

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 07/01/2020
	PÁGINA: 1
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	DE: 7
AUTOR: MICHELE ERICKSON	REVISADO:

POLÍTICA:

Es política de Coquille Valley Hospital facturar a los pacientes y a los pagadores correspondientes de manera precisa y oportuna. Durante este proceso de facturación y cobro, el personal brindará un servicio al cliente de calidad y todas las cuentas pendientes se manejarán de acuerdo con el IRS y la regla final 501 (r) del Tesoro bajo la autoridad de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

DEFINICIONES:

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 según la política de asistencia financiera de Coquille Valley Hospital.

Cantidades Generalmente Facturadas: Los montos generalmente facturados (AGB) se definen como el monto máximo que se facturará a un paciente que califique según la política de asistencia financiera para obras de caridad u otro descuento.

Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECAs): Según 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 un individuo relacionadas con la obtención del pago de una factura por atención cubierta por la FAP del centro hospitalario que:

- Implica informar información adversa sobre un individuo a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de informes crediticios.
- Colocar un gravamen sobre una propiedad individual, excepto aquellos permitidos por la ley estatal debido a sentencias o acuerdos como parte de un caso de lesiones personales.
- Iniciar una acción civil contra un individuo o una orden judicial de embargo.
- Embargar el salario de una persona.
- Las acciones de cobro extraordinarias no incluyen un gravamen sobre el producto de unjuicio, acuerdo o compromiso adeudado a un individuo como resultado de una lesión personal por la cual se proporcionaron servicios médicos. Además, el protocolo AGB y FAP no se aplica a fideicomisos, herencias, sociedades, asociaciones, corporaciones, LLC, agencias gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro o empresas que asumen la deuda de los individuos. Sin embargo, con respecto a las acciones dentro de esta política, el centro considerará a cualquier persona que haya aceptado o deba aceptar la responsabilidad de que una persona reciba tratamiento médico como equivalente a la primera persona que reciba una factura del hospital por la atención.

Agencia de Cobranza: Una agencia de cobranza se define como una agencia externa, no hospitalaria, que participa en actividades de cobranza de deudas incobrables, en contraposición a una agencia externa que simplemente realiza la función de facturación normal del hospital.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 07/01/2020
	PÁGINA: 2
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	DE: 7
AUTOR: MICHELE ERICKSON	REVISADO:

Asistencia Financiera: Servicios de atención médica que se han proporcionado o se proporcionarán de forma gratuita o a un costo reducido para las personas que cumplen con los criterios establecidos.

Política de Asistencia Financiera (FAP): Una política separada que describe el programa de asistencia financiera del Coquille Valley Hospital, incluidos 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.

Garante: La persona responsable de pagar la factura del paciente. Las declaraciones de los pacientes están dirigidas a esta persona. Para las personas menores de 18 años, un padre o tutor legal/fideicomisario es el garante.

Seguro de Salud: El término utilizado para cualquier cobertura que proporcione el pago de servicios médicos como resultado de una enfermedad o lesión o beneficio de bienestar.

Pagador de Terceros: Una compañía de seguros o un plan. El paciente se considera la primera parte, el proveedor del servicio se considera la segunda parte y la compañía de seguros que paga por el servicio prestado se considera el tercero.

PROCEDIMIENTO:

I. Prácticas de Facturación

A. Facturación de Seguros

- **Planes de Seguros Contratados.** Coquille Valley Hospital tiene contratos con varios planes de seguro. En esos casos, el Hospital solicitará el pago del plan de seguro por todos los servicios cubiertos. El pago del paciente de todos los copagos, deducibles y montos de coseguro se solicitará antes del servicio, al momento del servicio o al momento del alta, cuando corresponda. Si la aseguradora determina que un servicio en particular no está cubierto o se rechaza de otro modo para el pago, el pago de ese servicio se solicitará directamente al paciente de acuerdo con el contrato de seguro correspondiente. Siempre que sea posible, el Hospital ayudará al paciente a apelar denegaciones u otros juicios adversos con su plan de seguro, reconociendo que el plan de seguro a menudo requiere que el paciente presente estas apelaciones.
- **Planes de Seguros No Contratados.** El Hospital extenderá la cortesía de facturar a la compañía de seguros del paciente en aquellos casos en los que el Hospital no tenga un contrato con una aseguradora. Si bien el Hospital facturará al plan de seguro del paciente, la responsabilidad financiera final recae en el paciente o el garante y el hecho de que la aseguradora no responda a la factura del Hospital de manera oportuna puede resultar en que se facture directamente al paciente por los servicios prestados.
 1. Para todos los pacientes asegurados, Coquille Valley Hospital facturará a los terceros pagadores correspondientes (según la información proporcionada o verificada por el paciente) de manera oportuna.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 07/01/2020
	PÁGINA: 3
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	DE: 7
AUTOR: MICHELE ERICKSON	REVISADO:

2. Si un pagador rechaza (o no procesa) un reclamo debido a un error en nuestro nombre, Coquille Valley Hospital no facturará al paciente ningún monto en exceso de lo que el paciente habría debido si el pagador hubiera pagado el reclamo.
3. Si un pagador rechaza (o no procesa) una reclamación debido a factores fuera del control de nuestra organización, el personal hará un seguimiento con el pagador y el paciente según corresponda para facilitar la resolución de la reclamación. Si la resolución no se produce después de esfuerzos de seguimiento prudentes, Coquille Valley Hospital puede facturar al paciente o tomar medidas de acuerdo con las regulaciones actuales y los estándares de la industria.

B. Facturación del Paciente

Coquille Valley Hospital preparará y enviará estados de cuenta a los pacientes con regularidad para informarles sobre los saldos adeudados al Hospital. En general, los pacientes deben recibir tres (3) o más estados de cuenta o cartas durante el transcurso de un ciclo de facturación que se espera que dure 120 días, siempre que no ocurran otras acciones que indiquen que no se aconseja una facturación adicional. Un registro de todas las acciones y comunicaciones de la cuenta, incluidos los extractos, se refleja en el sistema de facturación. El personal debe documentar todos los contactos con el paciente (o garante) en el sistema de facturación correspondiente.

Suspensión de Facturación - En ciertas situaciones, la actividad continua de facturación y cobranza puede ser inapropiada y puede suspenderse o discontinuarse. Tales situaciones incluyen, entre otras: mala dirección, casos de quiebra, paciente fallecido, queja del paciente o problema de servicio al cliente.

Notificación de Disponibilidad para Asistencia Financiera - Los estados de cuenta del paciente incluirán cualquier aviso requerido por las regulaciones para informar a los pacientes sobre la disponibilidad y los medios para solicitar asistencia financiera. El idioma y el contenido de estos avisos se ajustarán a las regulaciones del IRS 501(r).

Devoluciones de Direcciones Incorrectas - el Hospital hará todos los esfuerzos razonables para rastrear y responder a todas las declaraciones de pacientes devueltas por USPS que no se puedan entregar. Cuando sea posible, las cuentas se identificarán como "Devolución por correo" en el sistema de facturación y la información de la dirección se verificará y corregirá (si corresponde) mediante Search America en el sistema de facturación. Por lo general, una vez que se ha marcado una cuenta como devolución por correo, no se deben procesar más estados de cuenta o cartas a menos que se haya identificado una nueva dirección.

Pequeño Ajuste de Cuenta- reconociendo el costo de procesamiento de estados de cuenta y actividades de cobranza, el Hospital puede suprimir estados de cuenta en cuentas por debajo de su umbral de "pequeña facturación en dólares".

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 07/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 4 DE: 7
AUTOR: MICHELE ERICKSON	REVISADO:

1. A todos los pacientes sin seguro se les facturará de forma directa y puntual, y recibirán un estado de cuenta como parte del proceso de facturación normal de la organización. El estado de cuenta incluirá información sobre cómo solicitar asistencia financiera.
2. Para los pacientes asegurados, después de que los terceros pagadores hayan procesado las reclamaciones, Coquille Valley Hospital facturará a los pacientes de manera oportuna sus respectivos montos de responsabilidad según lo determinen los beneficios de su seguro.
3. Todos los estados de cuenta incluyen una copia del Resumen en lenguaje sencillo de la asistencia financiera del hospital y cómo solicitarlo.
4. Todos los pacientes pueden solicitar un estado de cuenta detallado de su (s) cuenta (s) en cualquier momento sin cargo.
5. Si un paciente disputa su cuenta y solicita documentación con respecto a la factura, los miembros del personal proporcionarán la información solicitada por escrito dentro de los 14 días (si es posible) y retendrán la cuenta durante al menos 45 días antes de remitir la cuenta para cobros.
6. Coquille Valley Hospital ofrece planes de pago para pacientes que indican que pueden tener dificultades para pagar su saldo en una sola cuota.
 - o Coquille Valley Hospital no está obligado a aceptar arreglos de pago iniciados por el paciente y puede derivar cuentas a una agencia de cobranza como se describe a continuación si el paciente no está dispuesto a hacer arreglos de pago aceptables o ha incumplido con un plan de pago establecido.
7. El pago total vence al recibir el primer estado de cuenta del paciente, a menos que Coquille Valley Hospital haya aprobado los arreglos de pago previos.

II. Colocación de Deudas Incobrables

Una cuenta será elegible para la transferencia al estado de deuda incobrable si se ha determinado que el saldo pendiente es responsabilidad del paciente, la cuenta ha envejecido 121 días a partir del estado de cuenta inicial y no se han realizado pagos, y / o el garante ha incumplido un plan de pago establecido.

1. Los saldos de los pacientes pueden remitirse a un tercero para su cobro a discreción de Coquille Valley Hospital.
2. Si una cuenta permanece impaga más de 121 días después del estado de cuenta inicial, y los intentos razonables de cobro han fallado, la deuda puede considerarse como mala deuda.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 07/01/2020
	PÁGINA: 5
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	DE: 7
AUTOR: MICHELE ERICKSON	REVISADO:

Los esfuerzos de cobranza razonables incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- La emisión de una declaración de servicios médicos en o poco después del alta o la prestación de los servicios del paciente.
 - Declaraciones posteriores, llamadas telefónicas con el paciente o garante que demuestren esfuerzos genuinos de cobranza.
3. 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 cobranza:
 - Intente contactar al paciente por teléfono.
 - Notifique por escrito que el plan puede volverse inoperante.
 - Informar al paciente de la oportunidad de renegociar el plan de pago e intentar hacerlo si el paciente lo solicita.
 - El aviso y la llamada telefónica pueden realizarse a la última dirección y número de teléfono conocidos del paciente.
 4. 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 cobranza para asegurarse de que no haya una solicitud de asistencia financiera pendiente.
 5. Coquille Valley Hospital tiene contratos con agencias de cobranza externas, pero conserva la propiedad total de las cuentas por cobrar y tiene la última palabra en cualquier resolución de cuenta.
 6. Cualquier agencia que busque cobrar los saldos de los pacientes en nombre de Coquille Valley Hospital deberá cumplir con esta Política de facturación y cobro. Cualquier queja importante de los pacientes se informará a CVH para su revisión y seguimiento. Las agencias reportarán cualquier cobranza u otras acciones de la cuenta, incluida la decisión de cesar los esfuerzos de cobranza, diariamente. Las agencias cesarán los esfuerzos de cobranza en cualquier cuenta colocada con ellos durante un año que no haya tenido ninguna acción, pago o potencial de pago actual. Las cuentas incobrables que cumplan con estos criterios se devolverán a CVH trimestralmente.
 7. Se informará al paciente 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. La agencia realizará un intento de llamada telefónica para contactar al garante como parte de la notificación de 30 días de la ECA. La Agencia es responsable de realizar esta notificación antes de que se inicien todas las ECA.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 07/01/2020
	PÁGINA: 6
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	DE: 7
AUTOR: MICHELE ERICKSON	REVISADO:

8. Coquille Valley Hospital se abstendrá 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.
9. 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 el proceso de solicitud.
10. Si el hospital tiene conocimiento de cualquier Medicaid verificado u otra cobertura de seguro, la cuenta será retirada de la agencia para pacientes cubiertos por Medicaid. Para cualquier otra cobertura de seguro identificada, la cuenta se pondrá en espera para permitir la facturación, siempre que el servicio se encuentre dentro de las pautas de facturación oportuna según la póliza de seguro del paciente.
11. Cualquier acción legal contra un paciente se limitará a embargos, demandas y / o embargo de salario. Cualquier acción legal debe ser aprobada por el Director Financiero o el Director del Ciclo de Ingresos, y la agencia de cobranza debe completar el aviso correspondiente con 30 días de anticipación a dichas actividades.

III. Derechos y Responsabilidades del Paciente

Es obligación del paciente:

- Proporcionar información demográfica y de seguros completa y oportuna, y para informar al Hospital y al estado si el paciente está en un programa estatal, de cualquier cambio en su estado, incluidos, entre otros, cambios en los ingresos o el estado del seguro.
- Solicite y mantenga la cobertura a través de cualquier programa patrocinado por el gobierno para el que pueda calificar, incluida la presentación de toda la documentación requerida dentro de los plazos requeridos. Todos los pacientes deben obtener y mantener una cobertura de seguro si tienen una cobertura asequible.
- Notifique al Hospital sobre cualquier cobertura potencial de Accidentes de Vehículos Motorizados, cobertura de Responsabilidad de Terceros o cobertura de compensación de trabajadores.
- Hacer esfuerzos razonables para comprender los límites de su cobertura de seguro, incluidas las limitaciones de la red, las limitaciones de la cobertura de servicio y las responsabilidades financieras debido a la cobertura limitada, copagos, coseguros y deducibles.
- Cumplir con la remisión del seguro, la autorización previa y otras políticas de administración médica.
- Cumplir con otros requisitos de seguro, incluyendo completar la coordinación de formularios de beneficios, actualizar la información de membresía, actualizar la información del seguro, actualizar la información del médico y otros requisitos del pagador.
- Pagar copagos, deducibles y coseguros de manera oportuna.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 07/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 7 DE: 7
AUTOR: MICHELE ERICKSON	REVISADO:

- Proporcionar actualizaciones oportunas de datos demográficos y de seguros.

El Hospital no discriminará por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, alienación, religión, credo, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, en sus políticas o en la aplicación de las mismas, con respecto a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos de preadmisión o pretratamiento y planes de pago.

Otras Políticas Aplicables:

- Política de asistencia financiera de CVH
- Política del plan de pago de CVH
- Política de pago de Coquille Valley Hospital Clinics

Se puede solicitar una copia de esta política por correo, sin cargo, o llamando a Servicios Financieros para Pacientes al (541) 824-1234, o en persona al: 940 East 5th Street, Coquille, OR 97423.