

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS

18 de agosto de 2025

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es la política de Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital (la "Organización") asegurar prácticas socialmente justas para facilitar atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios en la Organización de conformidad con su Política de Asistencia Financiera (o "FAP" por sus siglas en inglés). Esta Política de facturación y cobro está diseñada específicamente para abordar las prácticas de facturación y cobro para los pacientes que necesitan asistencia financiera y reciben atención en la Organización.

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

Esta Política de facturación y cobro se aplica a toda la atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios empleados de médicos y salud conductual. Esta Política de facturación y cobro no se aplica a los acuerdos de pago para la atención que no es de "emergencia" y otros "cuidados médicos necesarios" (tal y como esos términos se definen en la FAP de la Organización).

DEFINICIONES

1. "501(r)" significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las regulaciones promulgadas en virtud de este.

2. "Medidas Extraordinarias de Cobros" o "ECAs" (por sus siglas en inglés) significa cualquiera de las siguientes actividades de cobro que están sujetas a restricciones conforme a la 501(r):

- a. Vender la deuda de un paciente a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a ciertas restricciones como se describe a continuación.
- b. Reportar información adversa sobre el paciente a agencias de informe crediticio del consumidor o agencias de crédito.
- c. Diferir o negar, o exigir un pago antes de proporcionar la atención médica necesaria debido a que el paciente no haya pagado una o más facturas por atención previamente prestada cubierta bajo la FAP.
- d. Medidas que requieren un proceso legal o judicial, a excepción de las reclamaciones presentadas en un procedimiento de quiebra o lesiones personales. Entre ellas se encuentran:
 - i. imposición de un gravamen sobre la propiedad del paciente,

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS

18 de agosto de 2025

- ii. ejecución hipotecaria de la propiedad del paciente,
- iii. imposición de un gravamen o la incautación de la cuenta bancaria u otros bienes personales del paciente,
- iv. iniciar una acción civil contra el paciente, y
- v. embargar el salario del paciente.

Una ECA no incluye ninguno de lo siguiente (incluso si los criterios para una ECA establecidos anteriormente se cumplen en general):

a. La venta de la deuda de un paciente si, antes de la venta, existe un acuerdo escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda conforme al cual

- i. se prohíbe al comprador participar en cualquier ECA para obtener el pago por la atención;
- ii. se prohíbe al comprador cobrar intereses sobre la deuda por encima de la tasa vigente bajo la sección 6621(a)(2) del Código de Rentas Internas en el momento de la venta de la deuda (o cualquier otra tasa de interés establecida mediante notificación u otra guía publicada en el Boletín de Rentas Internas);
- iii. la deuda es retornable o revocable por la Organización cuando la Organización o el comprador determinan que el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera; y
- iv. el comprador está obligado a adherirse a los procedimientos especificados en el acuerdo que aseguran que el paciente no pague, y no tiene obligación de pagar al comprador y a la Organización juntos más de lo que él o ella son personalmente responsables de pagar de acuerdo con la FAP si se determina que el paciente tiene derecho a asistencia financiera y la deuda no es devuelta o retirada por la Organización;

b. cualquier gravamen que la Organización tenga derecho a imponer bajo la ley estatal respecto al producto de un fallo, arreglo o compromiso debido a un paciente como resultado de lesiones personales por las que la Organización prestó atención; o

c. la presentación de una reclamación en cualquier procedimiento de quiebra.

3. “FAP” significa la Política de Asistencia Financiera de la Organización, que es una política para proporcionar asistencia financiera a pacientes idóneos de conformidad con la misión de la Organización y Ascension Health y de conformidad con 501(r).

4. “Solicitud de FAP” significa la Solicitud de Asistencia Financiera.

5. “Asistencia Financiera” significa la asistencia que la Organización pueda proporcionar a un paciente de conformidad con la FAP de la Organización.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS

18 de agosto de 2025

6. “Organización” significa Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital. Para solicitar información adicional, enviar preguntas o comentarios, o presentar una apelación, puede comunicarse con la oficina que se indica a continuación o como se indica en cualquier aviso o comunicación aplicable que reciba de la Organización:

Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, ATTN: Business Office, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754

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

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

La Organización mantiene un proceso preciso para emitir periódicamente estados de cuenta de facturación a los pacientes por los servicios prestados y para comunicarse con los pacientes. En el caso de que un paciente no pague por los servicios prestados por la Organización, la Organización puede tomar medidas para obtener el pago incluido, pero sin limitarse a, intentos de comunicarse por teléfono, por correo electrónico y en persona, y una o más ECA, sujeto a las disposiciones y restricciones contenidas en esta Política de facturación y cobro. El Departamento de Ciclo de Ingresos tiene la máxima autoridad para determinar si la Organización ha hecho todo esfuerzo razonable para determinar si reúne las condiciones necesarias para recibir asistencia financiera y que la Organización puede tomar una ECA.

De conformidad con 501(r), esta Política de facturación y cobro identifica los esfuerzos razonables que la Organización debe realizar para determinar si un paciente es idóneo conforme a su FAP para asistencia financiera antes de tomar una medida extraordinaria de cobro, o ECA. Una vez que se haya tomado una determinación, la Organización podrá proceder con una o más ECA, como se describe en el presente documento.

- 1. Procesamiento de la solicitud de FAP.** Salvo lo dispuesto a continuación, el paciente puede presentar una solicitud de FAP en cualquier momento con respecto a atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios recibidos de la Organización. Las determinaciones de idoneidad para asistencia financiera se procesarán en base a las siguientes categorías generales.

- a. Solicitud de FAP completa.** En el caso de un paciente que presenta una solicitud completa de FAP, la Organización suspenderá oportunamente toda ECA para obtener pago por la atención, tomar una determinación de idoneidad y proporcionar una notificación por escrito, como se indica a continuación.

- b. Determinaciones presuntas de idoneidad.** Si se determina presuntamente que un paciente es idóneo para recibir menos de la asistencia más generosa disponible bajo la

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS

18 de agosto de 2025

FAP, la Organización notificará al paciente los motivos para la determinación y le dará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.

c. Notificación y proceso en los casos en que no se presente una solicitud. A menos que se presente una solicitud de FAP completa o se determine la idoneidad bajo los criterios de idoneidad presunta de la FAP, la organización se abstendrá de iniciar ECAs durante al menos 120 días a partir de la fecha en que se envíe al paciente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. En el caso de incidentes múltiples de atención, estas disposiciones de notificación pueden agruparse, en cuyo caso los plazos se basarían en el caso más reciente de atención incluido en el grupo. Antes de iniciar una (1) o más ECA(s) para obtener pago por la atención de un paciente que no ha presentado una solicitud de FAP, la Organización tomará las siguientes medidas:

- i. proporcionar al paciente una notificación por escrito que indique que hay asistencia financiera disponible para los pacientes idóneos, identifique las ECA(s) que se pretende tomar para obtener pago por la atención, y establezca una fecha límite después de la cual dichas ECA(s) pueden iniciarse que no sería antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona la notificación por escrito;
- ii. Proporcionar al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la FAP; y
- iii. Hacer un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la FAP y el proceso de solicitud de la FAP.

d. Solicitudes de FAP incompletas. En el caso de un paciente que presente una solicitud de FAP incompleta, la Organización notificará al paciente por escrito sobre cómo completar la solicitud de FAP y le dará al paciente treinta (30) días calendario para hacerlo. Cualquier ECA pendiente será suspendida durante este tiempo, y la notificación escrita deberá (i) describir la información adicional y/o documentación requerida conforme a la FAP o la solicitud de FAP que es necesaria para completar la solicitud, y (ii) incluir la información de contacto correspondiente.

2. Restricciones al aplazar o denegar la atención. En situaciones en las que la Organización tiene intenciones de aplazar o denegar o requerir un pago antes de proporcionar atención médica necesaria, como se define en la FAP, debido a que el paciente no pague una o más facturas por atención previamente proporcionada cubierta por la FAP, se dará al paciente una solicitud de FAP y un aviso escrito indicando que hay asistencia financiera disponible para los pacientes idóneos.

3. Notificación de determinación.

a. Determinaciones. Una vez que se reciba una solicitud de FAP completa en la cuenta del paciente, la Organización evaluará la solicitud de FAP para determinar la idoneidad y notificará al paciente por escrito de la determinación final en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario. La notificación incluirá una determinación del importe por el cual el

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS

18 de agosto de 2025

paciente será financieramente responsable de pagar. Si la solicitud para la FAP es denegada, se enviará un aviso explicando el motivo de la denegación e instrucciones para apelar o reconsiderar.

b. Reembolsos. La Organización proporcionará un reembolso por la cantidad que el paciente haya pagado por la atención que excede la cantidad que se determine que el paciente es personalmente responsable de pagar conforme a la FAP, a menos que dicha cantidad en exceso sea menos de \$5.00.

c. Revocación de las ECA(s) En la medida en que se determine que el paciente es idóneo para recibir asistencia financiera bajo la FAP, la Organización tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente para obtener pago por la atención. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, pero no se limitan a, medidas para anular cualquier juicio contra el paciente, eliminar cualquier carga o gravamen sobre la propiedad del paciente, y eliminar del informe crediticio del paciente cualquier información adversa que fuera reportada a una agencia de informe crediticio del consumidor o agencia de informe crediticio.

4. Apelaciones. El paciente puede apelar una denegación de idoneidad para asistencia financiera proporcionando información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario de la recepción de la notificación de denegación. Todas las apelaciones serán examinadas por la Organización para tomar una determinación definitiva. Si la determinación definitiva confirma la denegación previa de asistencia financiera, se enviará una notificación por escrito al paciente.

5. Cobros. Una vez concluidos los procedimientos anteriores, la Organización puede proceder con ECAs contra pacientes no asegurados y con seguro insuficiente con cuentas morosas, según lo determinado en los procedimientos de la Organización para establecer, procesar y monitorear las facturas de los pacientes y los planes de pago. Sujeto a las restricciones identificadas en el presente documento, la Organización puede usar una agencia externa de cobro de deudas incobrables u otro proveedor de servicios para procesar cuentas de deudas incobrables, y dichas agencias o proveedores de servicios deberán cumplir con las disposiciones de 501(r) aplicables a terceros.