin (Título XIX), el Fondo de Compensación para Víctimas de Delitos y la inscripción en un plan de seguro disponible a través del Mercado Federal de Seguros Médicos. La negativa del Paciente a cooperar en este esfuerzo puede resultar en la denegación de los servicios, excepto para Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria. Se puede ofrecer asistencia financiera de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de la Organización.

PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN Y COBRO

En conjunción con sus otras prácticas, políticas y procedimientos de facturación y cobro, la Organización deberá seguir los siguientes procedimientos para asegurar el cumplimiento de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, según sus enmiendas, y sus reglamentaciones correspondientes ("Sección 501(r)"); siempre que, en caso de conflicto entre esta Política y cualquier otra práctica, política o procedimiento de la Organización, esta Política prevalecerá a menos que la Organización determine razonablemente que puede seguir la otra práctica, política o procedimiento sin violar la Sección 501(r).

1. La Organización no emprenderá ninguna Acción Extraordinaria de Cobro, según se define a continuación, contra ninguna persona para cobrar el pago de atención médica antes de que la Organización haya realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir Asistencia Financiera según su Política de Asistencia Financiera mediante el uso de una puntuación presuntiva y la revisión de la Solicitud de Asistencia Financiera presentada. Esto también aplica a cualquier otra persona que sea responsable del pago de la factura médica del Paciente por dicha atención.
2. "Acción Extraordinaria de Cobro" o "ACE" se refiere a cualquier acción definida en la Sección 501(r) como acción extraordinaria de cobro. En circunstancias apropiadas, y de

conformidad con la Sección 501(r), la Organización podrá tomar cualquiera o todas las siguientes AEC:

- a. Informar información adversa sobre el individuo a agencias de informes de crédito al consumidor o agencias de crédito;
 - b. Aplazar o denegar, o exigir un pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de un individuo de una o más facturas por atención proporcionada previamente cubierta por la Política de asistencia financiera;
 - c. Acciones que requieren un proceso judicial legal (excepto la colocación de ciertos gravámenes que un hospital tiene derecho a hacer valer según la ley estatal); y
 - d. Embargar el salario de un individuo.
3. Además de las ECA enumeradas anteriormente, la Organización podrá adoptar sus medidas habituales y habituales para obtener el pago, incluidas las siguientes (ninguna de las cuales es una ECA):
- a. Envío de uno o más estados de cuenta o cartas;
 - b. Realizar llamadas telefónicas;
 - c. Consultar personalmente con los pacientes/garantes, ya sea en el momento del servicio, antes o después; y
 - d. Remitir (pero no vender) una deuda a una agencia de cobranza externa.
4. En un esfuerzo por determinar si un Paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera, al menos 30 días antes de iniciar una ECA para obtener el pago de la atención (y sujeto al período de notificación de 120 días provisto en el párrafo 5 a continuación), la Organización:
- a. Notificar al Paciente/Garante sobre la Política de Asistencia Financiera, identificar las ECA que la Organización pretende tomar para obtener el pago y establecer la fecha límite después de la cual se pueden tomar las ECA (que no puede ser inferior a 30 días a partir de la fecha en que se proporciona la notificación al Paciente/Garante);
 - b. Proporcionar al Paciente/Garante un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera con la notificación escrita descrita en el párrafo 4.a anterior; y
 - c. Hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al Paciente/Garante sobre la Política de Asistencia Financiera y sobre cómo él o ella puede solicitar dicha Asistencia Financiera.
5. La Organización no iniciará ninguna ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha en que la Organización entrega el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención.

6. Si una persona presenta una Solicitud de Asistencia Financiera incompleta durante el Período de Solicitud (según se define en el párrafo 12), la Organización le notificará cómo completarla. Se le brindará una oportunidad razonable para completarla y enviarla. Durante este período, la Organización suspenderá cualquier Acción Extraordinaria de Cobro (ACE) que haya iniciado con respecto a la persona y le enviará una notificación por escrito que detalla la información adicional que debe presentar, incluyendo la información de contacto de la Organización donde puede obtener información sobre la Política de Asistencia Financiera y el departamento del hospital que puede brindar asistencia con la Solicitud de Asistencia Financiera.
 - a. Las ECA se suspenderán hasta que la Organización haya determinado si una persona es elegible para recibir Asistencia financiera con base en una Asistencia financiera completa, o si la persona no ha respondido a las solicitudes de información adicional dentro de un período de tiempo razonable dado por la Organización para responder a dichas solicitudes.
 - b. Si una persona presenta posteriormente una solicitud completa durante el Período de solicitud (o, si es posterior, cualquier otro plazo razonable permitido por la Organización), la Organización tomará las medidas establecidas en los párrafos 7.a a 7.e a continuación.
7. Si una persona presenta posteriormente una solicitud completa durante el Período de solicitud (o, si es posterior, cualquier otro plazo razonable permitido por la Organización), la Organización tomará las siguientes medidas de manera oportuna:
 - a. Suspender cualquier ECA que se haya iniciado con respecto al Paciente/ Garante;
 - b. Determinar si el individuo es elegible para recibir Asistencia Financiera y notificar al individuo sobre la determinación y la base de dicha determinación;
 - c. Si la persona es elegible para recibir asistencia financiera además de atención gratuita, entonces proporcionele a la persona un estado de cuenta que especifique el monto que la persona adeuda por la atención médica, cómo se determinó dicho monto e indique cómo la persona puede obtener información sobre los montos generalmente facturados (AGB) por dicha atención médica;
 - d. Reembolsar cualquier monto excedente que el individuo haya pagado sobre el monto por el cual se determina que el individuo es responsable considerando la elegibilidad para Asistencia Financiera (a menos que dicho exceso sea inferior a \$5); y
 - e. Tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA adoptada contra el individuo.
8. Tras la presentación de una Solicitud de Asistencia Financiera completa durante el Período de Solicitud, la Organización:
 - a. Tomar una determinación sobre si la persona califica para recibir asistencia financiera dentro de un plazo de tiempo razonable; y
 - b. Adoptar las medidas previstas en los apartados 7.a a 7.e anteriores.

9. En aquellas circunstancias en las que la Organización crea razonablemente que el individuo puede calificar para Medicaid, la Organización puede posponer la determinación de si el individuo es elegible para recibir Asistencia Financiera bajo la Política de Asistencia Financiera hasta que se haya presentado una Solicitud de Medicaid y se haya tomado una determinación en cuanto a la elegibilidad de dicho individuo para Medicaid.
10. En caso de que la Organización pretenda aplazar, denegar o exigir el pago antes de proporcionar Atención Médicamente Necesaria, según se define en la Política de Asistencia Financiera, debido al impago por parte de un Paciente de una o más facturas por atención médica previamente proporcionada, amparada por dicha Política, se le entregará al Paciente un formulario de solicitud y una notificación por escrito indicando que la Asistencia Financiera está disponible para Pacientes elegibles y la fecha límite, si la hubiera, después de la cual la Organización dejará de aceptar ni procesar la solicitud presentada (o, si corresponde, completada) por el Paciente para la atención médica previamente proporcionada en cuestión. Esta fecha límite no será anterior a treinta (30) días después de la fecha de la notificación por escrito o doscientos cuarenta (240) días después de la fecha en que se presentó el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención médica previamente proporcionada, lo que ocurra más tarde.
11. Si la Organización deriva la deuda de un Paciente a un tercero, tomará las medidas pertinentes, de conformidad con la Sección 501(r), para evitar que dicho tercero emprenda acciones extracontractuales contra el Paciente para obtener el pago de la atención médica hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el Paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera, de acuerdo con el proceso descrito en esta Política y la Política de Asistencia Financiera. Dichas medidas de protección incluirán la firma de un acuerdo escrito con el tercero para garantizar su cumplimiento con esta Política y las leyes y regulaciones federales aplicables.
12. A los efectos de esta Política, el "Período de Solicitud" es el plazo durante el cual una persona debe presentar una Solicitud de Asistencia Financiera de conformidad con la Política de Asistencia Financiera de la Organización. Salvo que se disponga lo contrario en esta Política, este plazo comienza en la fecha en que se presta la Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria y finaliza el día 240 posterior ^a la recepción del estado de cuenta posterior al alta por dicha atención o la fecha especificada en una notificación por escrito de la Organización sobre su intención de iniciar ECA, lo que ocurra más tarde.
13. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes tendrá la autoridad y responsabilidad final para determinar que la Organización ha realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir Asistencia Financiera y, por lo tanto, decidir si la Organización puede incurrir en Medidas Extraordinarias de Cobro (ECA) en su contra. Puede encontrar más información sobre esta Política y el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes en:
 - a. En línea en www.froedtertsouth.com
 - b. Por correo : envíe su solicitud a los asesores financieros, Froedtert Kenosha Clinic, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143.
 - c. En persona : Visite los mostradores de registro en todas las ubicaciones de la organización, los cajeros o asesores financieros ubicados dentro de la oficina comercial en Froedtert Kenosha Clinic.

- d. Por teléfono: llame al servicio de atención al cliente al 855-241-9952 o al 262-652-8259.

INTERPRETACIÓN

Esta Política tiene por objeto cumplir con la sección 501(r), salvo indicación específica. Esta Política, junto con todos los procedimientos aplicables, se interpretará y aplicará de conformidad con la sección 501(r), salvo indicación específica.