

TEMA: Política de Facturación y Cobro	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: ORGANIZACIÓN	PAGINA: 1
	DE: 6
APROBADO POR:	EFFECTIVO: 07/2019
	REVISADO: 07/2019

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.

POLÍTICA:

- Los pacientes con saldos de cuenta que son su responsabilidad de pago serán facturados al paciente o a su garante de acuerdo con las disposiciones de la política de asistencia financiera del Hospital Coquille Valley y los procedimientos enumerados en esta política de cobranza. 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 de que el pago no esté asegurado. Todas las actividades de facturación y cobro deberán cumplir con la Ley de políticas de precios justos del hospital, la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas y la Ley de prácticas justas de cobro de deudas.

DEFINICIONES:

A los fines de esta política, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

- Esfuerzos Razonables: un cierto conjunto de acciones que una organización de atención médica debe tomar para determinar si un individuo es elegible para recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del Hospital Coquille Valley.
- Montos Generalmente Facturados: Los montos generalmente facturados (AGB) se definen como la cantidad máxima que se facturará a un paciente que califique bajo la política de asistencia financiera para una caridad u otro descuento. Es igual a los montos promedio permitidos históricamente como un porcentaje de los cargos facturados por el servicio de honorarios de Medicare y las aseguradoras de salud privadas, incluidas las porciones pagadas por personas aseguradas durante un período retrospectivo de 12 meses calculado de acuerdo con el IRS 501 (r) .
- Afiliado Comercial: organizaciones que tienen contratos con proveedores de atención médica para trabajar directamente con los pacientes en nombre de los proveedores de atención médica para resolver cuentas médicas pendientes. Los ejemplos incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas por cobrar y agencias de cobro.
- Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECA): como se define en la Sección 501 (r) (6) del Código de Rentas Internas, las ECA son actividades de cobranza que se pueden tomar contra un paciente o garante por falta de pago que incluyen pero no se limitan a:
 - Informar información adversa a las agencias de crédito.
 - Colocar un gravamen en una propiedad individual, excepto aquellos permitidos por la ley estatal debido a juicios o acuerdos como parte de un caso de lesiones personales.
 - Iniciar acciones civiles contra un individuo o una orden de apego al cuerpo.
 - Embargar el salario de un individuo

TEMA: Política de Facturación y Cobro	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: ORGANIZACIÓN	PAGINA: 2 DE: 6
	EFFECTIVO: 07/2019
APROBADO POR:	REVISADO: 07/2019

Las acciones de cobro extraordinarias no incluyen un derecho de retención sobre el producto de un juicio, acuerdo o compromiso debido a una persona como resultado de una lesión personal por la cual se prestaron servicios médicos. Además, el protocolo AGB y FAP no se aplica a fideicomisos, propiedades, sociedades, asociaciones, corporaciones, LLC, agencias gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro o empresas que asumen la deuda de las personas. Sin embargo, con respecto a las acciones dentro de esta política, el centro considerará a cualquier persona que haya aceptado o esté obligada a aceptar la responsabilidad de una persona que recibe tratamiento médico como equivalente a la primera persona que recibe una factura del hospital por la atención.

Asistencia Financiera: Servicios de atención médica que se han brindado o se brindarán de forma gratuita o con descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos.

Período de Solicitud: El período de tiempo que comienza con la fecha del primer estado de cuenta y termina 240 días después.

Política de Asistencia Financiera (FAP): una política separada que describe el programa de asistencia financiera del Hospital Coquille Valley, que incluye los criterios que los pacientes deben cumplir para ser elegibles para la asistencia, así como el proceso por el cual las personas pueden solicitar asistencia financiera.

Procedimientos

A. Facturación inicial al paciente

- Los pacientes sin seguro o cobertura de ningún 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.
- El estado de cuenta inicial del paciente incluirá información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
- Para pacientes con cobertura de seguro primario, cualquier saldo restante después del pago del seguro primario; es decir, los deducibles, copagos, coseguros, cargos no cubiertos se facturarán al paciente dentro de los 14 días posteriores a los pagos del seguro primario.
- Los estados de cuentas a pacientes con saldos secundarios a un pago de seguro primario incluirán información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
- Todos los pacientes pueden pagar cualquier monto adeudado con el tiempo 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.
- El estado de cuenta inicial del paciente incluirá una copia del Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera del hospital.

TEMA: Política de Facturación y Cobro	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: ORGANIZACIÓN	PAGINA: 3 DE: 6
	EFFECTIVO: 07/2019
APROBADO POR:	REVISADO: 07/2019

B. Ciclos de Facturación de la Declaración

- El hospital generará un estado de cuenta a partir de la facturación inicial de autopago.
- Después de 30 días, la cuenta impaga se asignará a un Afiliado comercial para la administración de la cuenta. El afiliado comercial comienza el seguimiento del pago propio de las cuentas contactando al paciente / garante para coordinar el pago del saldo adeudado, mediante cartas y llamadas telefónicas. Si el afiliado comercial no logra comunicarse con el paciente / garante o no se han realizado pagos después de 120 días, el saldo de la cuenta se enviará a una agencia de cobranza para realizar más esfuerzos de cobranza.

C. Asignación de la Agencia de Cobranza de Cuentas Morosas

1. Los pacientes inscritos en un plan de pago y que están haciendo los pagos mensuales programados no serán asignados a cobros a menos que el plan de pago sea moroso.
2. Los planes de pago existentes se considerarán morosos después de un pago perdido. El paciente tendrá 30 días para estar al día con su plan de pago.
3. Los pacientes recibirán tres notificaciones de aproximadamente 30 días entre sí solicitando el pago a cuenta, excepto en el caso de devolución de correo. Si no se puede obtener la dirección del paciente y el paciente no está disponible por teléfono, la cuenta se enviará a una agencia de cobranzas.
4. Si no se recibe ningún pago 30 días después de la notificación final o se recibe el pago, pero no junto con un plan de pago acordado, la cuenta se enviará a una agencia de cobranza externa.
5. Si un paciente está cubierto por el 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 se pueda asignar una cuenta a una agencia de cobranza:
 - a. Intentar contactar al paciente por teléfono
 - b. Notificar por escrito que el plan puede dejar de funcionar

TEMA: Política de Facturación y Cobro	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: ORGANIZACIÓN	PAGINA: 4 DE: 6
	EFFECTIVO: 07/2019
APROBADO POR:	REVISADO: 07/2019

- c. Informe al paciente sobre la oportunidad de renegociar el plan de pago e intente hacerlo si así lo solicita el paciente.
- d. El aviso y la llamada telefónica se pueden hacer al último número de teléfono conocido y la dirección del paciente.

6. Después de emitir 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 garantizar que no haya una solicitud de asistencia financiera pendiente.

- a. Si se encuentra que la solicitud de FAP está pendiente debido a una solicitud de FAP incompleta, y el individuo ha presentado una solicitud de FAP durante el período de solicitud, el hospital proporcionará la notificación individual por escrito que describe la información y / o documentación adicional requerida bajo el FAP o formulario de solicitud de FAP que debe enviarse para completar la solicitud de FAP.
- b. Si la solicitud de FAP se completa posteriormente durante el período de solicitud, se considerará que la persona ha presentado una solicitud de FAP completa durante el período de solicitud.
- c. 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.
- d. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán con prontitud y CVH notificará al paciente por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa.

7. Coquille Valley 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.

8. Las cuentas se enviarán a una agencia de cobranza por falta de pago de la cuenta y falta de solicitud de asistencia financiera o de contactar al hospital o Afiliado Comercial para hacer los arreglos de pago.

9. Es responsabilidad del (de los) garante (s) proporcionar una dirección correcta al momento del servicio o al mudarse. Si la dirección en la cuenta no es válida o no se puede entregar a la persona, se habrá tomado la determinación de "esfuerzo razonable".

10. Las agencias de cobro contratadas deben seguir la política de asistencia financiera del hospital en todos los términos relacionados con la solicitud de procedimientos de asistencia y plazos, negociando planes de pago y las reglas para contratar ECA.

TEMA: Política de Facturación y Cobro	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: ORGANIZACIÓN	PAGINA: 5
	DE: 6
APROBADO POR:	EFFECTIVO: 07/2019
	REVISADO: 07/2019

11. Las ECA no se iniciarán contra un paciente durante los primeros 120 días posteriores al envío del primer estado de cuenta; Esto incluye informes de crédito negativos a las agencias de crédito.

12. El paciente será informado por escrito no menos de 30 días antes de que se inicie cualquier ECA. El aviso de 30 días incluirá una copia del Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera del hospital. El Afiliado Comercial realizará un intento de llamada telefónica para contactar al garante como parte de la notificación de 30 días de la ECA. El afiliado comercial es responsable de hacer esta notificación antes de que se inicien todas y cada una de las ECA. El hospital es el responsable final de las acciones de cobranza.

13. Si se realiza una solicitud de asistencia financiera cuando una cuenta ya está asignada a una agencia de cobro, la agencia pondrá la cuenta en espera durante la duración del proceso de solicitud.

14. Si se informa al hospital sobre cualquier cobertura verificada de Medicaid u otro seguro, la agencia retirará la cuenta y se facturará al seguro por el servicio.

15. Los pagos realizados directamente al hospital por las cuentas asignadas a una agencia de cobro se informarán a esa agencia diariamente.

16. Cualquier acción legal contra un paciente se limitará a gravámenes, demandas y / o embargos salariales. Cualquier acción legal debe ser aprobada por el Director Financiero o el Director del Ciclo de Ingresos, y las agencias de cobranza deben completar el aviso apropiado de 30 días antes de tales actividades.

15. Todas las ECA de acción legal serán realizadas por la agencia de cobranza en nombre del hospital; el hospital retiene el control total sobre cualquier acción legal de ECA.

16. El hecho de que un paciente tenga cuentas en deudas incobrables no se utilizará como una razón para negar futuros servicios médicos en el hospital.

D. Cuentas de pacientes elegibles para asistencia bajo la Política de Asistencia Financiera (FAP)

- Para los pacientes que califican para asistencia financiera y que están cooperando de buena fe para resolver sus facturas de hospital con descuento, Coquille Valley Hospital puede ofrecer planes de pago extendidos, no enviará facturas impagas a agencias de cobranza externas y cesará todas las actividades extraordinarias de cobranza.
- Coquille Valley Hospital no impondrá ECA como embargos salariales; gravámenes sobre residencias primarias u otras acciones legales para cualquier paciente sin primero hacer esfuerzos razonables para

TEMA: Política de Facturación y Cobro	REFERENCIA
DEPARTAMENTO: ORGANIZACIÓN	PAGINA: 6 DE: 6
	EFFECTIVO: 07/2019
APROBADO POR:	REVISADO: 07/2019

determinar si ese paciente es elegible para asistencia financiera bajo la FAP. Los esfuerzos razonables incluirán:

1. Validar que el paciente debe las facturas impagas y que todas las fuentes de pago de terceros han sido identificadas y facturadas por el hospital;
 2. Documentación de que Coquille Valley Hospital ha ofrecido o ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar asistencia financiera de conformidad con esta Política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital;
 3. Documentación de que al paciente se le ha ofrecido un plan de pago pero no ha cumplido los términos de ese plan.
- Además, el Hospital Coquille Valley:
 1. Abstenerse de iniciar cualquier ECA durante al menos 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para la atención del paciente;
 2. Proporcione un aviso por escrito sobre esta Política de asistencia financiera (incluida una copia de la Declaración en lenguaje sencillo sobre cualquier ECA que Coquille Valley Hospital o una parte autorizada tenga la intención de iniciar, y esfuerzos razonables para notificar al paciente o garante del paciente verbalmente sobre esta Política de asistencia financiera) al menos 30 días antes de iniciar cualquier ECA;
 3. Aceptar las solicitudes de asistencia financiera durante al menos 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

Se puede solicitar una copia de esta política por correo, sin cargo, o llamando a Servicios financieros para pacientes al (541) 824-1254, o en persona al: 940 East 5th St, Coquille, O 97423.