

Pagos del paciente y las políticas de cobro

PROPÓSITO

El propósito de esta política es establecer las pautas y los procedimientos para el pago directo del paciente y los procedimientos de cobro de saldos impagos de pacientes.

POLÍTICA

El saldo de cuenta de los pacientes que sean su responsabilidad de pago serán enviados al paciente o a su garante según las disposiciones de la política de ayuda financiera del Hospital del Distrito de Lake y los procedimientos enumerados en esta política de cobro. El saldo del paciente pueden ser el resultado de obligaciones asignadas luego del pago con un plan de salud o un programa gubernamental como Medicare, así como también las obligaciones luego del pago por no contar con un seguro. Todas las actividades de solicitud de pago y de cobro se deben realizar en cumplimiento con la ley de políticas de precio justo del hospital, sección 501(r) del Código impositivo interno y la Ley de prácticas justas para el cobro de deudas.

DEFINICIONES

I. AYUDA FINANCIERA, anteriormente denominada SERVICIOS DE CARIDAD

La ayuda financiera es un auxilio económico que se brinda a un paciente o a una parte responsable y no incluye los descuentos normalmente otorgados a quienes poseen una póliza de seguro, los precios de contrato negociados con las compañías de seguro ni otros ajustes luego de que se emita la factura final. Cuando el paciente es capaz de pagar parte de la cuenta, se otorga un descuento de una parte de esta cuenta como ayuda financiera. La ayuda financiera también puede incluir ayuda a pacientes que han incurrido en costos médicos altos, definido como costos anuales para el cuidado de la salud mayores al 10% del ingreso familiar.

La ayuda financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal, y se espera que los pacientes cooperen con el procedimiento del Hospital del Distrito de Lake para la solicitud de ayuda financiera, y que contribuyan con los costos de su cuidado según su capacidad individual para pagar.

PLAN DE PAGO RAZONABLE: se refiere a pagos mensuales que no superen el 10% del ingreso familiar durante un mes. Se excluyen las deducciones por gastos de vida esenciales. “Gastos de vida esenciales” se refiere a los gastos por alquiler, pago de hipoteca y mantenimiento, comida, elementos del hogar, servicios públicos y teléfono, ropas, cuentas médicas y odontológicas, seguro, escuela y cuidado infantil, apoyo infantil o conyugal, transporte y gastos del automóvil, incluso seguro, gasolina y reparaciones, pago de cuotas, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

II. PACIENTES PARA LA AYUDA FINANCIERA

A. Pacientes no asegurados (quienes no tengan seguro de terceros, Medicare, Medicaid, o que tengan lesiones o afecciones que califiquen para una indemnización por accidente de trabajo o un seguro de automóvil ante lesiones) que no tengan capacidad para pagar según los criterios descritos en la sección Elegibilidad más adelante.

- B. Pacientes con seguro, pero cuya cobertura y capacidad de pago son inadecuadas para cubrir sus gastos adicionales.
- C. Pacientes asegurados que no son capaces de pagar la parte de la cuenta que surge de copagos no cobrados, deducibles y servicios no cubiertos.
- D. Un paciente asegurado o no asegurado con costos médicos altos, cuyo ingreso familiar no exceda el 400% del nivel federal de pobreza, pero cuyos costos médicos adicionales excedan el 10% de los ingresos del año anterior.
- E. Cualquier paciente que demuestre incapacidad de pago, en contraposición con deudas incobrables, que implica la falta de voluntad de pago por parte del paciente.
- F. El hospital no basará su determinación de que el individuo no es elegible para recibir ayuda financiera sobre la base de información que el hospital considera, con razones para hacerlo, no confiable, incorrecta, o que fue obtenida bajo amenaza o coerción.

III. CANTIDADES GENERALMENTE COBRADAS

Las cantidades generalmente cobradas (AGB) se definen como la cantidad máxima que un paciente que califica para la política de ayuda financiera para recibir asistencia u otro descuento puede pagar, que es igual al monto promedio históricamente permitido como porcentaje de cargos cobrados por todos los servicios provistos bajo el programa Medicare durante un período previo de 12 meses, calculado de acuerdo con el IRS 501(r). El precio de los servicios para pacientes hospitalizados será un cierto porcentaje de los cargos cobrados con tarifas móviles que reflejen diferentes niveles de utilización de los servicios. Los pacientes ambulatorios deberán pagar el monto promedio permitido para Medicare del hospital como un porcentaje de cargos cobrados durante un período previo de 12 meses, como se mencionó anteriormente para los pacientes hospitalizados. Consulte el **Apéndice A: Cálculo de las cantidades generalmente cobradas (AGB)** para calcular la AGB.

IV. ACCIONES DE COBRO EXTRAORDINARIAS (ECA)

Tal como se define en la sección 501(r) (6) del Código impositivo interno, las ECA son actividades de cobro que pueden llevarse a cabo contra un paciente o un garante que no cumpla con el pago, que incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

- A. Enviar informes adversos a agencias crediticias.
- B. Colocar un gravamen sobre una propiedad individual, salvo aquellas permitidas bajo la ley estatal debido a juicios o acuerdos como parte de un caso de lesión personal
- C. Ejecutar una hipoteca sobre propiedad real, según lo permitan las regulaciones estatales y federales.
- D. Embargar o incautar una cuenta bancaria individual u otra propiedad personal.
- E. Comenzar acciones civiles contra un individuo o pedir una orden de arresto.
- F. Causar el arresto del individuo.

- G. Postergar o denegar cuidado médicamente necesario debido a la existencia de cuentas por pagar correspondientes a servicios de cuidado brindados previamente y cubiertos con la política de ayuda financiera del hospital.
- H. Solicitar el pago antes de brindar cuidados médicamente necesarios debido a la existencia de cuentas por cobrar correspondientes a servicios de cuidado brindados previamente.
- I. Embargar el salario del individuo.
- J. Vender ciertas deudas del paciente a terceros.

Las acciones de cobro extraordinarias no incluyen el gravamen impuesto en los procedimientos de un juicio, un acuerdo o un compromiso debido a un individuo como resultado de una lesión personal por la que se brindaron servicios médicos. Además, el protocolo de ABG y de FAP no aplica a fideicomisos, herencias, sociedades, asociaciones, corporaciones, compañías con responsabilidad limitada (LLC), agencias gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro ni negocios que asuman las deudas individuales. Sin embargo, con respecto a las acciones contempladas en esta política, la organización considerará a cualquier individuo que haya aceptado o a quien se le haya solicitado que acepte responsabilidad por un individuo que reciba tratamiento médico como equivalente al primer individuo que recibe la orden de pago del hospital por los cuidados brindados.

PROCEDIMIENTOS

I FACTURACIÓN INICIAL PARA EL PACIENTE

- A. Los pacientes que no cuenten con seguro ni cobertura de ningún programa patrocinado por el gobierno recibirán una solicitud de pago para el paciente dentro de los 10 a 30 días desde la fecha del servicio.
- B. Todos los cargos que se facturen directamente al paciente no asegurado o cubierto por un programa patrocinado por el gobierno serán facturados o reducidos de la lista de precios del hospital al monto que es generalmente facturado a Medicare.
- C. El pedido de pago inicial para el paciente incluirá información sobre cómo solicitar ayuda financiera.
- D. Para los pacientes con cobertura de seguro primaria, los saldos remanentes luego del primer pago del seguro primario, es decir, deducibles, copagos, coseguros y cargos no cubiertos, serán facturados al paciente dentro de los 14 días posteriores a los pagos del seguro primario.
- E. Los extractos de cuentas para los pacientes con saldos secundarios a un pago de seguro primario incluirán información sobre cómo solicitar ayuda financiera.
- F. Todos los pacientes pueden pagar cualquier cantidad debida durante un tiempo, y el hospital negociará un acuerdo de pago de buena fe. Si no se puede llegar a un acuerdo, el hospital deberá aceptar el “plan de pago razonable” según lo define la ley.
- G. El extracto de pago inicial del paciente incluirá un Resumen simplificado de la Política de ayuda financiera del hospital.

II CICLOS DE COBRO DE EXTRACTOS

- A. Los extractos de saldo debidos se generan cada 30 días luego de la fecha del extracto inicial.
- B. El hospital generará tres extractos durante los primeros 90 días desde la primera cuenta de pago automático.
- C. Luego de 120 días, la cuenta impaga será asignada a un agente de precobro para las siguientes actividades de seguimiento. Mientras la cuenta se encuentre en manos del agente de precobro, se realizarán dos llamadas salientes al garante, seguidas de la emisión de dos extractos adicionales.
- D. La duración de las actividades de precobro será de 60 días, y la cuenta permanecerá entre las cuentas activas por cobrar en el hospital, y no será calificada como cuenta incobrable.
- E. Luego de la finalización del ciclo de precobro, la cuenta será automáticamente considerada como incobrable y enviada a una agencia de cobro. Ninguna cuenta se considerará incobrable antes de los 150 días desde la primera facturación al paciente, ni durante el proceso de solicitud de ayuda financiera.
- F. Los pacientes con un plan de pago formal recibirán un extracto mensual de la cantidad debida actual hasta que se complete el plan de pago.

III ASIGNACIÓN DE AGENCIAS DE COBRO PARA CUENTAS EN MORA

- A. Los pacientes inscritos dentro de un plan de pago formal que realicen pagos mensuales planificados no serán asignados a agencias de cobro, salvo que el plan de pago entre en mora.
- B. Si un paciente está cubierto por el programa de ayuda financiera del hospital con un plan de pago extendido, y los pagos no se cumplen, el hospital puede llevar a cabo acciones antes de que la cuenta se asigne a una agencia de cobro.
 - 1. Intentar contactarse con el paciente por teléfono.
 - 2. Enviar notificaciones por escrito donde se informe que el plan puede haberse tornado inoperable.
 - 3. Informar al paciente de la oportunidad de renegociar el plan de pago e intentar hacerlo si el paciente lo solicita.
 - 4. La notificación y la llamada telefónica pueden realizarse con el último número de teléfono y la última dirección registrados del paciente.
- C. Luego de que se envíe el extracto final de una cuenta en mora, la cuenta será revisada una última vez antes de asignarla a una agencia de cobro para asegurarse de que no haya una solicitud de ayuda financiera pendiente.

Si la solicitud de FAP se encuentra pendiente debido a que está incompleta, y el individuo ha enviado una solicitud de FAP durante el período de solicitud, el hospital enviará al individuo un aviso por escrito en el que solicitará información adicional o los documentos solicitados según el formulario de solicitud de FAP o según la FAP antes de completar la solicitud de FAP.

Si la solicitud de FAP es luego completada durante el período de solicitud, el individuo será considerado como candidato para la solicitud de FAP durante el período de solicitud.

Si la cuenta ya fue asignada a una agencia de cobro, la agencia puede dejar la cuenta en espera durante el proceso de solicitud, y el hospital suspenderá todas las acciones de ECA.

Las solicitudes de ayuda financiera deberán procesarse con prontitud, y el LDH debe notificar al paciente por escrito dentro de los 30 días desde la recepción de la solicitud completa.

- D. El Hospital del Distrito de Lake contrata agencias de cobro externas, pero mantiene la propiedad total de las cuentas por cobrar y tiene la última palabra al momento de tomar resoluciones sobre las cuentas.
- E. Las cuentas serán enviadas a una agencia de cobro debido a la falta de pago de la cuenta y la ausencia de solicitud de ayuda financiera o de contacto con el hospital para acordar un pago.
- F. Los pacientes que brinden datos demográficos imprecisos y que impidan que el hospital determine una dirección válida pueden ser enviados a la agencia de precobro antes de los 150 días. Es responsabilidad del garante brindar una dirección correcta en el momento del servicio o luego de mudarse. Si la dirección de la cuenta no es válida, o, si por alguna razón, no se puede enviar correo al individuo, se tomará la determinación por “esfuerzo razonable”.
- G. Las agencias de cobro contratadas deben seguir la política de ayuda financiera del hospital en lo que respecta a los procedimientos y los plazos de solicitud de ayuda, la negociación de planes de pago y las reglas para comenzar con las ECA.
- H. Las ECA no se iniciarán contra un paciente durante los primeros 150 días posteriores al envío del primer extracto de pago. Esto incluye informes de crédito negativo a agencias crediticias.
- I. El paciente será notificado por escrito no menos que 30 días antes de que se inicie cualquier ECA. La notificación de 30 días incluirá un Resumen simplificado de la Política de ayuda financiera del hospital. La agencia de precobro intentará contactar al garante por teléfono como parte de la notificación 30 días antes de comenzar con las ECA. La agencia de precobro es responsable de enviar esta notificación antes de que se inicie cualquier ECA. El hospital es responsable en última instancia por las acciones de cobro.
- J. Si se completa una solicitud de ayuda financiera cuando la cuenta ya fue asignada a una agencia de cobro, la agencia puede dejar la cuenta en espera durante el proceso de solicitud.
- K. Si se informa al hospital de cualquier cobertura de seguro o de Medicaid verificada, el hospital puede pedir la cuenta a la agencia y facturar el servicio al seguro.
- L. Se informarán diariamente los pagos de las cuentas asignadas a una agencia de cobro que se realicen directamente al hospital.

- M. Cualquier acción legal contra un paciente se limitará a gravámenes, demandas o embargos de sueldo. Toda acción legal debe ser aprobada por el director de Servicios financieros para el paciente, y las agencias de cobro deben enviar la correspondiente notificación 30 días antes.
- N. Cualquier ECA como acción legal será llevada a cabo por la agencia de cobro en representación del hospital, y el hospital mantiene el control total sobre las acciones legales de las ECA.
- O. El hecho de que el paciente tenga una cuenta incobrable no se utilizará como motivo para denegar futuros servicios médicos en el hospital.

Apéndice A
Cálculo de cantidades generalmente cobradas (AGB)

El método utilizado para calcular la AGB es un método en retroactivo histórico basado en los pedidos de pago actuales de los honorarios por servicio a Medicare y a las aseguradoras privadas, incluso las partes pagadas por los individuos asegurados. Un porcentaje promedio único de los cargos en bruto, o porcentajes múltiples para categorías diferentes de cuidado o para elementos o servicios separados. La tasa de las AGB será actualizada anualmente al comienzo del año fiscal, y será implementada dentro de los 120 días desde el cambio de la tasa de AGB.

Luego que se reduzca la cuenta del paciente con los ajustes de ayuda financiera basados en la política, el paciente es responsable del remanente de su cuenta de paciente, que no debe ser mayor a las cantidades generalmente cobradas (AGB) a los pacientes que cuentan con pagos de servicios de Medicare y de aseguradoras privadas para emergencias y para otros cuidados médicamente necesarios. El método retroactivo se utiliza para determinar las AGB. Los pacientes o los miembros del público pueden obtener este documento resumido sin cargo contactándose con la oficina de administración de los hospitales.

Las cantidades generalmente cobradas equivalen a la suma de todos los montos de los pedidos de pago permitidos por las aseguradoras dividido por la suma del cargo bruto asociado para esos pedidos.

% AGB = Suma de \$ de pedidos permitidos / Suma del \$ del cargo en bruto por esos pedidos

Cantidad permitida = Cargos totales menos los ajustes contractuales

Si no hay ajustes contractuales, los cargos totales equivalen a la cantidad permitida.

Los ajustes de rechazo se excluyen de los cálculos, ya que los rechazos no impactan en la cantidad permitida.

El AGB se calcula sobre una base anual para el hospital.

- Se utiliza un método retroactivo. Se utiliza un período de doce (12) meses.
- Incluye los montos por servicios de Medicare y los pagadores comerciales.
- Excluye los siguientes pagadores: Medicaid, Medicaid pendiente, no asegurados, tasas de casos de pago propio, facturación en dependencias de Medicare, e indemnizaciones por accidentes de trabajo, seguros de automóvil y de responsabilidad.

Hospital: Hospital del Distrito de Lake

Cantidades generalmente cobradas: 85%

Efectivo: _____