

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página 1 de 11

ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

El hospital contribuirá con recursos, apoyo y soporte a la comunidad para promover el estado de salud de la comunidad a la que atiende, dentro de su capacidad económica para hacerlo. Se brindará asistencia financiera a los pacientes que demuestren que no tienen la capacidad para realizar los pagos. La finalidad de esta política es establecer criterios para determinar si la cuenta de un paciente califica para recibir asistencia financiera. El Director Ejecutivo del hospital evaluará y determinará anualmente el monto de asistencia financiera que se pondrá a disposición, así como cualquier otro cambio a esta política, y se adherirá a los lineamientos federales y estatales de exención de impuestos y de centros sin fines de lucro, según corresponda. El Director Ejecutivo del hospital puede cambiar el monto de la asistencia financiera y los demás términos de esta política, sujeto a la aprobación de Community Hospital Corporation.

PROCESO

1. No discriminación. El hospital es una corporación sin fines de lucro que ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplan los requisitos. El hospital no discriminará por motivos de raza, ascendencia, religión, procedencia nacional, estado de ciudadanía, edad, discapacidad o sexo en su consideración de si un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.
2. Clasificación de pacientes. La clasificación de un paciente como elegible para recibir asistencia financiera deberá darse en el momento en que se haya obtenido suficiente información para verificar que un paciente no tiene la capacidad para pagar los servicios médicos necesarios, y tan pronto como sea posible luego de que el paciente se presente por primera vez para recibir los servicios o indique que no tiene la capacidad para pagar por los mismos. Es, en última instancia, responsabilidad del paciente presentar la información necesaria para calificar para recibir asistencia financiera.

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página2 de 11

3. Otras fuentes de pago. Los pacientes deben brindar su total cooperación y cumplir con los requisitos de elegibilidad para cualquier otro programa o programas de atención médica para los que puedan ser elegibles antes de su evaluación para recibir asistencia financiera. La asistencia federal y/o estatal puede estar disponible para aquellos que cumplan con los requisitos. Antes de proporcionar asistencia financiera, se deben agotar todas las vías de asistencia disponibles de terceros responsables de los pagos.
  
4. Necesidad médica. Esta política aplica a toda la atención de emergencia y cualquier otra atención médicamente necesaria que se brinde en este hospital o en cualquier entidad sustancialmente relacionada con el hospital. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios a fin de calificar para recibir asistencia financiera (por ejemplo, los servicios electivos como la cirugía estética no califican para recibir asistencia financiera). Los servicios elegibles estarán basados en aquellos servicios para los cuales Medicare brinda cobertura.
  
5. Criterios de elegibilidad. Todos los pacientes (asegurados y no asegurados) pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante su atención continua o después de recibirla. Se evaluará la situación de cada paciente según las circunstancias relevantes, como ingresos, activos u otros recursos disponibles del paciente o de su familia al momento de determinar la capacidad de pago del saldo pendiente a ser pagado de la cuenta del paciente. En consideración de esta información, se utilizan los Lineamientos de Elegibilidad para Descuentos por Asistencia Financiera (Anexo A) adjunto para determinar qué monto, si hubiere, del saldo pendiente a ser pagado de la cuenta del paciente tendrá un descuento luego de que todos los terceros realicen sus pagos correspondientes. **TENGA EN CUENTA: La asistencia financiera ofrecida de acuerdo con esta política no aplica a los honorarios de médicos u otros profesionales facturados por separado de los honorarios del hospital. El hospital se reserva el derecho de establecer mayores limitaciones a los servicios cubiertos por esta política. Cualquier oferta de asistencia financiera es condicional y no aplica a reclamos de terceros, como demandas, acuerdos, gravámenes u otros pagos por terceros o responsabilidad de terceros. Baptist Beaumont Hospital se reserva el derecho de recuperar el saldo total de cualquier recurso de terceros en la medida máxima permitida por la ley.**

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página3 de 11

a. Pacientes que tienen cobertura de seguro, pero no existe una relación contractual entre el centro y el pagador. Se identificará a los pacientes que pertenezcan a esta categoría y el centro intentará trabajar directamente con el pagador y llegar a un acuerdo con éste por un importe generalmente pagadero por otros pagadores contratados para servicios similares. La diferencia entre el total de los gastos facturados y el pago negociado se cancelará como ajuste contractual y al paciente sólo se le facturará la parte de los gastos indicada por su respectivo plan de salud. Cualquier paciente puede solicitar asistencia financiera directamente y se evaluará su presunta elegibilidad.

6. Método para solicitar u obtener asistencia financiera.

a. Proceso de solicitud. La solicitud de asistencia financiera puede ser iniciada por un paciente que solicite asistencia en persona, por teléfono llamando al 409-212-6141, por correo enviado a PO Box 1591, Beaumont, TX 77701, por correo electrónico a [billing@bhset.net](mailto:billing@bhset.net) o a través del sitio web del hospital: [www.bhset.net](http://www.bhset.net). Asimismo, el hospital puede iniciar una solicitud de asistencia financiera en nombre del paciente.

b. Presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera. El hospital puede revisar informes de crédito, otra información disponible públicamente e información de terceros, incluido el uso de software de terceros, para determinar, conforme con los requisitos legales aplicables, el tamaño estimado del hogar y los montos de ingresos en función de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera cuando el paciente no proporciona una solicitud de asistencia financiera o documentación de respaldo.

- Los montos de deducibles y coseguros se incluyen en la revisión de presunta elegibilidad.
- Los servicios sin cobertura se incluyen en la revisión de presunta elegibilidad.
- Se revisan periódicamente las cuentas antes de ser clasificadas como en gestión de cobro de deudas incobrables.

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página4 de 11

- Las cuentas de Medicare que califican para presunta elegibilidad no se declaran como deudas incobrables de Medicare en el informe de costos.

c. Asistencia con el proceso de solicitud. Los asesores financieros del hospital están disponibles para responder preguntas y dar información sobre esta política y brindar asistencia con el proceso de solicitud de asistencia financiera. Los asesores financieros del hospital estarán disponibles de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes, en el número de teléfono 409-212-6141.

7. Duración de la elegibilidad. Una vez que se ha aprobado la asistencia financiera, la misma está vigente para todas las cuentas pendientes a ser pagadas de pacientes y para todos los servicios prestados dentro de los seis (6) meses posteriores a la firma de la solicitud de asistencia financiera por el paciente o por la parte responsable o el empleado del hospital ("Fecha de conclusión"). La asistencia financiera puede extenderse por seis (6) meses adicionales con la confirmación de los ingresos o los ingresos estimados y el número de personas en el hogar del paciente. Todos los pacientes deben presentar nuevamente la solicitud luego de que finalice el período inicial de doce (12) meses. La aprobación conforme a la Sección 6(b) anterior aplicará únicamente a la(s) fecha(s) de servicio en el saldo de la cuenta del paciente que se evalúa. La elegibilidad no aplicará a las cuentas para fechas de servicio a futuro.

8. Bases para calcular los montos cobrados; montos generalmente facturados. El nivel de asistencia financiera se basará en una clasificación de "financieramente indigente" o "médicamente indigente" o "médicamente indigente de gravedad", como se define a continuación. En todos los casos, una vez que se determina que el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, no se le cobrará más a la persona por emergencias u otra atención médicamente necesaria más que **los montos que generalmente se le facturan** ("AGB", por sus siglas en inglés) a las personas que cuentan con seguro que cubra dicha atención. El hospital ha optado por utilizar el "método prospectivo de Medicare" al determinar el descuento AGB para personas sin seguro, en el que los porcentajes de AGB se basan en la tarifa de Medicare por servicio, de Medicaid o

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página5 de 11

ambos, según se estipula en la sección 501(r) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés). El hospital puede cambiar la metodología para calcular el AGB en el futuro de conformidad con las regulaciones aplicables. La información sobre el cálculo del AGB en el hospital se puede obtener de forma gratuita llamando al 409-212-6141.

9. Descuento para personas sin seguro. En vigencia para las fechas de servicio del 1 de octubre de 2018 en adelante, el hospital aplica un descuento para personas sin seguro a todos los pacientes sin seguro (ya sea que soliciten o no asistencia financiera) por servicios Médicamente necesarios a una tasa basada en el cálculo del AGB.
  - a. Los pacientes con prestaciones agotadas se consideran de pago por cuenta propia. Por tanto, los pacientes con beneficios agotados recibirán un descuento de pago por cuenta propia para la parte de los servicios/cargos relacionados con los beneficios agotados y pueden solicitar asistencia financiera y serán evaluados como otros pacientes de autopago para la presunta elegibilidad.
  
10. Financieramente indigente. “Financieramente indigente” significa un paciente cuyos ingresos familiares anuales (como se define a continuación) son menores o iguales al 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza (“FPG”, por sus siglas en inglés). Estos pacientes financieramente indigentes son elegibles para un descuento del 100% en los saldos pendientes de la cuenta del paciente según las disposiciones establecidas en la Parte 1 de los Lineamientos de Elegibilidad para Descuentos por Asistencia Financiera (Anexo A).
  
11. Médicamente indigente. “Médicamente indigente” significa un paciente que luego del pago por parte de terceros, tiene facturas médicas u hospitalarias de todos los proveedores relacionados o no relacionados que exceden el 10% de los ingresos familiares anuales de dicho paciente, cuyos ingresos familiares anuales son superiores al 200% pero menores o iguales al 400% del FPG y quien no tiene la capacidad de pagar el saldo pendiente de la cuenta del paciente. Estos pacientes médicamente indigentes son elegibles para un descuento en los saldos pendientes de la cuenta del paciente según las disposiciones establecidas en la Parte 2 de los Lineamientos de Elegibilidad para Descuentos por Asistencia Financiera (Anexo A).

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página 6 de 11

12. Médicamente indigente de gravedad. “Médicamente indigente de gravedad” significa un paciente que luego del pago por parte de terceros, tiene facturas médicas u hospitalarias de todos los proveedores relacionados o no relacionados que exceden el 10% de los ingresos familiares anuales de dicho paciente, cuyos ingresos familiares anuales son mayores al 400% del FPG y quien no tiene la capacidad de pagar el saldo pendiente de la cuenta del paciente. Estos pacientes médicamente indigentes de gravedad son elegibles para un descuento en los saldos pendientes de la cuenta del paciente según las disposiciones establecidas en la Parte 3 de los Lineamientos de Elegibilidad para Descuentos por Asistencia Financiera (Anexo A).
13. Lineamientos de Elegibilidad para Descuentos por Asistencia Financiera. Los Lineamientos de Elegibilidad para Descuentos por Asistencia Financiera se encuentran adjuntos y se integran como parte de esta política (Anexo A). El método para determinar los porcentajes de descuento apropiados se revisará anualmente para garantizar que los saldos pendientes de las cuentas de los pacientes después del descuento no sean mayores que los AGB.
14. Determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera. La determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera se realizará de conformidad con los procedimientos que pueden conllevar (a) un proceso de solicitud, en el que el paciente o el garante del paciente deben proporcionar información y documentación relevante para la determinación de necesidad financiera; y/o (b) el uso de informes de crédito, otra información disponible públicamente y/o información de terceros, incluido el uso de software de terceros, que proporciona información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante del paciente.
15. Ingresos familiares anuales y número de personas en el hogar. Si el paciente es un adulto, “Ingresos familiares anuales” significa la suma del ingreso bruto anual total o el ingreso anual estimado del paciente y el cónyuge del paciente, y el “Número de personas en el hogar” incluye al paciente, el cónyuge del paciente y cualquier dependiente (según se define en el IRC). Si el paciente es menor de edad, “Ingresos familiares anuales” significa la suma del ingreso bruto anual total o el ingreso anual estimado del paciente y de la madre

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página 7 de 11

del paciente y del padre del paciente, y el “Número de personas en el hogar” incluye al paciente, la madre del paciente, el padre del paciente, dependientes de la madre del paciente y dependientes del padre del paciente.

16. Verificación de ingresos. Los ingresos familiares serán documentados mediante cualquiera de los siguientes mecanismos:
- a. Documentación de terceros. Al proporcionar documentación financiera de terceros, incluido el Formulario W-2 del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) (Declaración de salarios e impuestos); giros de cheques de nómina; declaración individual de impuestos; verificación telefónica por parte del empleador; estados de cuenta bancarios; giros de pago de la Seguridad Social; giros de pago de compensación laboral; aviso de pago del seguro de desempleo; cartas de determinación de compensación por desempleo; respuesta a una consulta de crédito y otra información disponible públicamente; u otros indicadores apropiados de los ingresos del paciente. La documentación de terceros proporcionada en esta subsección se manejará de conformidad con los procedimientos de seguridad de la información del hospital y los requisitos para asegurar la información de salud protegida.
  - b. Verificación escrita. En los casos en que la documentación de terceros no esté disponible, la verificación de los ingresos familiares anuales del paciente se puede hacer (i) obteniendo una solicitud de asistencia financiera firmada por el paciente o la parte responsable que dé fe de la veracidad de la información proporcionada de los ingresos del paciente, o (ii) a través de la declaración escrita del empleado del hospital que esté completando la solicitud de asistencia financiera que indique que el paciente o la parte responsable verificó verbalmente la información proporcionada de los ingresos del paciente.

En cualquier caso en el que el paciente o la parte responsable no sea capaz de proporcionar la verificación por parte de terceros solicitada de los ingresos del paciente, el

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página 8 de 11

paciente o la parte responsable deberá proporcionar una explicación razonable del por qué el paciente o la parte responsable no puede proporcionar la verificación por parte terceros requerida. Se usarán intentos razonables para verificar la declaración y la información de respaldo del paciente.

17. Pacientes fallecidos. Se puede considerar que los pacientes fallecidos, sin cónyuge sobreviviente, no tienen ingresos para fines del cálculo de los ingresos familiares anuales. No se requiere documentación de ingresos para pacientes fallecidos; sin embargo, se puede requerir documentación de los bienes del patrimonio. El cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido puede solicitar asistencia financiera.
18. Pacientes elegibles para Medicaid/atención para indigentes. Cualquier paciente que reúna los requisitos para cualquier programa de Medicaid fuera del estado o programa local de atención para indigentes es, posterior a la verificación, automáticamente considerado elegible para recibir asistencia financiera por los servicios prestados. Todos los pacientes cubiertos por Medicaid u otros programas de atención para indigentes se consideran elegibles para recibir asistencia financiera por servicios no cubiertos y cargos por días que excedan el límite de duración de la estadía.
19. Descalificación de asistencia financiera. La descalificación luego de que se haya otorgado asistencia financiera puede ser por razones que incluyen, pero no se limitan a, uno o más de los siguientes:
  - a. Falsificación de información. Se le negará asistencia financiera al paciente si el paciente o la parte responsable proporciona información falsa, incluyendo información sobre ingresos, número de personas en el hogar, activos u otros recursos disponibles que podrían indicar un medio financiero para pagar la atención.
  - b. Liquidación por terceros. Se negará la asistencia financiera si el paciente recibe una liquidación financiera de un tercero asociado con la atención prestada por el

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página9 de 11

hospital. Se espera que el paciente use el monto de la liquidación para cumplir con cualquier saldo de la cuenta del paciente.

20. Relación con la Política de Cobros de Cuentas. Durante el proceso de verificación, mientras se recolecta información para determinar los ingresos de un paciente, el paciente puede ser tratado como un paciente particular de conformidad con otras políticas del hospital, incluida la Política de Cobros de Cuentas. Se puede obtener gratuitamente una copia de la Política de Cobro de Cuentas del hospital, que explica las medidas que el hospital puede tomar en caso de impago, llamando al 409-212-6141 o en persona en el hospital. Luego de que la cuenta del paciente se haya reducido por los descuentos en base a los Lineamientos de Elegibilidad para Descuentos por Asistencia Financiera (Anexo A), el paciente es responsable del resto del saldo pendiente de la cuenta del paciente, que no será mayor al AGB. Una vez que el paciente califica para recibir asistencia financiera, el hospital no gestionará cobros por el monto para el cual ha reunido los requisitos para recibir para asistencia financiera. Se facturará a los pacientes los montos restantes de conformidad con la Política de Cobros de Cuentas del hospital.
21. Copagos. El hospital se reserva el derecho de facturar y cobrar a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera un copago razonable por los servicios prestados.
22. Relación con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) y otras políticas. ESTA POLÍTICA NO AFECTA LA OBLIGACIÓN DEL HOSPITAL DE ACUERDO CON LA LEY DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y PARTO ACTIVO (EMTALA). ESTA POLÍTICA NO ALTERA NI MODIFICA OTRAS POLÍTICAS RELATIVAS A LOS ESFUERZOS PARA OBTENER PAGOS DE TERCEROS RESPONSABLES DE LOS PAGOS.
23. Proveedores cubiertos y no cubiertos de acuerdo a esta política. Se mantiene una lista de proveedores que están cubiertos por esta política y aquellos que no están cubiertos en [www.bhset.net](http://www.bhset.net). Cualquier pregunta sobre la inclusión o exclusión de proveedores cubiertos de acuerdo a esta política puede hacerse llamando al 409-212-6141.

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página 10 de 11

## ANEXO A

### LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTOS POR ASISTENCIA FINANCIERA

#### Parte 1

##### Clasificación de financieramente indigente

<b>Ingresos anuales del hogar</b>	<b>Hasta el 200% del Fondo de Inversión (FPG)</b>
Monto del descuento	100% del saldo pendiente

#### Parte 2

##### Clasificación de médicamente indigente

<b>Ingresos anuales del hogar</b>	<b>Hasta el 250% del Fondo de Inversión (FPG)</b>	<b>Hasta el 300% del Fondo de Inversión (FPG)</b>	<b>Hasta el 350% del Fondo de Inversión (FPG)</b>	<b>Hasta el 400% del Fondo de Inversión (FPG)</b>
Monto del descuento [el saldo pendiente debe ser igual o superior al 10% de los ingresos familiares anuales]	90% del saldo pendiente	80% del saldo pendiente	70% del saldo pendiente	60% del saldo pendiente

<b>BAPTIST HOSPITALS DEL SURESTE DE TEXAS</b>	
Manual de la política:	Administración
Número de política:	Gestión de datos de aplicaciones 02.01.0004
Fecha original:	Septiembre de 1999
Fecha de revisión:	12/ noviembre, 14/junio, 15/abril, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/junio, 18/septiembre, 19/julio, 19/septiembre, 20/febrero, 21/junio, 22/junio
Revisado por:	Director Administrativo, Servicio Comercial
Fecha de corrección:	12/noviembre, 14/junio, 16/enero, 16/abril, 17/febrero, 18/septiembre, 19/septiembre
Esta política reemplaza:	903-002
Numeración de las páginas	Página 11 de 11

Parte 3  
Clasificación de medicamento indigente de gravedad

<b>Saldo pendiente en relación con los ingresos familiares anuales</b>	<b>Monto del descuento</b>
Igual o superior al 50% de los ingresos familiares anuales	90% del saldo pendiente
Igual o superior al 40% y menos del 50% de los ingresos familiares anuales	80% del saldo pendiente
Igual o superior al 30% y menos del 40% de los ingresos familiares anuales	70% del saldo pendiente
Igual o superior al 20% y menos del 30% de los ingresos familiares anuales	60% del saldo pendiente
Igual o superior al 10% y menos del 20% de los ingresos familiares anuales	50% del saldo pendiente