

1. **POLÍTICA/PRINCIPIOS**

A. La política de Kansas Surgery & Recovery Center (la “Organización”) es garantizar una práctica socialmente justa para brindar atención de emergencia o médicamente necesaria en la Organización en virtud de su Política de asistencia financiera (o FAP). Esta Política de facturación y cobros está específicamente diseñada para abordar las prácticas de facturación y cobros para los Pacientes que necesiten asistencia financiera y reciban atención en la Organización.

B. Todas las prácticas de facturación y cobros reflejarán nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión. Los empleados y agentes de la Organización se comportarán de una manera que refleje las políticas y los valores de una institución con el patrocinio del catolicismo, lo que incluye tratar a Pacientes y a sus familias con dignidad, respeto y compasión.

C. Esta Política de facturación y cobros aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios proporcionados en la Organización, incluidos los servicios de médicos contratados y la salud del comportamiento. Esta Política de facturación y cobros no aplica a los acuerdos de pago de los procedimientos electivos.

2. **DEFINICIONES**

A. **501(r)** incluye la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y las reglamentaciones promulgadas en virtud de este.

B. **Período de presentación de solicitud** es el período durante el cual una solicitud de la FAP puede enviarse a la Organización. El Período de presentación de solicitud comienza cuando se envía una solicitud de la FAP o cuando comienza la atención médica, lo que suceda primero, y finaliza en la fecha especificada en el Aviso de finalización del período de presentación de solicitud.

C. **Aviso de finalización del período de presentación de solicitud** es un aviso por escrito que indica la fecha límite después de la cual la Organización ya no aceptará ni procesará la solicitud de FAP enviada (o, si corresponde, completada) por el Paciente para la atención en cuestión; la fecha límite especificada en el aviso por escrito no puede ser anterior a a) los treinta (30) días posteriores a la fecha en la que se envió el aviso por escrito, b) los 240 días posteriores a la fecha en la que se emitió el primer estado de facturación después del alta por la atención prestada, o c) en el caso de un Paciente que ha sido considerado presuntamente elegible para menos del 100 % de la asistencia financiera, el final de un período razonable para solicitar la Asistencia financiera como se describe en el presente, lo que suceda más tarde. El Aviso de finalización del período de presentación de solicitud puede ser un documento escrito separado o puede estar incluido en la redacción de otro aviso por escrito enviado al Paciente.

D. Medidas extraordinarias de cobro o ECA incluye cualquiera de las siguientes actividades de cobro sujetas a restricciones en virtud de la 501(r):

- a. Vender la deuda de un Paciente a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a determinadas restricciones, como se describe a continuación.
- b. Informar datos adversos sobre el Paciente a agencias de información sobre la solvencia crediticia de consumidores o a oficinas de crédito.
- c. Aplazar, denegar o exigir un pago antes de la prestación de la atención necesaria por razones médicas porque el Paciente adeuda una o más facturas por atención médica recibida anteriormente cubierta en virtud de la FAP.
- d. Acciones que requieren procesos legales o judiciales, excepto los reclamos presentados en un procedimiento de quiebra o por lesiones personales. Estas acciones incluyen, entre otras,
 - i. colocar un gravamen en la propiedad del Paciente,
 - ii. ejecutar la hipoteca de la propiedad del Paciente,
 - iii. embargar o incautar o secuestrar la cuenta bancaria u otros bienes personales del Paciente,
 - iv. comenzar una acción civil contra un Paciente, y
 - v. embargar el salario de un Paciente.
- e. Una ECA no incluye ninguna de las siguientes (incluso si los criterios para una ECA como se establecen anteriormente se cumplen de manera general):
 - i. la venta de la deuda de un Paciente, si, antes de la venta, existe un acuerdo por escrito jurídicamente vinculante con el comprador de la deuda en virtud del cual
 - ii. el comprador no puede ejercer ninguna ECA para obtener el pago por la atención;
 - iii. el comprador no puede cobrar intereses por la deuda que superen la tarifa vigente en virtud de la sección 6621(a)(2) del Código de Impuestos Internos cuando se vende la deuda (o cualquier otra tasa de interés establecida mediante notificación u otra directriz publicada en el boletín de Impuestos Internos);
 - iv. la Organización puede recuperar o revocar la deuda luego de que la Organización o el comprador determinen que el Paciente es elegible para recibir asistencia financiera; y
 - v. el comprador debe cumplir con los procedimientos especificados en el acuerdo que garantizan que el Paciente no paga, y no tiene obligación de pagar, al comprador y a la Organización en conjunto más de lo que él o ella es personalmente responsable de pagar en virtud de la FAP si se determina

que el Paciente es elegible para recibir asistencia financiera y la Organización no recupera o revoca la deuda;

f. cualquier gravamen que la Organización tenga derecho a imponer en virtud de la ley estatal sobre los procedimientos de una sentencia, la solución o el compromiso adeudado a un Paciente como resultado de lesiones personales por las cuales la Organización prestó atención; o

g. la presentación de un reclamo en un procedimiento de quiebra.

E. **FAP** es la Política de asistencia financiera de la Organización, que es una política para prestar asistencia financiera a Pacientes elegibles para promover la misión de la Organización y de Ascension Health en cumplimiento de la 501(r).

F. **Solicitud de la FAP** significa la solicitud de asistencia financiera.

G. **Asistencia financiera** es la asistencia que la Organización puede prestar a un Paciente en virtud de la FAP de la Organización.

H. **Organización** se refiere Kansas Surgery & Recovery Center, que es parte de Ascension Health. Para solicitar información, enviar preguntas o comentarios, o enviar una apelación, póngase en contacto con la oficina que se indica a continuación o según se indique en cualquier aviso o comunicación correspondiente que reciba de la Organización:

- Kansas Surgery & Recovery Center 2770 North Webb Road Wichita, KS 67226
316-634-0090

I. **Paciente** es una persona que recibe atención (o que ha recibido atención) de la Organización y cualquier otra persona financieramente responsable por dicha atención (incluidos los familiares y tutores legales).

3. **PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBROS**

A La Organización mantiene un proceso ordenado para emitir regularmente los estados de facturación a los Pacientes por los servicios prestados, y para comunicarse con los Pacientes. En el caso de que un Paciente no le pague a la Organización por los servicios prestados, la Organización puede tomar medidas para obtener el pago, que incluyen, entre otras, intentos de comunicarse por teléfono, correo electrónico y en persona, y una (1) o más ECA, sujeto a las disposiciones y restricciones detalladas en esta Política de facturación y cobros.

B. En virtud de la 501(r), esta Política de facturación y cobros identifica los esfuerzos razonables que la Organización debe realizar para determinar si el Paciente es elegible según su FAP para recibir asistencia financiera antes de tomar una medida extraordinaria de cobro, o

HOSPITAL QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO

ECA. Una vez que se toma la determinación, la Organización puede proceder con una o más ECA, según se describe en el presente.

1) Procesamiento de solicitud de la FAP. Excepto según lo establecido a continuación, un Paciente puede enviar una solicitud de FAP en cualquier momento durante el Período de presentación de solicitud. La Organización no estará obligada a aceptar una solicitud de FAP después del Período de presentación de solicitud, a menos que se exija específicamente lo contrario en la 501(r). Las determinaciones de elegibilidad para recibir asistencia financiera se procesarán en función de las siguientes categorías generales.

2) Solicitudes de FAP completas. En el caso de un Paciente que envía una solicitud de FAP completa durante el Período de presentación de solicitud, la Organización, oportunamente, suspenderá cualquier ECA para obtener el pago por la atención, tomará una determinación de elegibilidad y proporcionará un aviso por escrito, según se establece a continuación.

3) Determinaciones de elegibilidad presuntiva. Si se determina de forma presuntiva que un Paciente es elegible para recibir una asistencia menor que la asistencia más generosa disponible en virtud de la FAP (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud enviada con respecto a la atención anterior), la Organización notificará al Paciente las razones de la determinación y le dará al Paciente un período razonable de tiempo para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.

4) Aviso y proceso en donde no se presenta ninguna solicitud. Excepto que se envíe una solicitud de FAP completa o se determine la elegibilidad en virtud de criterios de elegibilidad presuntiva de la FAP, la Organización se abstendrá de iniciar una ECA durante al menos 120 días desde la fecha en la que se le envió al Paciente el primer estado de facturación posterior al alta por la atención recibida. En el caso de múltiples episodios de atención, se pueden agregar estos avisos de comunicación, en cuyo caso los plazos se basarían en el episodio más reciente de atención incluido en lo agregado. Antes de iniciar una (1) o más ECA para obtener el 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 un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para los Pacientes elegibles, que identifique las ECA que se pretenden tomar para obtener el pago por la atención, y que indique un vencimiento después del cual dicha ECA puede iniciarse que no sea anterior a los 30 días posteriores a la fecha en que se envió el aviso por escrito;
- ii. proporcionar al Paciente el resumen de la FAP en un lenguaje claro, y
- iii. hacer un esfuerzo razonable para notificar oralmente al Paciente sobre la FAP y el proceso de presentación de solicitud de la FAP.

5) Solicitudes de FAP incompletas. En el caso de un Paciente que envía una solicitud de FAP incompleta durante el Período de presentación de solicitud, la Organización notificará al Paciente por escrito sobre cómo completar la solicitud de FAP y le dará treinta (30) días calendario al Paciente para hacerlo. Cualquier ECA pendiente se suspenderá durante este tiempo y la notificación por escrito i) describirá la información adicional y/o documentación requerida en virtud de la FAP o la solicitud de la FAP necesaria para completar la solicitud e ii) incluirá la información de contacto adecuada.

6) Finalización del período de solicitud de la FAP. La Organización puede finalizar el Período de presentación de solicitud mediante la entrega de un Aviso de finalización del período de presentación de solicitud por escrito al Paciente.

7) Restricciones para postergar o denegar la atención. En una situación en la que la Organización pretende postergar o denegar la atención necesaria por razones médicas, o exigir el pago antes de prestar dicha atención según se define en la FAP porque un Paciente no pagó una o más facturas por atención prestada anteriormente en virtud de la FAP, se le proporcionará al Paciente una solicitud de la FAP y un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para Pacientes elegibles. El Paciente también puede recibir un Aviso de finalización del período de presentación de solicitud.

8) Notificación de determinación.

i. Determinaciones. Una vez que se recibe una solicitud de FAP completa por parte del Paciente, la Organización evaluará la solicitud de FAP para determinar la elegibilidad y notificar al Paciente por teléfono o por escrito sobre la determinación definitiva dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario. La notificación incluirá la determinación sobre el monto que el Paciente es financieramente responsable de pagar. Si la solicitud de la FAP es rechazada, se enviará una notificación explicando el motivo del rechazo y las instrucciones para una apelación o reconsideración.

ii. Reembolsos. La Organización proporcionará un reembolso por el monto que un Paciente ha pagado por la atención que exceda el monto que se determina que el Paciente es personalmente responsable de pagar en virtud de la FAP, excepto que dicho monto sea menor a \$5.00.

iii. Revocación de la ECA. En la medida en que se determine que un Paciente es elegible para recibir la asistencia financiera en virtud de la FAP, la Organización tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revocar cualquier ECA tomada contra el Paciente para obtener el pago por la atención. Dichas medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, entre otras, medidas para revocar una sentencia contra el Paciente, levantar cualquier gravamen o embargo en los bienes del Paciente y eliminar del informe crediticio del Paciente cualquier información

adversa que haya sido informada a la agencia de información sobre la solvencia crediticia o a oficinas de crédito.

9) Apelaciones. El Paciente puede apelar un rechazo de elegibilidad para recibir asistencia financiera proporcionando información adicional a la Organización dentro de los catorce (14) días calendario de la recepción de la notificación de rechazo. Todas las apelaciones serán revisadas por la Organización para una determinación definitiva. Si la determinación definitiva confirma el rechazo anterior de la asistencia financiera, se le enviará una notificación por escrito al Paciente. Una apelación no extiende ni restablece el proceso de solicitud establecido en esta Política de facturación y cobros.

10) Cobros. Al finalizar los procesos anteriores, la Organización puede proceder con las ECA contra Pacientes que no tienen seguro y que tienen seguros insuficientes con cuentas retrasadas, según lo determinen los procedimientos de la Organización para establecer, procesar y controlar las facturas y planes de pago del Paciente. Sujeto a las restricciones identificadas en el presente, la Organización puede utilizar una agencia externa con reputación para cobrar deudas incobrables u otro proveedor de servicios para procesar cuentas con deudas incobrables, y dichas agencias o proveedores de servicio cumplirán con las disposiciones de la 501(r) aplicables a terceros.

Anexo B

Kansas Surgery & Recovery Center LLC

**LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA
FINANCIERA**

10/1/2025

Según Reg. Sec. 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) y la Notificación 2015-46, esta lista especifica qué proveedores de atención de emergencia y atención necesaria por razones médicas ofrecida en instalaciones hospitalarias están cubiertos por la Política de asistencia financiera (FAP):

Kansas Surgery & Recovery Center LLC

Médicos cubiertos por la FAP:

Ninguno

Anexo C

Kansas Surgery & Recovery Center LLC

CÁLCULO DEL MONTO GENERALMENTE CALCULADO

10/1/2025

Kansas Surgery & Recovery Center calcula el porcentaje de AGB para cargos de instalaciones hospitalarias usando el método retroactivo e incluyendo cargos por servicios de Medicare y todos las aseguradoras privadas de salud que pagan reclamos a la Organización, todo de acuerdo con la sección de reglamentaciones del IRS 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii). Los detalles de esos cálculos y los porcentajes de AGB se describen a continuación.

El porcentaje de AGB para los cargos de las instalaciones hospitalarias de Kansas Surgery & Recovery Center: 35.00 %

Estos porcentajes de AGB se calculan dividiendo la suma de los montos de todos los reclamos de las instalaciones hospitalarias por atención de emergencia y otra atención necesaria por razones médicas que ha sido permitida por el pago de servicios de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud que pagan reclamos a las instalaciones hospitalarias (de forma separada para los cargos de instalaciones y servicios profesionales) por la suma de los cargos brutos asociados a esos reclamos. Los únicos reclamos que se utilizan para determinar el AGB son aquellos que fueron permitidos por una aseguradora de salud durante el período de 12 meses antes del cálculo de AGB (en lugar de aquellos reclamos que se relacionan con la atención proporcionada durante los 12 meses anteriores).