

HUNTINGTON MEMORIAL HOSPITAL
PROCEDIMIENTO Y POLÍTICA ADMINISTRATIVA

TEMA: Política de cobro y facturación para los pacientes	POLÍTICA N.º:	PÁGINA 1 DE 6
APROBACIÓN AUTORIZADA:	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 01/01/2016	REEMPLAZA

OBJETIVO

El objetivo de esta política es establecer las pautas y los procedimientos para los proceso de cobro y facturación directos del saldo impago de los pacientes.

POLÍTICA

Con respecto a los pacientes con saldos que deben abonar ellos mismos, tales saldos se les facturarán a los pacientes o a su garante, de acuerdo con las disposiciones de la política de asistencia financiera de Huntington y los procedimientos mencionados en esta política de cobro. Los saldos del paciente pueden ser el resultado de los pasivos asignados después del pago por parte de un plan de seguro o programa gubernamental, como Medicare, o pasivos por no contar con seguro. Todas las actividades de cobro y facturación deben cumplir con el Artículo 501(r) de la Ley sobre Políticas de Fijación de Precios Justos para Hospitales del Código de Rentas Internas y de la Ley sobre Prácticas Justas en el Cobro de Deudas.

DEFINICIONES

- I. A CONTINUACIÓN SE DEFINE LA ASISTENCIA FINANCIERA, previamente denominada ASISTENCIA CARITATIVA:

La asistencia financiera es una ayuda económica para un paciente o un tercero responsable que no incluye los descuentos que normalmente se proporcionan a los titulares de las pólizas de seguros; son precios de contrato que se negocian con las compañías de seguro u otros ajustes que se realizan una vez que se ha emitido la factura final. Cuando el paciente pueda pagar parte de su factura, se considerará la condonación de una parte de la cuenta como una asistencia financiera parcial. La asistencia financiera también puede incluir asistencia para pacientes que han incurrido en costos médicos altos, que se definen como costos de atención médica anuales superiores al 10 % de los ingresos familiares.

La asistencia financiera no se debe considerar como un reemplazo de la responsabilidad personal y se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Huntington Memorial Hospital para solicitar la asistencia financiera, y que contribuyan a los costos de su atención en función de su capacidad individual para pagar.

PLAN DE PAGO RAZONABLE: pagos mensuales que no superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente para un mes, sin incluir las deducciones de los gastos básicos de subsistencia. Los gastos básicos de subsistencia incluyen cualquiera de los siguientes gastos: el alquiler, o pago y mantenimiento de vivienda, alimentos y artículos domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, gastos médicos y dentales, el seguro, la escuela o atención infantil, la asistencia para un niño o cónyuge, el transporte y los gastos de automóvil, incluidos el seguro, la gasolina y las reparaciones, los pagos en cuotas, la lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

II. A CONTINUACIÓN SE DEFINE A LOS PACIENTES CON ASISTENCIA FINANCIERA:

- A. Los pacientes sin seguro (es decir, sin seguro de terceros, Medicare, Medicaid, o con lesiones o afecciones que califican para el seguro de compensación del trabajador o el seguro automotor por lesiones) que no pueden pagar, según los criterios que se describen en la sección Elegibilidad a continuación.
- B. Los pacientes asegurados cuya cobertura y capacidad de pagar son insuficientes para cubrir sus gastos de bolsillo.
- C. Los pacientes asegurados que no pueden pagar parte de la factura debido a copagos no cobrados, deducibles y servicios no cubiertos. .
- D. Un paciente asegurado o sin seguro con gastos médicos altos cuyos ingresos familiares no superen el 350 % del nivel de pobreza federal, pero cuyos gastos médicos de bolsillo superen el 10 % de su ingreso para el año anterior.
- E. Cualquier paciente que demuestre que es incapaz de pagar, y que no tiene una deuda incobrable, que es la negativa a pagar por parte del paciente.
- F. El hospital no basará su determinación de que la persona no es elegible para obtener asistencia financiera en información que el hospital considere, con justificación, que no es confiable o que es incorrecta, o en información obtenida bajo coacción o prácticas coercitivas.

III. MONTOS QUE GENERALMENTE SE FACTURAN

Los montos que generalmente se facturan (AGB, por sus siglas en inglés) se definen como el monto máximo para un paciente que califica en virtud de la política de asistencia financiera para una beneficencia u otro tipo de descuento, que es igual a los montos promedio históricamente permitidos como un porcentaje de cargos facturados por todos los servicios prestados conforme al programa Medicare durante el último período de 12 meses, calculado de conformidad con el artículo 501(r) del Código de Rentas Internas. Los servicios para pacientes hospitalizados se facturarán en un determinado porcentaje de cargos facturados en una escala móvil que refleja los diferentes niveles de utilización de los servicios. Los servicios para pacientes ambulatorios se facturarán en los montos promedio permitidos por Medicare para pacientes ambulatorios del hospital, como un porcentaje de cargos facturados durante el último período de 12 meses, como se mencionó anteriormente para pacientes hospitalizados. Consulte el Anexo A para ver el cálculo de AGB.

IV. MEDIDAS DE COBRO EXTRAORDINARIO

Tal como se define en el Artículo 501(r) (6) del Código de Rentas Internas, las medidas de cobro extraordinario (ECA, por sus siglas en inglés) son acciones de cobro que se toman en contra de un paciente o garante por falta de pago, e incluyen, entre otras, las siguientes:

- A. Brindar información adversa a agencias de crédito
- B. Colocar un gravamen sobre la propiedad de la persona, excepto aquellos que permite la ley estatal por sentencias o acuerdos como parte de un caso de lesiones personales
- C. Ejecutar hipotecas sobre bienes inmuebles, según lo permitido en las regulaciones estatales y federales
- D. Embargar o confiscar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otro bien personal
- E. Iniciar una demanda civil en contra de una persona o solicitar una orden de arresto
- F. Ocasionar el arresto de una persona
- G. Aplazar o rechazar atención médica necesaria a causa de la falta de pago de una factura por atención prestada anteriormente, cubierta por la política de asistencia financiera del hospital
- H. Requerir un pago antes de prestar atención médica necesaria por facturas pendientes de pago por atención prestada anteriormente
- I. Embargar el sueldo de una persona
- J. Determinadas ventas de la deuda del paciente a un tercero

Las acciones de cobro extraordinarias *no* incluyen la aplicación de un gravamen sobre pagos por juicio, acuerdo o compromiso adeudados a una persona como resultado de lesiones personales para las cuales se brindó atención médica. Además, el protocolo de ABG y FAP no se aplica a fideicomisos, patrimonios, asociaciones, sociedades, compañías, LLC, agencias gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro o compañías que asumen la deuda de la persona. Sin embargo, con respecto a las medidas que se incluyen en esta política, el establecimiento considerará que cualquier individuo que haya aceptado o deba aceptar hacerse responsable de que una persona reciba tratamiento médico es equivalente a la primera persona que recibe una factura hospitalaria por la atención.

PROCEDIMIENTOS

I. FACTURACIÓN INICIAL PARA PACIENTES

- A. Los pacientes sin seguro o cobertura de algún programa patrocinado por el gobierno recibirán un resumen de facturación para pacientes inicial en un plazo de 10 días desde la fecha del servicio.

- B. Todos los cargos que se facturen directamente a un paciente que no esté asegurado o cubierto por un programa patrocinado por el gobierno serán facturados o descontados del precio de lista del hospital respecto del monto que se factura generalmente a Medicare.
- C. El resumen de facturación para pacientes inicial incluirá una versión en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera del hospital, que incluye información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
- D. Para pacientes con cobertura de seguro primario, cualquier saldo restante después del pago de seguro primario, es decir deducibles, copagos, coseguros, cargos no cubiertos, se facturará al paciente en un plazo de 10 días desde los pagos de seguro primario.
- E. Los estados de cuenta de los pacientes con saldos secundarios a un pago de seguro primario incluirán un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera del hospital, que incluye información sobre cómo solicitarla.
- F. Todos los pacientes podrán pagar cualquier monto pendiente a plazo y el hospital negociará un acuerdo de pago en buena fe. Si no se logra un acuerdo, el hospital debe aceptar el "plan de pago razonable" según lo que define la ley.
- G. El resumen de facturación para pacientes inicial incluirá una copia de la versión en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera y la solicitud para el beneficio, que incluye información sobre cómo se aplicará el descuento en el monto del cargo bruto.

II. CICLOS DE FACTURACIÓN

- A. Los resúmenes de saldo adeudado se generan cada 30 días después de la fecha del resumen inicial.
- B. El hospital generará dos resúmenes durante los primeros 60 días después de la facturación de pago autónomo inicial.
- C. Después de 60 días, la cuenta que adeuda se asignará a un proveedor pre cobro para una mayor actividad de seguimiento. Mientras la cuenta se encuentre con el proveedor pre cobro, se realizarán dos llamadas al garante, y luego se emitirán dos resúmenes adicionales.
- D. La duración del seguimiento previo al cobro será de 56 días, y la cuenta permanecerá en las cuentas por cobrar activas del hospital y no pasará a deudas incobrables.
- E. Cuando finalice el seguimiento previo al cobro, la cuenta será transferida automáticamente a cuentas incobrables y se derivará a una de dos agencias de cobro predeterminada, según el orden alfabético del apellido del garante. Ninguna cuenta se asignará a cobros antes de los 150 días desde la primera facturación del paciente ni mientras esté en proceso una solicitud de asistencia financiera.
- F. Los pacientes con un plan de pago formal recibirán un resumen mensual del monto actual adeudado hasta que se cumpla el plan de pago.

III. ASIGNACIÓN DE CUENTAS MOROSAS A AGENCIAS DE COBRO

- A. Los pacientes inscritos en un plan de pago formal que estén efectuando los pagos mensuales programados no serán asignados a cobros, a menos que el plan de pago caiga en mora.
- B. Si un paciente está cubierto conforme al programa de asistencia financiera del hospital con un plan de pago extendido y no se cumplen los pagos, el hospital debe tomar las siguientes medidas antes de que una cuenta se pueda asignar a una agencia de cobro:
 - a. Intentar comunicarse con el paciente por teléfono
 - b. Notificar por escrito que es posible que el plan pase a ser inválido
 - c. Informarle al paciente la oportunidad de renegociar el plan de pago e intentar hacerlo si lo solicita el paciente
 - d. La notificación y la llamada telefónica se pueden realizar al último número de teléfono y dirección conocidos del paciente
- C. Después de que se emita el resumen final de una cuenta morosa, la cuenta se revisa por última vez antes de asignarla a una agencia de cobro, para garantizar que no esté pendiente una solicitud de asistencia financiera.
- D. Huntington Hospital contrata múltiples agencias de cobro externas, pero conserva la propiedad total de las cuentas por cobrar y cuenta con la decisión final con respecto a cualquier resolución de una cuenta.
- E. Las cuentas se enviarán a una agencia de cobro por falta de pago y al no mediar solicitud de asistencia financiera o una comunicación con el hospital para realizar acuerdos de pago.
- F. Los pacientes que proporcionan datos demográficos imprecisos, y en los casos en los que el hospital no pueda determinar una dirección válida, pueden derivarse a cobros antes de los 150 días.
- G. Las agencias de cobro contratadas deben cumplir con la política de asistencia financiera del hospital en todos los términos relacionados con la solicitud de procedimientos de asistencia y plazos, la negociación de planes de pago y las reglas para aplicar ECA.
- H. No se iniciarán ECA en contra de un paciente durante los primeros 150 días después de enviar por correo el primer resumen de facturación. Esto incluye informes de calificación negativa a agencias de crédito.
- I. Se le informará por escrito al paciente no menos de 30 días antes de que se inicien ECA. La notificación 30 días antes incluirá la versión en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera. La agencia de cobro intentará llamar por teléfono al garante como parte de la notificación 30 días antes de las ECA. La agencia de cobros es responsable de realizar esta notificación antes de que se inicie alguna ECA. El hospital es el mayor responsable de las medidas de las agencias de cobro.
- J. Si se realiza una solicitud de asistencia financiera cuando una cuenta ya ha sido asignada a una agencia de cobro, la agencia retendrá la cuenta durante el proceso de solicitud.

- K. Si el hospital tiene conocimiento de alguna cobertura de seguro verificada, ya sea Medi-Cal u otra, la cuenta será recuperada de la agencia y se le facturará el servicio al seguro.
- L. Los pagos efectuados directamente al hospital para las cuentas asignadas a una agencia de cobro se informarán a dicha agencia diariamente.
- M. Cualquier acción legal realizada contra un paciente, como gravámenes, acciones judiciales, embargos de sueldo, etc. debe contar con la aprobación del director de Servicios Financieros de Pacientes y las agencias de cobro deben notificar adecuadamente estas actividades 30 días por adelantado.
- N. Cualquier acción legal de ECA será realizada por cobros en nombre del hospital. El hospital mantiene el control total sobre cualquier acción legal de ECA.
- O. El hecho de que un paciente tenga deudas incobrables no se utilizará como motivo para rechazar futuros servicios médicos necesarios en el hospital.