

 Reid Health	Departamento: Administración del Ciclo de ingresos
Nombre: Política de facturación y cobros	Número de política 7650-SBO-2
Fecha final de aprobación: 09/25/2024	Fecha de la siguiente revisión: 09/25/2027
Propietario: Julie Morrison (Directora de Administración del ciclo de ingresos)	

I. Política

La Política de facturación y cobros (la “Política”) de Reid Health (el “Hospital”) es consistente con la misión y los valores del Hospital y toma en consideración la capacidad de cada persona para contribuir al costo de su atención médica y la capacidad económica del Hospital para dar la atención médica.

El Hospital tiene la responsabilidad fiduciaria de buscar el reembolso por los servicios que prestó de las personas que tienen la capacidad de pagar, de aseguradoras de terceros que cubren el costo de la atención médica y de otros programas de asistencia para los que es elegible el paciente.

Conforme la Sección 501(r)(6) del Código de Impuestos Internos de 1986, según enmienda (“Código”), el Hospital no está comprometido con las medidas extraordinarias de cobranza (ECA) antes que el Hospital haya hecho los esfuerzos razonables para determinar si el paciente/garante es elegible para recibir asistencia bajo la Política de asistencia económica del Hospital.

Según lo descrito con más detalle aquí dentro, en ningún caso se hará ninguna ECA hasta que hayan transcurrido al menos 240 días después de enviar el primer estado de cuenta al paciente/garante, independientemente si la cuenta se considera deuda incobrable o se asignó a una agencia de cobros de terceros.

II. Propósito

El propósito de esta Política es explicar, de forma sencilla, los procedimientos del Hospital para la facturación y cobro de saldos adeudados por un paciente/garante.

III. Definiciones

- a. Deuda incobrable: una cuenta por cobrar basada en los servicios prestados a un paciente que se considera incobrable después de hacer los esfuerzos razonables de cobro según las directrices de cobro del Hospital, no es obligación de ninguna agencia federal o estatal y no se considera como atención médica gratuita.
- b. Acción de cobro: cualquier actividad por medio de la que el Hospital o su agente nombrado solicita el pago por servicios de un paciente/garante. Una acción de cobro debe incluir la solicitud de un depósito de un ingreso o tratamiento previos, estados de cuenta, cartas de cobro, llamadas telefónicas, contactos personales y actividades por medio de agencias de cobro o abogados.
- c. Medidas extraordinarias de cobranza (ECA): cualquier actividad que incluya recursos legales como la presentación de un embargo contra la propiedad; demanda contra el paciente/garante para obtener una sentencia; embargo del sueldo.

IV. INFORMACIÓN GENERAL Y PROCEDIMIENTOS**A. Previo al servicio**

1. Cuando programa o se inscribe para servicios, se pide a los pacientes que proporcionen la confirmación de la información financiera y la cobertura del seguro de terceros para determinar su capacidad de pago por los gastos que el paciente incurrió gracias a los servicios prestados.
2. Los servicios no emergentes o electivos podrían retrasarse si el paciente/garante decide no ayudar a la organización proporcionando la información necesaria para establecer su capacidad de pago o la necesidad de asistencia económica. Los pacientes que envíen una solicitud y califiquen para el Programa de Asistencia Económica del Hospital no serán aplazados ni se les negarán los servicios médicamente necesarios.
3. El proveedor será notificado durante el proceso de programación que los servicios se podrían retrasar o reprogramar y dará la oportunidad de dar más información de la condición médica del paciente y la necesidad de recibir atención médica inmediata.
4. Si se determina durante la programación de cualquier servicio no emergente o electivo que un paciente no tiene cobertura del seguro, el paciente será remitido a un Especialista de beneficio de paciente o para determinar la posible cobertura bajo cualquier programa gubernamental o el Programa de asistencia económica del Hospital.

B. Descuentos

Pacientes que en verdad sean pago por sí mismo recibirán los ajustes siguientes automáticamente. Estos descuentos son exclusivos a cualquier otro descuento o ayuda financiera.

Pacientes de pago por sí mismos recibirán un descuento de su cargo total. Este descuento aplicará al ambos en el hospital y a los servicios de los doctores en el hospital. El monto del descuento será consistente con el %AGB y se ajustará apropiadamente.

C. Pago por sí mismo

1. Cuando el paciente/garante tiene un saldo pendiente, siempre se pide el pago total.
2. La cuenta será remitida automáticamente al proveedor de ayuda temprana de la organización hasta que logre el estado de pago por sí mismo, incluyendo las cantidades que debe el paciente después del pago de terceros. Se enviará un estado de cuenta inicial al paciente/garante y se notificará que está disponible la asistencia económica, incluyendo cómo comunicarse con un Especialista de beneficio del paciente.
3. Los estados de cuenta se enviarán en un ciclo de incremento gradual de 30 días para un mínimo de cuatro estados de cuenta o hasta que se pague el saldo. Se harán llamadas de seguimiento. La parte posterior de cada estado de cuenta incluirá cómo enviar una solicitud para recibir asistencia.

4. Cualquier facturación subsiguiente, estados de cuenta, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contactos personales, notificaciones de computadora o cualquier otro método de notificación constituye un esfuerzo genuino para comunicarse con el paciente/garante para la obligación de resolver los saldos pendientes.
5. Si se devuelve el estado de cuenta del paciente por dirección incorrecta o porque es imposible entregarlo, deben hacerse los intentos para encontrar una mejor dirección utilizando todos los recursos disponibles, incluyendo los recursos de Internet y los métodos estándares de seguimiento por omisión.
6. Todos los esfuerzos por cobrar y cualquier consulta iniciada por el paciente debe documentarse en el sistema de facturación por computadora y estar disponibles para revisión de cualquier empresa o agencia de auditoría.
7. Se considera una violación a esta Política el participar en cualquier acción que pudiera desalentar a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes en el departamento de emergencia paguen antes de recibir el tratamiento para condiciones médicas de emergencia o permitiendo actividades de cobro de deuda en el departamento de emergencia o en otras áreas del Hospital donde dichas actividades podrían interferir con la prestación de servicios, sin discriminación, de la atención médica de emergencia.
8. Para todas las cuentas de paciente pagadas por sí mismo, la actividad de cobro terminará cuando un paciente haya solicitado asistencia económica hasta que se haya tomado la determinación, de acuerdo con la Política de asistencia económica del Hospital.

D. Planes de pago

1. En general, se espera el pago en su totalidad al momento de la recepción de un estado de cuenta del Hospital.
2. Los pacientes deben comunicarse con los Servicios Financieros del Paciente para establecer cualquier plan de pago, para que las cuentas se marquen adecuadamente y evitar acciones de cobro posteriores.
3. El Hospital tiene las siguientes opciones de plan de pago:
 - Plan de pago interno hasta de 23 meses sin intereses.
 - Hasta 60 meses sin intereses con un proveedor externo de financiamiento de servicio de salud como se indica abajo:
 - i. 2 años por cantidades de \$3,999.99 o menos;
 - ii. 3 años por cantidades entre \$4,000 y \$6,999.99;
 - iii. 4 años por cantidades entre \$7,000 y \$9,999.99;
 - iv. 5 años por cantidades entre \$10,000 y \$50,000
4. Queda a discreción del Director de Administración del Ciclo de ingresos la aprobación de cualquier plan diferente a los de arriba, según la necesidad del paciente/garante y la situación económica en el momento en que se negocie el contrato.

E. Litigación de terceros

1. Las cuentas que involucren litigación de terceros que necesita la intervención por medio de un asesor jurídico pueden asignarse a un estado de deuda incobrable y se remiten para seguimiento.
2. Tales cuentas pueden remitirse al Representante Financiero del Director del Hospital para la aprobación según el período de tiempo que se espera para recuperar el pago y la necesidad de un asesor jurídico.

F. Agencias de cobro

1. El Hospital contrata agencias de cobro externas para ayudar con el cobro de cuentas morosas y sin pago.
2. El Hospital necesita de dichas agencias para registrarse por esta Política para aquellas deudas que la agencia busca, incluyendo la obligación de abstenerse de las ECA según lo indicado bajo el Código Sección 501 (r)(6).
3. Las agencias de cobro ofrecerán a los deudores una oportunidad de enviar una solicitud de asistencia una vez se haya hecho el contacto, previo al principio de cualquier ECA, durante el período previo al día 240.º de la primera notificación al deudor.
4. Las cuentas morosas/incobrables que se remiten a las agencias de cobro porque el paciente/garante no ha cooperado ni ha comunicado sus dificultades económicas según la Política de asistencia económica del Hospital no son elegibles para asistencia más allá del día 240.º después de su primer estado de cuenta de facturación.
5. En ningún caso ninguna ECA se tomará hasta al menos 240 días después de que se haya enviado el primer estado de cuenta al paciente/garante, independientemente de si la cuenta se considera una cuenta incobrable o se asignó a una agencia de cobros de terceros.

G. Cómo obtener una copia de la Política de cobros del Hospital

Esta Política y la Política de asistencia económica del Hospital con la Solicitud de Asistencia económica están disponibles sin ningún cargo en línea en el sitio web del Hospital en www.ReidHealth.org. Tanto las políticas como la Solicitud de Asistencia económica están disponibles gratis a petición en:

Reid Health
ATTN: Patient Financial Services Policy Request
1100 Reid Parkway
Richmond, IN 47374

También se pueden obtener llamando al 800.382.7343, extensión 3286.

V. Documentos relacionados

- a. Política de asistencia económica

VI. Referencias

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (PPACA), Título IX, Subtítulo A, Sección 9007(a)(4); Sección 501 (r)(6) del Código de Impuestos Internos de

1986 según enmienda; §1867 de la Ley de Seguro Social (42 USC 1395dd); Centros para Servicios de Medicare y Medicaid Requisitos para Deuda incobrable de Medicare 42 CFR 413.89.

VII. Proceso de aprobación

Directora de la Administración del ciclo de ingresos

Vicepresidente/Representante financiero Comité de Finanzas de la Junta de Gobierno