

Política de facturación y cobro del paciente

Alcance:

Esta política se aplica a todos los empleados, miembros de la junta directiva, fideicomisarios, socios comerciales, personal administrativo, fuerza laboral, estudiantes, voluntarios, contratistas, proveedores y otros terceros/personas que realizan trabajos para o en Lake Health District;

Esta política se aplica a todas las personas que buscan servicios dentro de cualquier Distrito de Salud de Lake o centro afiliado.

Propósito:

El propósito de esta política es establecer las pautas y procedimientos para la facturación directa al paciente y los procedimientos de cobro por falta de pago de los saldos de los pacientes bajo ORS 646.639, ORS 646.641 y la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas.

Esta póliza incluye secciones relacionadas con la facturación de pacientes para todos los tipos de seguros reconocidos, así como para pacientes que son empleados del Distrito de Salud de Lake o cualquiera de sus instalaciones afiliadas.

Política:

Los pacientes con saldos de cuenta que son su responsabilidad de pago se facturarán al paciente o a su garante según las disposiciones de la política de asistencia financiera de Lake District Hospital y los procedimientos enumerados en esta política de cobro. Los saldos de los pacientes pueden ser el resultado de pasivos asignados después del pago de un plan de seguro o programa gubernamental como Medicare, así como pasivos después del pago de no estar asegurado. Todas las actividades de facturación y cobro deberán seguir la ley de Políticas de Precios Justos del Hospital, la Sección 50I(r) del Código de Rentas Internas y la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas.

Empleados del Distrito de Salud de Lake:

Todos los empleados de Lake Health District y sus instalaciones afiliadas pueden recibir un descuento del 20% en cualquier saldo de seguro impago por los servicios recibidos dentro de Lake District Hospital. Este beneficio es solo para empleados (no para cónyuges o dependientes), incluidas las clínicas Lake Health y Alturas Health.

Si el empleado no califica para el beneficio del plan de salud de Lake Health District, el descuento aún estaría permitido, incluso si no hay cobertura de seguro o la cobertura de seguro es de un plan externo, es decir, el plan de un cónyuge. Debido a la cantidad de empleados en el personal del Distrito de Salud de Lake, será responsabilidad del empleado llamar la atención de la oficina comercial sobre el descuento en planes de seguro externos.

Los empleados también pueden usar las horas de vacaciones para pagar las facturas del hospital o pueden establecer un plan de deducción de nómina a través del departamento de crédito para los servicios / facturas del Distrito. Aparte del descuento descrito anteriormente, todos los empleados de Lake Health District y sus instalaciones afiliadas estarán sujetos a los mismos estándares que cualquier otro paciente cuando reciban y se les facture por los servicios prestados.

Definiciones:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés):

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) son una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) que administra el programa Medicare y trabaja en asociación con los gobiernos estatales para administrar Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y los estándares de portabilidad del seguro médico.

Coaseguro:

Una forma de costo médico compartido en un plan de seguro de salud que requiere que una persona asegurada pague un porcentaje establecido de los gastos médicos después de que se pagó el monto del deducible, si lo hubiera. Una vez que se paga el monto del deducible y el coseguro, la aseguradora es responsable del resto del reembolso de los beneficios cubiertos hasta los cargos permitidos: el individuo también podría ser responsable de cualquier cargo más de lo que la aseguradora determina que es "usual, habitual y razonable". Las tarifas de coseguro pueden diferir si los servicios se reciben de un proveedor aprobado (es decir, un proveedor con el que la aseguradora tiene un contrato o un acuerdo que especifica los niveles de pago y otros requisitos contractuales) o si los reciben proveedores que no están en la lista aprobada. Además de las tarifas generales de coseguro, las tarifas también pueden diferir para diferentes tipos de servicios.

Copago:

Una forma de costo médico compartido en un plan de seguro de salud que requiere que una persona asegurada pague una cantidad fija en dólares cuando recibe un servicio médico. La aseguradora es responsable del resto del reembolso. "Puede haber copagos separados para diferentes servicios." Algunos planes requieren que primero se cumpla con un deducible para algunos servicios específicos antes de que se aplique un copago.

Deducible:

Una cantidad fija en dólares durante el período de beneficios, generalmente un año, que una persona asegurada paga antes de que la aseguradora comience a realizar pagos por los servicios médicos cubiertos. Los planes pueden tener deducibles tanto por individuo como por familia. Algunos planes pueden tener deducibles separados para servicios específicos. Por ejemplo, un plan puede tener un deducible de hospitalización por admisión. Los deducibles pueden diferir si los servicios se reciben de un proveedor aprobado o si se reciben de proveedores que no están en la lista aprobada.

Condiciones médicas de emergencia:

Definido en el sentido de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

Cuentas o acuerdos de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés):

Cuentas ofrecidas y administradas por los empleadores que proporcionan una manera para que los empleados aparten, de su cheque de pago, dólares antes de impuestos para pagar la parte del empleado de las primas de seguro o los gastos médicos no cubiertos por el plan de salud del empleador. El empleador también puede hacer contribuciones a una FSA. Por lo general, los beneficios o el dinero en efectivo deben usarse dentro del año de beneficios dado, o el empleado pierde el dinero. También se pueden proporcionar cuentas de gastos flexibles para cubrir los gastos de cuidado de los niños, pero esas cuentas deben establecerse por separado de las FSA médicas.

Plan de beneficios flexible (plan de cafetería) (Plan 125 del IRS):

Un programa de beneficios bajo la Sección 125 del Código de Rentas Internas que ofrece a los empleados la posibilidad de elegir entre beneficios sujetos a impuestos permisibles, incluido dinero en efectivo, y beneficios no sujetos a impuestos, como seguro de vida y salud, vacaciones, planes de jubilación y cuidado de niños. Aunque es posible que se requiera un núcleo común de beneficios, el empleado puede determinar cómo se asignarán los dólares de beneficios restantes para cada tipo de beneficio de la cantidad total prometida por el empleador. A veces, se pueden hacer contribuciones de los empleados para obtener cobertura adicional. Plan totalmente asegurado - Un plan en el que el empleador contrata a otra organización para que asuma la responsabilidad financiera de las reclamaciones médicas de los afiliados y de todos los costos administrativos incurridos.

Asistencia financiera:

Servicios de atención médica que se han brindado o se brindarán de forma gratuita o con descuento a personas que cumplan con los criterios establecidos.

Portero:

En virtud de algunos acuerdos de seguro médico, un guardián es responsable de la administración del tratamiento del paciente; El guardián coordina y autoriza todos los servicios médicos, estudios de laboratorio, derivaciones de especialistas y hospitalizaciones. Acuerdo de compra grupal - Cualquiera de una amplia gama de acuerdos en los que dos o más pequeños empleadores compran un seguro de salud colectivamente, a menudo a través de un intermediario común que actúa en su nombre colectivo. Estos acuerdos pueden tener muchos nombres diferentes, como cooperativas, alianzas o grupos empresariales en materia de salud. Difieren entre sí en varias dimensiones, incluida la gobernanza, las funciones y el estatus bajo las leyes federales y estatales. Algunas son creadas o constituidas por los Estados, mientras que otras son empresas enteramente privadas. Algunos centralizan más las funciones de compra que otros, incluidas funciones como la agrupación de riesgos, la negociación de precios, la elección de los planes de salud que se ofrecen a los empleados y diversas tareas administrativas. Dependiendo de sus funciones, pueden estar sujetos a diferentes normas estatales y/o federales. Por ejemplo, pueden estar regulados como Acuerdos de Bienestar de Múltiples Empleadores (MEWA, por sus siglas en inglés).

Cargos brutos:

Los cargos totales a las tarifas establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos.

Planes y sistemas de atención médica:

- Planes de salud de la asociación: Este término a veces se usa libremente para referirse a cualquier plan de salud patrocinado por una asociación. También tiene una definición precisa bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 que exime de ciertos requisitos a las aseguradoras que venden seguros a pequeños empleadores solo a través de planes de salud de asociaciones que cumplan con la definición.
- Plan de indemnización: Un tipo de plan médico que reembolsa al paciente y/o proveedor a medida que se incurre en gastos.
- Plan de indemnización convencional: Es una indemnización que permite al participante la elección de cualquier proveedor sin que ello afecte al reembolso. Estos planes reembolsan al paciente y/o al proveedor a medida que se incurre en gastos.
- Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): Un plan de indemnización en el que la cobertura se proporciona a los participantes a través de una red de proveedores de atención médica seleccionados (como hospitales y médicos). Los afiliados pueden ir fuera de la red, pero incurrirían en costos más altos en forma de deducibles más altos, tarifas de coseguro más altas o cargos sin descuento de los proveedores.
- Plan de organización de proveedores exclusivos (EPO, por sus siglas en inglés): Un tipo más restrictivo de plan de organización de proveedores preferidos bajo el cual los empleados deben usar proveedores de la red específica de médicos y hospitales para recibir cobertura; No hay cobertura para la atención recibida de un proveedor fuera de la red, excepto en caso de emergencia.
- Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés): Un sistema de atención médica que asume tanto los riesgos financieros asociados con la prestación de servicios médicos integrales (riesgo de seguro y servicio) como la responsabilidad de brindar atención médica en un área geográfica particular a los miembros de la HMO, generalmente a cambio de una tarifa fija prepagada. El riesgo financiero puede ser compartido con los proveedores que participan en la HMO.
- Modelo de grupo HMO: Una HMO que contrata a un solo grupo médico de múltiples especialidades para brindar atención a los miembros de la HMO. El consultorio grupal puede trabajar exclusivamente con la HMO, o también puede proporcionar servicios a pacientes que no pertenecen a la HMO. La HMO paga al grupo médico una tarifa per cápita negociada, que el grupo distribuye entre sus médicos, generalmente sobre una base asalariada.

- HMO modelo de personal: Un tipo de HMO de panel cerrado (donde los pacientes pueden recibir servicios solo a través de un número limitado de proveedores) en el que los médicos son empleados de la HMO. Los médicos atienden a los pacientes en las propias instalaciones de la HMO.
- Modelo de red HMO: Un modelo de HMO que contrata a múltiples grupos de médicos para brindar servicios a los miembros de HMO; puede involucrar grandes grupos de una o varias especialidades. Los grupos de médicos pueden proporcionar servicios tanto a los participantes del plan HMO como a los que no lo son.
- Individual Practice Association (IPA) HMO: Un tipo de organización de proveedores de atención médica compuesta por un grupo de médicos en ejercicio independientes que mantienen sus propios consultorios y se unen con el propósito de contratar sus servicios a las HMO. Una IPA puede contratar y proporcionar servicios tanto a los participantes del plan HMO como a los que no lo son.
- Plan de punto de servicio (POS): Un plan POS es un híbrido "HMO/PPO"; a veces se denomina HMO "abierto" cuando es ofrecida por una HMO. Los planes POS se asemejan a los HMO para los servicios dentro de la red. Los servicios recibidos fuera de la red generalmente se reembolsan de una manera similar a los planes de indemnización convencionales (por ejemplo, el reembolso del proveedor basado en una lista de tarifas o cargos habituales, habituales y razonables).
- Organización médico-hospital (PHO, por sus siglas en inglés): Alianzas entre médicos y hospitales para ayudar a los proveedores a alcanzar cuota de mercado, mejorar el poder de negociación y reducir los costos administrativos. Estas entidades venden sus servicios a organizaciones de atención administrada o directamente a los empleadores.

Casa:

Un solo individuo; o Cónyuges, parejas de hecho, o un padre e hijo menor de 18 años, que viven juntos; y Otras personas para las que una sola persona, cónyuge, pareja de hecho o padre es financieramente responsable.

Ingresos del hogar:

Los ingresos del hogar se determinan utilizando las pautas de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de 2020.

Planes de atención administrada:

Los planes de atención administrada generalmente brindan servicios de salud integrales a sus miembros y ofrecen incentivos financieros para que los pacientes utilicen a los proveedores que pertenecen al plan. Algunos ejemplos de planes de atención administrada son:

- Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés),
- Organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés),
- Organizaciones de proveedoras exclusivas (OEP), y
- Planes de punto de servicio (POS).

Disposiciones de atención administrada:

Características dentro de los planes de salud que proporcionan a las aseguradoras una forma de administrar el costo, el uso y la calidad de los servicios de atención médica recibidos por los miembros del grupo. Algunos ejemplos de disposiciones de atención administrada son:

Certificación de preadmisión:

Una autorización para la admisión hospitalaria otorgada por un proveedor de atención médica a un miembro del grupo antes de su hospitalización. La falta de obtención de una certificación previa a la admisión en situaciones que no sean de emergencia reduce o elimina la obligación del proveedor de atención médica de pagar por los servicios prestados.

Revisión de utilización:

El proceso de revisión de la idoneidad y la calidad de la atención brindada a los pacientes. La revisión de la utilización puede tener lugar antes, durante o después de la prestación de los servicios.

Pruebas previas a la admisión:

Un requisito diseñado para alentar a los pacientes a obtener los servicios de diagnóstico necesarios de forma ambulatoria antes de la admisión hospitalaria que no sea de emergencia. Las pruebas están diseñadas para reducir la duración de la estadía en el hospital.

Restricción de admisión de fin de semana que no sea de emergencia:

Un requisito que impone límites al reembolso a los pacientes por admisiones hospitalarias de fin de semana que no sean de emergencia. • Segunda opinión quirúrgica - Una estrategia de administración de costos que alienta o requiere que los pacientes obtengan la opinión de otro médico después de que un médico haya recomendado que se realice una cirugía electiva o que no sea de emergencia. Los programas pueden ser voluntarios u obligatorios en el sentido de que el reembolso se reduce o se deniega si el participante no obtiene la segunda opinión. Por lo general, los planes requieren que dichas opiniones se obtengan de especialistas certificados por la junta sin ningún interés personal o financiero en el resultado. Límite máximo en dólares del plan: el monto máximo pagadero por la aseguradora por los gastos cubiertos para el asegurado y cada dependiente cubierto mientras esté cubierto por el plan de salud. "Los planes pueden tener un límite máximo en dólares anual y/o de por vida." El más típico de los máximos es una cantidad de por vida de \$1 millón por individuo.

Gasto máximo de bolsillo:

La cantidad máxima en dólares que un miembro del grupo debe pagar de su bolsillo durante un año. Hasta que se alcance este máximo, el plan y el miembro del grupo comparten el costo de los gastos cubiertos. Una vez que se alcanza el máximo, la compañía de seguros paga todos los gastos cubiertos, a menudo hasta un máximo de por vida. (Véase la definición anterior.)

Cuentas de ahorro para gastos médicos (MSA, por sus siglas en inglés):

Cuentas de ahorros designadas para gastos médicos de bolsillo. En una MSA, los empleadores y las personas pueden contribuir a una cuenta de ahorros antes de impuestos y transferir los fondos no utilizados al final del año. Una diferencia importante entre una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) y una Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, por sus siglas en inglés) es la capacidad de transferir los fondos no utilizados para su uso en un año futuro, en lugar de perder los fondos no utilizados al final del año. La mayoría de las MSA permiten que se acumulen los saldos y las ganancias no utilizados. A diferencia de las FSA, la mayoría de las MSA se combinan con un deducible alto o un plan de seguro de salud catastrófico.

Medicamento necesario:

Servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o dolencia, o los síntomas de una enfermedad, lesión, afección o dolencia; y cumplir con los estándares aceptados de la medicina.

Plan de prima mínima (MPP):

Un plan en el que el empleador y la aseguradora acuerdan que el empleador será responsable de pagar todas las reclamaciones hasta un nivel agregado acordado, y la aseguradora será responsable del exceso. Por lo general, la aseguradora también es responsable de procesar los reclamos y los servicios administrativos.

Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI)

Ingreso bruto ajustado (AGI, por sus siglas en inglesa) después de considerar ciertas deducciones permitidas.

Acuerdo de Bienestar de Empleadoras Múltiples (MEWA):

MEWA es un término técnico bajo la ley federal que abarca esencialmente cualquier acuerdo que no se mantenga de conformidad con un acuerdo de negociación colectiva (que no sea una compañía de seguros con licencia estatal o HMO) que proporciona beneficios de seguro de salud a los empleados de dos o más empleadores privados. Some Los MEWA están patrocinados por asociaciones locales, específicas de un comercio o industria, y existen con fines comerciales distintos a la provisión de seguros de salud. En la mayoría de los casos, estos MEWA están regulados como planes de beneficios de salud para empleados en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), aunque los estados generalmente también conservan el derecho de regularlos, de la misma manera que los estados regulan las compañías de seguros. Pueden financiarse a través de fideicomisos exentos de impuestos conocidos como Asociaciones Beneficiarias de Empleados Voluntarios (VEBA, por sus siglas en inglés) y pueden usar, y a menudo lo hacen, estos fideicomisos para autoasegurarse en lugar de comprar pólizas de seguro. Otros MEWA son patrocinados por Cámaras de Comercio u organizaciones similares de empleadores relativamente no relacionados. Estos MEWA no se consideran planes de salud bajo ERISA. En cambio, el plan de cada empleador participante está regulado por separado bajo ERISA. Los Estados son libres de regular los propios MEWA. Estos MEWA tienden a servir como vehículos para que los empleadores participantes compren pólizas de seguro de compañías de seguros con licencia estatal o HMO. No tienden a autoasegurarse.

Plan de salud de múltiples empleadores:

Por lo general, un plan de beneficios de salud para empleados mantenido de conformidad con un acuerdo de negociación colectiva que incluye a empleados de dos o más empleadores. Estos planes también se conocen como planes Taft-Hartley o planes administrados conjuntamente. Están sujetos a la ley federal, pero no a la estatal (aunque los estados pueden regular cualquier póliza de seguro que compren). A menudo se autoaseguran.

Clasificación de pacientes:

Al momento de la admisión, un paciente se clasifica en una de las siguientes categorías (si un paciente de fuera del estado se presenta en el hospital, seguirá el mismo proceso que el paciente que es local).

Costo para el paciente:

Se refiere a la parte de los cargos facturados a un paciente por la atención recibida en un hospital o en una clínica afiliada a un hospital que no son reembolsados por el seguro o un programa de atención médica financiado con fondos públicos.

1. Se espera que los pacientes paguen en el momento del servicio, pero si esto no es posible, un representante de servicio al paciente se reunirá con el paciente para discutir los arreglos de pago y ofrecerá una solicitud de asistencia financiera si es necesario. Los métodos de pago aceptados son efectivo, cheque, Visa, MasterCard y American Express.
2. Seguro: La cobertura del seguro se verificará en cada visita. Si no se puede verificar el seguro, la cuenta se configura como paciente de pago privado. Los copagos, deducibles y coseguros se intentarán cobrar en el momento de la visita, si corresponde.

La única excepción será la sala de emergencias. La diferencia en el número de cargos, el reembolso de la compañía de seguros y los ajustes contractuales se facturarán al paciente.

3. A Medicare / Medicaid, Medicare y Medicaid se les facturará el número de servicios y la diferencia entre el monto facturado y el reembolso de los intermediarios fiscales, excepto el deducible y el coseguro, debe cancelarse con los ajustes contractuales respectivos.
4. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria para facturar a la compañía de Compensación Laboral por los servicios prestados. La diferencia entre lo que factura el hospital y lo que paga la compensación del trabajador debe deducirse de los ajustes contractuales respectivos.

Prima:

Honorarios acordados pagados por la cobertura de beneficios médicos durante un período de beneficios definidos. Las primas pueden ser pagadas por empleadores, sindicatos, empleados o compartidas tanto por la persona asegurada como por el patrocinador del plan.

Equivalente a la prima:

En el caso de los planes autoasegurados, el costo por empleado cubierto, o la cantidad que la empresa esperaría que reflejara el costo de las reclamaciones pagadas, los costos administrativos y las primas de stop-loss.

Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):

Un médico que sirve como contacto principal de un miembro del grupo dentro del plan de salud. En un plan de atención administrada, el médico de atención primaria proporciona servicios médicos básicos, coordina y, si el plan lo requiere, autoriza las derivaciones a especialistas y hospitales.

Reaseguro:

La aceptación por parte de una o más aseguradoras, llamadas reaseguradoras o compañías asumidoras, de una parte del riesgo suscrito por otra aseguradora que ha contratado con un empleador la totalidad de la cobertura.

Plan autoasegurado:

Un plan ofrecido por empleadores que asumen directamente el mayor costo del seguro de salud para sus empleados. Algunos planes autoasegurados asumen todo el riesgo. Otros empleadores autoasegurados se aseguran contra reclamos grandes mediante la compra de cobertura de stop-loss. Algunos empleadores autoasegurados contratan a compañías de seguros o administradores externos para el procesamiento de reclamaciones y otros servicios administrativos; Otros planes autoasegurados son autoadministrados. Los planes de prima mínima (MPP, por sus siglas en inglés) se incluyen en la categoría de planes de salud autoasegurados. Todos los tipos de planes (Indemnización Convencional, PPO, EPO, HMO, POS y PHOs) pueden ser financiados sobre una base autoasegurada. Los empleadores pueden ofrecer planes autoasegurados y totalmente asegurados a sus empleados.

Cobertura de stop-loss:

Una forma de reaseguro para empleadores autoasegurados que limita la cantidad que los empleadores tendrán que pagar por la atención médica de cada persona (límite individual) o por los gastos totales del empleador (límite grupal).

Administrador de terceros (TPA):

Una persona o empresa contratada por un empleador para manejar el procesamiento de reclamos, pagar a los proveedores y administrar otras funciones relacionadas con la operación del seguro de salud. El TPA no es el titular de la póliza ni la aseguradora.

Con seguro insuficiente:

El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

No asegurado:

El paciente no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago.

Procedimiento:

Employee Access to billing accounts.

Información de salud protegida o (PHI) es cualquier información de salud identificable individualmente, en cualquier forma o medio, ya sea electrónico, impreso u oral. "Identificable individualmente" significa que la información médica o de salud incluye o contiene cualquier elemento de información de identificación personal suficiente para permitir la identificación de la persona, como el nombre, la dirección, la dirección de correo electrónico, el número de teléfono o el número de seguro social del paciente, la información genética o de otro tipo que, sola o en combinación con otra información disponible públicamente, revela la identidad de la persona. La PHI incluye información médica, facturación del paciente e información del seguro médico; y se aplica a la salud o tratamiento físico o mental pasado, presente o futuro de un paciente.

Las personas solo deben tener acceso a la información restringida y a los recursos de información electrónica del Distrito de Salud de Lake según sea necesario para sus funciones laborales. El Distrito de Salud de Lake determinará qué personas están autorizadas a acceder a la Información Restringida y a los Recursos de Información Electrónica de acuerdo con sus responsabilidades laborales. El Distrito de Salud de Lake establecerá una identificación de usuario única para todas las personas que estén autorizadas a acceder a la Información Restringida.

Acceso permitido a la PHI:

El acceso a los registros de los pacientes está limitado únicamente a fines comerciales autorizados. Esto significa que el acceso debe estar relacionado con el trabajo y limitarse a los siguientes fines:

- A. Facturación.
- B. Asignación de cobros.

Acceso prohibido a la PHI:

No se permite acceder a los registros de los pacientes fuera de las razones anteriores y se considerará una violación de la privacidad del paciente y de las políticas de privacidad del Distrito de Salud de Lake. Ejemplos típicos de acceso a los registros de pacientes por razones no comerciales o personales incluyen el acceso a los registros de:

- A. Familiares y amigos.
- B. Compañeros de trabajo.
- C. Celebrities, atletas, figuras públicas u otras personalidades.

Restricción de acceso:

Se espera que los empleados que realizan operaciones de facturación y cobro se mantengan con los más altos estándares de profesionalismo. En ningún momento ningún empleado, independientemente de su puesto de trabajo, discutirá o divulgará información relevante para la factura de un cliente/paciente con nadie fuera de su ámbito directo de funciones. Los sistemas del Distrito de Salud de Lake monitorean las entradas realizadas en las cuentas de facturación para garantizar que se mantenga el acceso y la confidencialidad adecuados. Esto significa que las observaciones y ajustes a los documentos de facturación se registran y sellan digitalmente con el nombre del personal de facturación que realizó dichos ajustes u observaciones, así como la hora y fecha de acceso y los cambios realizados. En ningún momento un empleado será responsable ni se le permitirá manejar la cuenta de facturación de un miembro de la familia o de sí mismo.

Lake Health District se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas y aleatorias de las cuentas de facturación para verificar su exactitud, idoneidad y signos de posible fraude, despilfarro o abuso. Para obtener más información, consulte "Programa de cumplimiento de HIPAA del Distrito de Salud de Lake" y "Política de prevención y detección de fraude, despilfarro y abuso del Distrito de Salud de Lake.

La Asistencia Financiera, anteriormente conocida como Atención Caritativa, se define de la siguiente manera:

La asistencia financiera es una ayuda financiera a un paciente o a una parte responsable y no incluye los descuentos que normalmente se otorgan a los titulares de pólizas de seguros, los precios de los contratos que se negocian con las compañías de seguros u otros ajustes una vez que se ha creado la factura final. Cuando el paciente pueda pagar parte de su factura, se considerará la posibilidad de cancelar una parte de esa cuenta como asistencia financiera parcial. La asistencia financiera también puede incluir asistencia a pacientes que han incurrido en altos costos médicos, definidos como costos anuales de atención médica superiores al 10% de los ingresos del hogar.

La asistencia financiera no debe considerarse un sustituto de la responsabilidad personal y se espera que los pacientes cooperen con el procedimiento de Lake District Hospital para solicitar asistencia financiera y que contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago.

La Asistencia Financiera no tiene relación con la lista de tarifas del Distrito como lo exige la ley. La asistencia financiera se proporcionará en base a una escala de descuento gradual dictada por la Guía de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

Nivel federal de pobreza de ingresos 2024

Nivel federal de pobreza de ingresos 2023	línea base	< 200%	200% - 300%	300% - 350%	350% - 400%
Discount %	100%	100%	75%	50%	25%

Personas en la familia/hogar

Ingresos anuales

1	\$15,060	\$30,120	\$30,121 - \$45,180	\$45,181 - \$52,710	\$52,711 - \$60,240
2	\$20,440	\$40,880	\$40,881 - \$61,320	\$61,321 - \$71,540	\$71,541 - \$81,760
3	\$25,820	\$51,640	\$51,641 - \$77,460	\$77,461 - \$90,370	\$90,371 - \$103,280
4	\$31,200	\$62,400	\$62,401 - \$93,600	\$93,601 - \$109,200	\$109,201 - \$124,800
5	\$36,580	\$73,160	\$73,161 - \$109,740	\$109,741 - \$128,030	\$128,031 - \$146,320
6	\$41,960	\$83,920	\$83,921 - \$125,880	\$125,881 - \$146,860	\$146,861 - \$167,840
7	\$47,340	\$94,680	\$94,681 - \$142,020	\$142,021 - \$165,690	\$165,691 - \$189,360
8	\$52,720	\$105,440	\$105,441 - \$158,160	\$158,161 - \$184,520	\$184,521 - \$210,880

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional. Información recuperada de: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Política:

Plan de Pago Razonable significa pagos mensuales que no superan el 10% de los ingresos familiares de un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia. Gastos esenciales de manutención se refiere a los gastos de cualquiera de los siguientes: pago y mantenimiento de alquiler o hipoteca, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado de niños, manutención del hijo del cónyuge, transporte y gastos de automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

Las pacientes de asistencia financiera se definen de la siguiente manera::

Pacientes sin seguro (aquellos sin seguro de terceros, Medicare, Medicaid o con lesiones o afecciones que califican para la cobertura de compensación laboral o seguro de automóvil por lesiones) que no tienen la capacidad de pagar según los criterios descritos en la sección Elegibilidad a continuación.

Pacientes asegurados cuya cobertura de seguro y capacidad de pago son inadecuadas para cubrir sus gastos de bolsillo.

Los pacientes asegurados no pueden pagar su parte de la factura debido a copagos, deducibles y servicios no cubiertos.

Un paciente asegurado o no asegurado con altos costos médicos, cuyos ingresos familiares no exceden el 400% del nivel federal de pobreza, pero cuyos costos o gastos médicos de bolsillo exceden el 10% de sus ingresos del año anterior.

Cualquier paciente que demuestre una incapacidad de pago frente a una deuda incobrable, que es la falta de voluntad del paciente para pagar.

El hospital no basará su determinación de que la persona no es elegible para recibir asistencia financiera basándose en información que el hospital tenga motivos para creer que no es confiable, incorrecta o en información obtenida bajo coacción o prácticas coercitivas.

Importes facturados por lo general:

Los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) se definen como el monto máximo que un paciente califica bajo la póliza de asistencia financiera para una organización benéfica u otro descuento, que es igual a los montos promedio históricamente permitidos como porcentaje de los cargos facturados por todos los servicios prestados bajo el programa Medicare durante un período retrospectivo de 12 meses calculado de acuerdo con IRS 501(r). Los servicios para pacientes hospitalizados tendrán un precio de un cierto porcentaje de los cargos facturados en una escala móvil que refleja los diferentes niveles de utilización de los servicios. Los servicios ambulatorios tendrán un precio equivalente a los montos promedio permitidos por Medicare del hospital como un porcentaje de los cargos facturados durante el mismo período retrospectivo de 12 meses mencionado anteriormente para los pacientes hospitalizados. Consulte el Apéndice A: Cálculo de los importes generalmente facturados (AGB) para el cálculo de AGB.

Clasificación de pacientes:

Al ingresar, el paciente se clasifica en una de las siguientes categorías:

1. Pago privado.
2. Seguro.
3. Medicare.
4. Medicaid.
5. Compensación del Trabajador (Ver: Política de Clasificación de Pacientes).

Acciones Extraordinarias de Recaudación (ECAs):

Como se define en la Sección 501(r) (6) del Código de Rentas Internas, las ECA se definen como acciones tomadas por un centro hospitalario contra una persona relacionada con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta por el FAP del centro hospitalario que.

- Implican vender la deuda de una persona a otra parte,
- Implican reportar información adversa sobre un individuo a las agencias de informes crediticios del consumidor o a las agencias de crédito (colectivamente, "agencias de crédito"),
- Requerir un proceso legal o judicial.
- Ejemplos de acciones que pueden requerir un proceso legal o judicial incluyen, pero no se limitan a:
 - Colocar un gravamen sobre la propiedad de un individuo.
 - Ejecución hipotecaria de los bienes inmuebles de una persona.
 - Embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal.
 - Iniciar una acción civil contra una persona.
 - Causar el arresto de un individuo.
 - Hacer que una persona esté sujeta a una orden de embargo corporal.
 - Embargar el salario de una persona.

Una reclamación presentada por un centro hospitalario en cualquier procedimiento de quiebra no es una ECA. Además, un gravamen impuesto sobre el producto de una sentencia, acuerdo o compromiso adeudado a una persona (o a su representante) como resultado de lesiones personales causadas por un tercero para el cual el centro hospitalario brindó atención no es una ECA.

Los siguientes beneficios federales están exentos de embargo por parte de una acreedora.

- Asistencia Pública.
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés).
- Seguridad social.
- Seguro Social por Discapacidad (SSD).
- Veteranos Benefitos (VA).
- Manutención de los hijos.
- Manutención del cónyuge.
- Compensación de Trabajadores.
- Seguro de desempleo.
- Beneficios de Jubilación Ferroviaria.
- Pensiones públicas y privadas.
- Cuenta de ahorros para la jubilación (401(k)), 403(b) e IRA).
- Todo el capital y el 90% de los pagos de un fideicomiso privado.

Política de Crédito y Reembolso:

Crédito:

Para servir a la comunidad, el hospital debe recaudar fondos de aquellos que pueden pagar. Los cargos a los pacientes reflejan los servicios prestados. Ningún paciente será discriminado por motivos de raza, color, religión, credo, origen nacional, relaciones personales o discapacidad.

Es política de Lake District Hospital cumplir con todas las regulaciones y pautas establecidas por el Gobierno Federal y el Estado de Oregón. Las pólizas se pueden revisar para obtener descuentos y asistencia benéfica en el mostrador de recepción del hospital y en el sitio web del hospital. Si se solicita, también hay disponibles copias en papel.

Reembolsos:

Según la ley de Oregón, el Distrito de Salud de Lake presentará reembolsos por sobrepago de cuentas dentro de los treinta (30) días posteriores al descubrimiento del sobrepago. Lake Health District no reembolsará montos de \$5.00 dólares estadounidenses y tampoco enviará estados de cuenta para saldos de pago de menos de \$5.00 dólares estadounidenses.

Procedimientos:

A. Facturación inicial del paciente:

1. Los pacientes sin seguro o cobertura de cualquier programa patrocinado por el gobierno recibirán un estado de cuenta inicial del paciente dentro de los 10 a 30 días posteriores a la fecha del servicio.
2. Todos los cargos que se facturen directamente a un paciente que no tenga seguro o que esté cubierto por un programa patrocinado por el gobierno se facturarán o se descontarán del precio de lista del hospital hasta el monto que generalmente se factura a Medicare.
3. El estado de cuenta inicial del paciente incluirá información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
4. Para los pacientes con cobertura de seguro primario, cualquier saldo restante después del pago del seguro primario, es decir, deducibles, copagos, coseguros, cargos no cubiertos, se facturarán al paciente dentro de los 14 días posteriores a los pagos del seguro primario.
5. Los estados de cuenta de los pacientes con saldos secundarios a un pago primario del seguro incluirán información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
6. Todos los pacientes pueden pagar cualquier cantidad adeudada por horas extras y el hospital negociará un acuerdo de pago de buena fe. Si no se puede llegar a un acuerdo, el hospital debe aceptar el "plan de pago razonable" según lo define la ley.

7. El estado de cuenta inicial del paciente incluirá una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Asistencia Financiera del Hospital.

B. Statement Billing Cycles:

1. Los estados de cuenta de saldo adeudado se generan cada 30 días después de la fecha del estado de cuenta inicial.
2. El hospital generará tres estados de cuenta durante los primeros 90 días a partir de la facturación inicial de pago por cuenta propia.
3. Después de 150 días, la cuenta impagada se asignará a un proveedor de cobros para una mayor actividad de seguimiento. Mientras la cuenta esté con el proveedor de cobranza, se realizarán dos llamadas salientes al garante seguidas de dos estados de cuenta adicionales.
4. No se asignará ninguna cuenta a cobros antes de los 150 días posteriores a la facturación del primer paciente, ni mientras se esté procesando una solicitud de asistencia financiera.
5. Los pacientes con un plan de pago formal recibirán un estado de cuenta mensual del monto adeudado actual hasta que se satisfaga el plan de pago.
6. Los acuerdos de ayuda financiera requieren que la cantidad acordada se pague dentro de 1 año calendario (365 días) a partir de la firma del acuerdo.

C. Asignación de cuentas morosas por parte de la agencia de cobranza:

1. Según la ley de Oregon, el plazo de prescripción para un intento de demandar por la liquidación de una deuda es de seis (6) años. En caso de que Lake Health District no cobre el saldo restante de la deuda, no remita el saldo restante de la deuda a una agencia de cobro apropiada o no presente un reclamo contra el patrimonio de un paciente dentro de ese período de tiempo, Lake Health District cancelará el saldo restante como pérdida.
2. Los pacientes inscritos en un plan de pago formal y que estén haciendo los pagos mensuales programados no serán asignados a cobranzas a menos que el plan de pago esté atrasado. Según la ley de Oregon, si el acuerdo requiere que el consumidor/paciente pague una cantidad específica por pago, Lake Health no está obligado a aceptar una cantidad menor.
 - a. Si un paciente está cubierto por el programa de asistencia financiera del hospital con un plan de pago extendido y los pagos no se cumplen, el hospital debe tomar las siguientes medidas antes de que se pueda asignar una cuenta a una agencia de cobro:
 - i. Intentar contactar al paciente por teléfono.
 - ii. Notificar por escrito que el plan puede quedar sin efecto.
 - iii. Informar al paciente de la oportunidad de renegociar el plan de pago e intentar hacerlo si el paciente lo solicita.
 - iv. El aviso y la llamada telefónica se pueden hacer al último número de teléfono y dirección conocidos del paciente. (El contacto negativo con el paciente o la falta de devolución de la correspondencia de cualquier manera disponible por el paciente después de 120 días, se tratará como una negativa a pagar).
 - b. Después de que se emite el estado de cuenta final de una cuenta morosa, la cuenta se revisa por última vez antes de la asignación a una agencia de cobro para asegurarse de que no haya un FAP pendiente.
 - i. Si se determina que la solicitud de FAP está pendiente debido a una solicitud de FAP incompleta, y la persona ha presentado una solicitud de FAP durante el período de solicitud, el hospital proporcionará a la persona un aviso por escrito que describa la información y/o documentación adicional requerida en el formulario de solicitud de FAP o FAP que debe enviarse para completar la solicitud de FAP.
 - ii. Si la solicitud FAP se completa posteriormente durante el período de solicitud, se considerará que la persona ha presentado una solicitud FAP completa durante el período de solicitud.
 - iii. Si la cuenta ya está asignada a una agencia de cobranza, la agencia pondrá la cuenta en espera durante la duración del proceso de solicitud y el hospital suspenderá cualquier acción de ECA.

- iv. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán con prontitud y LDH notificará al paciente por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa.
- c. Lake District Hospital tiene contratos con agencias de cobro externas, pero conserva la propiedad total de las cuentas por cobrar y tiene la última palabra en cualquier resolución de cuenta.
- d. Las cuentas se enviarán a una agencia de cobro por falta de pago de la cuenta y por falta de solicitud de asistencia financiera o de contacto con el hospital para hacer arreglos de pago.
- e. Los pacientes que proporcionen datos demográficos inexactos y en los que el hospital no pueda determinar una dirección válida pueden ser enviados a colecciones antes de los 150 días. Es responsabilidad del garante proporcionar una dirección correcta en el momento del servicio o al mudarse. Si la dirección de la cuenta no es válida o no se puede entregar a la persona, se habrá tomado la determinación de "esfuerzo razonable".
- f. Las agencias de cobro contratadas deben seguir la política de asistencia financiera del hospital en todos los términos relacionados con los procedimientos y plazos de solicitud de asistencia, la negociación de planes de pago y las reglas para involucrar a las ECA.
- g. No se iniciarán ECA contra un paciente durante los primeros 150 días después de que se envió por correo el primer estado de cuenta; Esto incluye informes crediticios negativos a las agencias de crédito.
- h. El paciente será informado por escrito no menos de 30 días antes de que se inicien las ECA. El aviso de 30 días incluirá una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Asistencia Financiera del Hospital.
- i. Si se realiza una solicitud de asistencia financiera cuando una cuenta ya está asignada a una agencia de cobranza, la agencia pondrá la cuenta en espera durante la duración del proceso de solicitud.
- j. Si el hospital tiene conocimiento de alguna cobertura verificada de Medicaid u otro seguro, la cuenta será retirada de la agencia y se facturará al seguro por el servicio.
- k. Los pagos realizados directamente al hospital por cuentas asignadas a una agencia de cobro se informarán a esa agencia diariamente.
- l. Cualquier acción legal contra un paciente se limitará a gravámenes, demandas y/o embargos de salario. Cualquier acción legal debe ser aprobada por el Director de Servicios Financieros para Pacientes, y las agencias de cobro deben completar el aviso adecuado de 30 días antes de tales actividades.
- m. Todas las acciones legales ECA serán llevadas a cabo por la agencia de cobro en nombre del hospital; el hospital conserva el control total sobre cualquier acción legal de la ECA.
- n. El hecho de que un paciente tenga cuentas en mal estado no se utilizará como una razón para negar futuros servicios médicos en el hospital.

D. Reclamación de deuda contra el patrimonio de un difunto:

1. Como regla general, las deudas de un individuo/paciente no desaparecen cuando muere. Esas deudas son adeudadas y pagadas con el patrimonio de la persona fallecida, no por los miembros individuales de la familia sobrevivientes, con las siguientes excepciones:
 - Co-firmante de la obligación (Factura de servicios, Préstamo, etc.
 - Fueron legalmente responsables de resolver el patrimonio y no siguieron ciertas leyes estatales de sucesiones.

En tales casos, como un paciente ha fallecido y, por lo tanto, ya no puede cumplir con su obligación financiera, Lake Health District trabajará con su asesor legal para presentar un reclamo por el saldo adeudado en el patrimonio del difunto

Referencias:

- Manual del empleado del Distrito de Salud de Lake.
- La Ley de Informes de Crédito Justos, 15 U.S.C. § 1681 et seq.
- La Ley de Protección del Crédito al Consumidor de 1968 (CCPA).
- La Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, Pub. L. 95-109; 91 Stat. 874, codificado como 15 U.S.C. § 1692-1692p.
- Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas de Oregón ORS 646.639.
- ORS 646.641 Acción civil por práctica ilegal de cobro.
- ORS 697 Cobro y Gestión de Deudas.
- ORS 725 Financiamiento al Consumo.

Previous Versions.:

- Número de estadísticas previas a la política: 9-895-204.
- PolicyStat "Política de reembolso y facturación" (incluida en esta política).
- PolicyStat "Políticas de crédito" (incluidas en esta política).