

TEMA:	PLANES DE PAGO	EFFECTIVO: 10/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS		PÁGINA: 1 DE: 7
ESCRITO POR: MICHELE ERICKSON		REVISADO:

POLÍTICA:

A los pacientes de Coquille Valley Hospital (CVH) que no puedan pagar sus costos de atención médica esperados en su totalidad o mediante el uso de alternativas de financiamiento disponibles se les ofrecerá la oportunidad de establecer planes de pago para pagar los saldos de sus cuentas en cuotas mensuales. CVH no cobrará intereses sobre los planes de pago.

GUÍAS DE LA POLÍTICA

- I. Los copagos y deducibles de rutina se solicitarán al momento del servicio. Los copagos relacionados con la atención de emergencia se solicitarán al paciente después de la evaluación y después de que esté médicamente estable. Esto puede ocurrir antes o en el momento del alta.
- II. Para los pacientes con múltiples responsabilidades pendientes, el saldo total se utilizará para calcular el monto de la cuota.
- III. Se utilizará una matriz para calcular el monto del pago mensual del paciente/garante (consulte el Apéndice A que se incluye con esta política).
- IV. El paciente y/o el garante deben realizar un depósito equivalente al monto de un pago a plazos en el momento en que se finaliza el acuerdo de pago y se proporciona el servicio.
- V. Los pacientes/garantes que no realicen los pagos según lo acordado estarán sujetos a la remisión de la agencia de cobranza cuando se retrasen dos (2) pagos con respecto al calendario de cuotas acordado. La remisión de la agencia puede aplazarse para los pacientes que son reingresados.
- VI. **Excepciones**
 - A. Cualquier desviación de este programa estándar debe ser revisada y aprobada por el Director del Ciclo de Ingresos o una persona designada antes de confirmarla con el paciente / garante. El motivo de la excepción y la aprobación para otorgar dicha excepción deben estar claramente documentados en el registro financiero del paciente.
 - B. Los no residentes de EE. UU. No son elegibles para esta opción de pago.
 - C. Si el paciente no puede cumplir con el programa de arreglos de pago, el paciente debe ser evaluado para obtener asistencia financiera de acuerdo con la Política de asistencia financiera de CVH.
 - D. Los planes de pago en cuentas de asistencia financiera parcial (caridad) deben desarrollarse individualmente con el paciente.

DEFINICIONES:

Gastos por Créditos Fallidos: Cuentas por cobrar incobrables que se esperaba que dieran como resultado entradas de efectivo (es decir, el paciente no cumplía con los criterios de elegibilidad de asistencia financiera de CVH). Se definen como la provisión por incobrables reales o esperados

TEMA:	PLANES DE PAGO	EFFECTIVO: 10/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS		PÁGINA: 2 DE: 7
ESCRITO POR: MICHELE ERICKSON		REVISADO:

resultantes de la extensión del crédito. Se espera que los planes de pago se resuelvan dentro de los 36 meses. Los planes de pago que se extiendan más allá de 1 año se clasificarán como gastos por deudas incobrables y se enviarán a la Unidad de Cobranzas de CVH (CU) para su procesamiento.

Asistencia Financiera: La asistencia financiera (también conocida como atención de caridad) es la atención que representa el costo no compensado para un hospital de proporcionar fondos o de otro modo apoyar financieramente los servicios de atención médica en forma hospitalaria o ambulatoria a una persona clasificada como sin seguro, con seguro insuficiente o de otra manera indigente financieramente. Los servicios de asistencia financiera son aquellos que inicialmente no se esperaba que resultaran en efectivo recibido. La asistencia financiera es el resultado de la política de un proveedor de brindar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos. En esta política, se utilizará el término "Asistencia financiera" en lugar del término "Atención de caridad".

Familia/Hogar: Un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio (incluido cualquier cónyuge de hecho legal) o adopción que viven juntos. Todas estas personas relacionadas se consideran miembros de una familia.

Activos Líquidos: Dinero al que se puede acceder en un período de tiempo relativamente corto, ejemplos que pueden incluir, pero no son una lista completa son: efectivo / cuentas bancarias, certificados de depósito, bonos, acciones, valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida y beneficios de pensión.

Gastos de Vida: Una asignación por persona basada en las Pautas federales de pobreza para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. La asignación se actualizará anualmente cuando las pautas se publiquen en el Registro Federal.

Plan de Pago: Cuando el paciente no puede pagar su parte de los costos de atención médica de una sola vez, CVH se encargará de aceptar el monto adeudado en cuotas regulares durante un período definido. Se espera que los planes de pago se resuelvan dentro de los 36 meses de acuerdo con las pautas del plan de pago (consulte el Anexo A). Los planes de pago que se extienden más allá de un año se clasificarán como gastos de insolvencia y se remitirán a la Unidad de Cobranza Interna para su procesamiento.

Sub-Asegurado: CVH considera que un paciente está sub-asegurado cuando el seguro primario, secundario y/o de otro tipo del paciente no cubre un servicio o procedimiento específico en ningún hospital o centro de atención médica..

Sin seguro: CVH considera que un paciente no tiene seguro cuando el paciente no tiene cobertura de seguro.

Subsidio no Asegurado: Un subsidio del 30% para personas sin seguro estará disponible para todos los pacientes que no tengan seguro y no califiquen para ninguna asistencia financiera, para servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios. El porcentaje de la asignación será revisado y actualizado anualmente y distribuido por la Administración a todas las instalaciones y departamentos de CVH un mes antes del inicio del nuevo año fiscal, para ser efectivo el primer día del próximo año fiscal.

PROCEDIMIENTO:

TEMA:	PLANES DE PAGO	EFFECTIVO: 10/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS		PÁGINA: 3 DE: 7
ESCRITO POR: MICHELE ERICKSON		REVISADO:

- Las cuentas con saldos de pacientes inferiores a \$ 500 se pagarán en un plazo de 12 meses a partir del primer estado de cuenta del paciente.
- Las cuentas con saldos de pacientes inferiores a \$ 1,500 se pagarán en su totalidad dentro de los 18 meses posteriores al primer estado de cuenta del paciente.
- Las cuentas con saldos de pacientes de \$ 1,501 - \$ 3,000 se pagarán dentro de los 24 meses posteriores al primer estado de cuenta del paciente y los saldos de \$ 3,001 o más se pagarán dentro de los 36 meses. Si el paciente / garante requiere un plan de pago más largo que el descrito, se ofrecerá una remisión al Programa de Finanzas externo para acuerdos de pago extendidos. Se pueden aceptar montos de pago de \$ 25 si el plazo del plan es de 6 meses o menos o si el monto del pago se puede aumentar dentro de los 6 meses (es decir, reembolso de impuestos, finalización del préstamo para el automóvil, etc.).
- Si el paciente no puede cumplir con el programa de arreglos de pago, se debe evaluar al paciente para obtener asistencia financiera.

I. Servicios Opcionales (Servicios Previos Autorizados/Programados):

- El personal de Servicios de cuentas para pacientes puede usar diferentes procedimientos dependiendo de si las admisiones son electivas o urgentes/emergentes.
- Asesores financieros de servicios de acceso para pacientes
 1. Determinar antes de la admisión que el paciente/garante no puede cumplir con la responsabilidad financiera estimada por otros medios y que el programa del plan de pago es adecuado.
 2. Calcule la responsabilidad estimada del paciente.
 3. Determine el depósito requerido por el paciente/garante y el pago mensual estimado de acuerdo con la matriz de cuotas (Anexo A).
 4. Notificar al paciente / garante de la responsabilidad estimada; Explique el programa del plan de pago e informe al paciente del monto del depósito requerido y los pagos mensuales. Satisfacer las preguntas del paciente/garante y garantizar la comprensión del programa.
 5. Obtenga el acuerdo y el depósito del plan de pago firmado (Anexo B).
 6. Escanee el acuerdo del plan de pago firmado en la carpeta del sistema de imágenes correspondiente.
 7. Documente los términos del acuerdo en la sección de comentarios del registro.
 8. Para todos los saldos de responsabilidad del paciente:
 - a) Si existe suficiente tiempo (7 días calendario antes de la admisión), envíe por correo el acuerdo de pago al paciente / garante para que lo firme.
 - b) Asegurar la devolución del contrato firmado.

TEMA:	PLANES DE PAGO	EFFECTIVO: 10/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS		PÁGINA: 4 DE: 7
ESCRITO POR: MICHELE ERICKSON		REVISADO:

- c) Escanee el acuerdo en el sistema de imágenes de documentos en la carpeta correspondiente.
- d) Si existe tiempo insuficiente (menos de 7 días antes de la admisión), informe al personal de registro que se debe obtener un acuerdo firmado en el momento de la admisión.

- **Representantes de Servicios de Acceso para Pacientes (al momento del Check-In)**
 1. Documente todos los comentarios relacionados con el acuerdo del plan de pago y el estado financiero del paciente que no se hayan anotado en los comentarios de la cuenta del paciente.
 2. Obtenga la firma del paciente y recoja el depósito requerido.
 3. Si el paciente no está dispuesto a firmar el acuerdo y/o realizar los pagos requeridos, refiera al paciente al asesor financiero.

- **Asesores financieros de servicios de acceso para pacientes**
 1. Para aquellos pacientes/garantes que no puedan o no quieran completar un acuerdo de pago a plazos y hacer el depósito requerido antes de su admisión o servicio, comuníquese con el médico del paciente para determinar si la admisión se puede aplazar hasta que el paciente/garante pueda hacer lo adecuado. arreglos financieros.
 - a) Si el médico está de acuerdo con el aplazamiento, notifique al paciente / garante del aplazamiento. Introduzca el comentario estándar "Aceptar para retrasar" en los comentarios de la cuenta del sistema.
 - b) Si el médico anula la recomendación de aplazamiento, comuníquese con el paciente / garante para negociar más las condiciones de pago y
 - c) Introduzca el comentario estándar "No es clínicamente aceptable para retrasar" en los comentarios de la cuenta del sistema.
 - d) Mueva la cuenta a la Unidad de Cobranzas CVH.

II. Servicios Emergentes / Urgentes:

- Los servicios de urgencia o emergencia o aquellos que se originen en el Departamento de Emergencias no serán denegados ni demorados por razones económicas. Debido a la rapidez de estos encuentros, no se tomará una determinación con respecto a los planes de pago antes de un examen de detección médica o la admisión de un paciente hospitalizado.
 1. **Asesores financieros de los servicios de acceso al paciente**
 - a) Determinar la idoneidad del programa del plan de pago para el paciente/garante.
 - b) Calcule la responsabilidad estimada del paciente.
 - c) Explique los términos del plan de pago al paciente / garante.
 - d) Obtenga el acuerdo y el depósito del plan de pago firmado (Anexo B).

TEMA:	PLANES DE PAGO	EFFECTIVO: 10/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS		PÁGINA: 5 DE: 7
ESCRITO POR: MICHELE ERICKSON		REVISADO:

- e) Escanee el acuerdo del plan de pago firmado en la carpeta del sistema de imágenes correspondiente.
- f) Documentar el acuerdo del plan de pago en las notas del sistema.

III. Disponibilidad de la Política

- Todas las instalaciones, previa solicitud, deben proporcionar a cualquier miembro del público o entidad gubernamental estatal una copia de sus políticas de asistencia financiera. Esta política también estará disponible en el sitio web de CVH.
 1. Todos los representantes de registro de CVH informarán a los pacientes elegibles/garantes de la política del plan de pago de CVH.

IV. Administración:

Al administrar esta política, CVH:

- Asegurará la dignidad del paciente
- Fomentará el asesoramiento financiero por adelantado
- Se centrará en el paciente y amigable con el paciente
- Será culturalmente apropiado (proporcionado en los idiomas predominantes utilizados en las comunidades)
- Atenderá las necesidades de atención médica de todos, independientemente de su capacidad de pago.
- Comunicará los procedimientos de cobranza.

V. Descuento para Personas Sin Seguro: Se aplicará un porcentaje de descuento fijo a los cargos brutos para los no asegurados.

- Exclusiones: gastos médicos excluidos de los descuentos para personas sin seguro:
 1. Servicios electivos de cirugía estética u otros servicios electivos no cubiertos por los cuales se ha negociado un precio.
 2. Los terceros que puedan ser responsables de los servicios.
 3. Saldos adeudados (como deducibles y copagos) después de que el asegurador principal haya realizado el pago.

VI. Supervisor de Ciclo de Ingresos

- Realiza auditorías periódicas de este proceso para asegurar el cumplimiento de esta política.
- Informa a la gerencia del Ciclo de Ingresos sobre discrepancias o variaciones con los procedimientos o protocolos establecidos. Solicita planes de acción de gestión para eliminar variaciones.

TEMA:	PLANES DE PAGO	EFFECTIVO: 10/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS		PÁGINA: 6 DE: 7
ESCRITO POR: MICHELE ERICKSON		REVISADO:

- Supervisa y certifica la eficacia de los planes de acción de gestión del ciclo de ingresos.
- Trabaja con las partes interesadas para resolver todos los problemas que impiden la implementación efectiva de esta política.
- El equipo de gestión del ciclo de ingresos se asegurará de que existan controles para garantizar el cumplimiento de esta política.

REFERENCIAS:

Políticas y Referencias Relacionadas	Títulos de las Políticas
	PAS - Asistencia financiera
	PAS - Prácticas financieras
	PAS - Liquidación de descarga
	PAS - Verificación de la cobertura del pagador
	PAS - Cobro de efectivo
	PFS - Planes de pago
	PAS - Exenciones de Copagos y Deducibles
	PFS - Procesamiento de Pagos Propios y Deudas Incobrables
	PAS - Procesamiento de Encuentros Programados Electivos
	PAS - Aseguramiento de la Calidad de la Evaluación Financiera
Referencia del Departamento de Salud del Estado	
Estándar (s) de TJC Requisitos de participación en la acreditación (APR) Entorno de atención (EC) Gestión de emergencias (EM) Recursos humanos (RRHH) Prevención y control de infecciones (IC) Gestión de la información (IM) Liderazgo (LD) Seguridad de la vida (LS) Gestión de medicamentos (MM) Personal médico (MS)	HR.01.07.01 - El hospital evalúa el desempeño del personal. IM.02.02.01 - El hospital gestiona eficazmente la recopilación de información sanitaria. LD.03.05.01 - Los líderes implementan cambios en los procesos existentes para mejorar el desempeño del hospital. LD.04.01.01 - El hospital cumple con la ley y los reglamentos. LD.04.01.05 - El hospital gestiona eficazmente sus programas, servicios, sitios o departamentos. LD.04.01.07: el hospital tiene políticas y procedimientos que guían y respaldan la atención, el tratamiento y los servicios del paciente. LD.04.02.03 - Los principios éticos guían las prácticas comerciales del hospital. PI.01.01.01: recopila datos para monitorear su desempeño. PI.02.01.01: el hospital recopila y analiza datos. PI.03.01.01 - El hospital mejora su desempeño de manera continua.

TEMA:	PLANES DE PAGO	EFFECTIVO: 10/01/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS		PÁGINA: 7 DE: 7
ESCRITO POR: MICHELE ERICKSON		REVISADO:

Políticas y Referencias Relacionadas	Títulos de las Políticas
Objetivos nacionales de seguridad del paciente (NPSG) Enfermería (NR) Prestación de atención, tratamiento y servicios (PC) Mejora del rendimiento (PI) Registro de atención, tratamiento y servicios (RC) Derechos y responsabilidades de la persona (RI) Seguridad del trasplante (TS) Pruebas exentas (WT)	
TJC - Other	
NFPA	
OSHA	
NCQA	
HIPAA	
CMS	Sección 300 del Manual de reembolso para proveedores de Medicare
OIG	
Estatutos Anti-Soborno	
Otro	Título VI de la Ley de protección crediticia del consumidor (Ley de informes crediticios justos)
	Título VIII de la Ley de Protección de Crédito al Consumidor (Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas)
	Título I de la Ley de Protección de Crédito al Consumidor (Ley de Veracidad en los Préstamos)
	Requisitos de la Sección 501 (r) en la Parte V, Sección B (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio)