

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

18 de agosto de 2025

POLÍTICA/PRINCIPIOS

La política de las organizaciones enumeradas a continuación de este párrafo (cada una de ellas la “Organización”) es garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para tratar la idoneidad para asistencia financiera de los pacientes que necesitan asistencia financiera y reciben atención en la Organización. Esta política se aplica a cada una de las siguientes organizaciones de Austin Behavioral Hospital, LLC nombre comercial Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital:

Austin Behavioral Hospital, LLC nombre comercial Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital

1. Toda asistencia financiera reflejará 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.
2. Esta política 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 no se aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otros cuidados médicos necesarios.
3. En la lista de proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera se proporciona una lista de los proveedores que prestan atención dentro de las instalaciones de la Organización y especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

DEFINICIONES

A los efectos de esta política, se aplican las siguientes definiciones:

- **“501(r)”** significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las regulaciones promulgadas en virtud de este.
- **“Importe generalmente facturado” o “AGB” (por sus siglas en inglés)** significa, respecto a la atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios, el importe generalmente facturado a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención.
- **“Comunidad”** significa el Condado Travis. El paciente también se considera miembro de la Comunidad de la Organización si la atención de emergencia y cuidados médicos necesarios que el paciente necesita son para la continuidad de la atención médica y de emergencia necesaria recibida en otro centro de Ascension Health donde el paciente ha sido autorizado para asistencia financiera para dicha atención de emergencia y cuidados médicos necesarios.
- **“Atención de emergencia”** significa cuidado para tratar una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) de manera que la ausencia de atención médica inmediata puede resultar en un

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

18 de agosto de 2025

deterioro grave de la función corporal, disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo, o poner la salud de la persona en grave peligro.

- **“Atención médicamente necesaria”** significa atención que es (1) apropiada y relacionada con y esencial para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de la afección de un paciente; (2) el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del paciente que se puede proporcionar de manera segura; (3) no proporcionada principalmente para conveniencia del paciente, su familia, el médico o el cuidador del paciente; y (4) es más probable que signifique un beneficio para el paciente en lugar de un daño. Para que la atención futura programada sea “atención médicamente necesaria”, la atención y el momento de la atención deben ser aprobados por el Director Médico Ejecutivo de la Organización (o designado). La determinación de atención médica necesaria debe hacerla un proveedor con licencia que proporciona atención médica al paciente y, a discreción de la Organización, por el médico responsable del ingreso, médico remitente y/o director médico u otro médico revisor (dependiendo del tipo de atención que se recomiende). En el caso de que un médico revisor determine que el cuidado solicitado por un paciente cubierto por esta política no es médicamente necesario, esa determinación también debe ser confirmada por el médico responsable del ingreso o el médico remitente.
- **“Organización”** significa Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital.
- **“Paciente”** significa aquellas personas que reciben atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios en la Organización y la persona que es financieramente responsable del cuidado del paciente.

Asistencia Financiera Proporcionada

La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a los pacientes que viven en la Comunidad:

1. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, los pacientes con ingresos inferiores o iguales al 250% del Límite Federal de Pobreza (“FPL”) de ingresos, tendrán derecho a atención benéfica del 100% por la porción de los cargos por servicios de los cuales el paciente es responsable después del pago por una aseguradora, si lo hubiere, si dicho paciente se determina que es idóneo de acuerdo con la calificación presunta (descrita en el párrafo 5 a continuación) o presenta una solicitud de asistencia financiera (una “solicitud”) en o antes de los 240 días después de la primera factura del alta del paciente y la Solicitud es aprobada por la organización. El paciente tendrá derecho hasta el 100% de asistencia financiera si el paciente presenta la solicitud después 240 días después de la primera factura del alta del paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para el paciente en esta categoría se limita al saldo no pagado del paciente después de tomar en cuenta los pagos realizados en la cuenta del paciente. Al paciente idóneo para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más de los cargos del AGB calculados.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

18 de agosto de 2025

2. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, los pacientes con ingresos superiores al 250% del FPL pero no superiores al 400% del FPL, recibirán un descuento de escala variable en la porción de los cargos por los servicios prestados por los cuales el paciente es responsable después del pago por una aseguradora, si lo hubiere, si dicho paciente presenta una solicitud en o antes de los 240 días después de la primera factura del alta del paciente y la solicitud es aprobada por la Organización. El paciente tendrá derecho a ayuda financiera con descuento de escala variable si el paciente presenta la solicitud después de los 240 días después de la primera factura del alta del paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para el paciente en esta categoría se limita al saldo no pagado del paciente después de tomar en cuenta los pagos realizados en la cuenta del paciente. Al paciente idóneo para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más de los cargos del AGB calculados. El descuento de la escala variable es el siguiente:

CCTAS usa el modelo previsible para el cálculo del AGB. Véase el documento de cálculo del AGB para mayor comprensión.

3. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, un paciente con ingresos superiores al 400% del FPL pudiera tener derecho a asistencia financiera sujeto a la “Prueba de los ingresos” para cierto descuento de los cargos del paciente por servicios de la Organización basado en la deuda médica total del paciente. El paciente tendrá derecho a asistencia financiera de acuerdo con la Prueba de ingresos si el paciente tiene una deuda médica total excesiva, que incluye una deuda médica con Ascension y cualquier otro proveedor de atención médica, para atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios, que es igual o superior al ingreso bruto de la familia de dicho paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionada de conformidad con la Prueba de ingresos es el mismo que se concede a un paciente con ingresos del 400% del FPL en el párrafo 2 anterior, si dicho paciente presenta una solicitud en o antes del día 240 después de la primera factura de alta del paciente y la solicitud es aprobada por la Organización. El paciente tendrá derecho a ayuda financiera con descuento de la prueba de ingresos si el paciente presenta la solicitud después de los 240 días después de la primera factura del alta del paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para el paciente en esta categoría se limita al saldo no pagado del paciente después de tomar en cuenta los pagos realizados en la cuenta del paciente. Al paciente idóneo para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará más de los cargos del AGB calculados.
4. El paciente puede que no tenga derecho a asistencia financiera descrita en los párrafos 1 al 3 anteriores si se considera que dicho paciente tiene activos suficientes para pagar de conformidad con una “Prueba de activos”. La Prueba de Activos implica una evaluación real de la capacidad de pago del paciente basado en las categorías de activos medidos en la solicitud de FAP. El paciente con activos

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

18 de agosto de 2025

que excedan el 250% de la cantidad de FPL de dicho paciente puede que no tenga derecho a asistencia financiera.

5. La idoneidad para asistencia financiera puede determinarse en cualquier momento del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de una calificación presunta para el paciente cuyo saldo impago es suficiente dentro de los primeros 240 días después de la primera factura del alta del paciente para determinar su idoneidad para atención benéfica del 100% a pesar de que el paciente no haya completado una solicitud de asistencia financiera (“Solicitud FAP”). Si al paciente se le concede atención benéfica del 100% sin presentar una solicitud de FAP completa y solo a través de una calificación presunta, la cantidad de asistencia financiera para la que el paciente es idóneo se limita al saldo impago del paciente después de tomar en cuenta los pagos realizados en la cuenta del paciente. La determinación de idoneidad basada en la calificación presunta solo se aplica al caso de atención para el que se realiza la calificación presunta.
6. Para el paciente que participa en ciertos planes de seguro que consideran que la Organización está “fuera de la red”, la Organización puede reducir o negar la asistencia financiera que de otro modo estaría disponible para el paciente basándose en una revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. [A los pacientes que tienen derecho a asistencia financiera se les puede cobrar una tarifa fija nominal de hasta \$20 por servicios. La tarifa fija nominal no excederá el cargo AGB por servicios.]⁹
8. El paciente puede apelar cualquier denegación de idoneidad para Asistencia Financiera proporcionando información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario siguientes a 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. El proceso para que los pacientes y sus familias apelen las decisiones de la Organización con respecto a la idoneidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:
 - a. El paciente puede enviar una explicación de apelación por correo electrónico con documentación justificativa a martin.cook@crosscreekhospital.com, por teléfono llamando al 512-215-3900, o por correspondencia a Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, ATTN: Business Office, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754
 - b. Todas las apelaciones serán consideradas por el comité de apelaciones de asistencia financiera de la Organización, y las decisiones del comité se enviarán por escrito al paciente o familiar que presentó la apelación.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

18 de agosto de 2025

Otro tipo de asistencia para pacientes que no tienen derecho a asistencia financiera

Los pacientes que no tienen derecho a asistencia financiera, como se describió anteriormente, pudieran tener derecho a otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. Estos otros tipos de asistencia se enumeran aquí a modo de ser exhaustivos, aunque no se basan en las necesidades y no están concebidos para estar sujetos a 501(r), sino que se incluyen aquí para comodidad de la comunidad a la que presta servicios la Organización.

1. Los pacientes no asegurados que no reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera recibirán un descuento basado en el descuento proporcionado al mejor pagador de esa Organización. El mejor pagador debe representar al menos el 3% de la población de la Organización, medido por volumen o ingresos brutos de pacientes. Si un pagador independiente no representa este nivel mínimo de volumen, se debe promediar más de un contrato pagador de manera que las condiciones de pago utilizadas para promediar representen al menos el 3% del volumen de actividades de la Organización para ese año determinado.
2. Los pacientes no asegurados y asegurados que no tienen derecho a asistencia financiera pueden recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago puede ser ofrecido además del descuento para no asegurado descrito en el párrafo anterior inmediato.

Limitaciones en los cargos para pacientes con derecho a asistencia financiera

A los pacientes con derecho a asistencia financiera no se les cobrará individualmente más del AGB por atención médica de emergencia y otros cuidados médicos necesarios y no más de los cargos brutos por todos los demás cuidados médicos. La Organización calcula uno o más porcentajes del AGB usando el método “retroactivo” e incluyendo la tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones a la Organización, todo de conformidad con 501(r). Se puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo y porcentajes del AGB en el sitio web de la Organización o enviando un correo electrónico a Daniel.stevens@acadiahealthcare.com o por correspondencia a Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, ATTN: Director de Finanzas, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754.

Solicitar asistencia financiera y otra asistencia

El paciente puede tener derecho a asistencia financiera a través de idoneidad basada en la calificación presunta o si solicita asistencia financiera mediante la presentación de una solicitud completa de FAP. La Solicitud de FAP y las instrucciones de la solicitud de FAP están disponibles en el sitio web de la organización o enviando un correo electrónico a martin.cook@crosscreekhospital.com o por correspondencia a Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754. La organización exige que el no asegurado trabaje con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

18 de agosto de 2025

de asistencia pública para los cuales se considera que el paciente es potencialmente idóneo para tener derecho a asistencia financiera (excepto cuando sea idóneo y aprobado a través de calificación presunta). Al paciente se le puede negar asistencia financiera si el paciente proporciona información falsa en una solicitud de FAP o en relación con el proceso de idoneidad de calificación presunta, si el paciente se niega a asignar los pagos del seguro o el derecho a ser pagado directamente por una aseguradora que puede estar obligada a pagar por la atención proporcionada, o si el paciente se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los cuales se considera que el paciente es potencialmente idóneo para tener derecho a asistencia financiera (excepto cuando sea idóneo y aprobado a través de calificación presunta). La Organización puede considerar una solicitud de FAP completada menos de seis meses antes de la fecha de determinación de idoneidad al tomar una determinación respecto a la idoneidad para un caso actual de atención. La Organización no considerará una solicitud FAP completada más de seis meses antes de cualquier fecha de determinación de idoneidad.

Facturación y Cobros

Las medidas que la Organización puede tomar en caso de impago se describen en una política aparte de facturación y cobros. Se puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobros en el sitio web de la Organización o enviando un correo electrónico a martin.cook@crosscreekhospital.com o por correspondencia a Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, tiene como fin cumplir con y se interpretará y aplicará de conformidad con 501(r), excepto en los casos que se indique específicamente.