

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 01/07/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 1 DE: 7
AUTOR POR: GERENTE DEL CICLO DE INGRESOS	REVISADO: 06/2022

## **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 la regla final 501(r) del IRS y el Tesoro bajo la autoridad de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

## **DEFINICIONES:**

**Esfuerzos razonables:** Cierta conjunto de acciones que una organización de atención médica debe tomar para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera según la política de asistencia financiera de Coquille Valley Hospital.

**Montos generalmente facturados:** los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) se definen como el monto máximo que se facturará a un paciente que califica según la política de asistencia financiera para caridad u otro descuento.

**Acciones extraordinarias de cobro (ECA):** 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 una persona relacionada con la obtención del pago de una factura por atención cubierta por el hospital. Plan de asistencia financiera (FAP) del centro que:

- Involucrar el reporte de información adversa sobre un individuo a las agencias de informes de crédito al consumidor o a las oficinas de crédito.
- 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 acción civil contra un individuo o auto de embargo de cuerpo.
- Embargar el salario de una persona.
- Las acciones de cobranza extraordinarias no incluyen un gravamen establecido sobre el producto de un juicio, acuerdo o compromiso adeudado a una persona como resultado de una lesión personal por la cual se proporcionaron servicios médicos. Además, el protocolo AGB y FAP no se aplica a fideicomisos, sucesiones, sociedades, asociaciones, corporaciones, LLC, agencias gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro o empresas que asumen la deuda del individuo. 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 recibe una factura hospitalaria por la atención.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 01/07/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 2 DE: 7
AUTOR POR: GERENTE DEL CICLO DE INGRESOS	REVISADO: 06/2022

**Agencia de cobro:** Una agencia de cobro se define como una agencia externa, no hospitalaria, que se dedica a actividades de cobro de deudas incobrables, a diferencia de una agencia externa que simplemente lleva a cabo la función de facturación normal del hospital.

**Asistencia financiera:** servicios de atención médica que se han proporcionado o se proporcionarán de forma gratuita o a un costo reducido a personas que cumplen con los criterios establecidos.

**Política de asistencia financiera (FAP):** una política separada que describe el programa de asistencia financiera de Coquille Valley Hospital, incluidos los criterios que los pacientes deben cumplir para ser elegibles para recibir asistencia, así como el proceso mediante el cual las personas pueden solicitar asistencia financiera.

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

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

**Tercero pagador:** una compañía o plan de seguros. 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 la tercera parte.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **Prácticas de facturación**

#### A. Facturación de seguros

- Planes de seguro contratados: Coquille Valley Hospital tiene contratos con varios planes de seguro. En esos casos, el Hospital buscará el pago del plan de seguro para todos los servicios cubiertos. Los copagos de rutina se solicitarán en el momento del servicio y los deducibles se pueden solicitar en el momento del servicio para servicios que no sean de emergencia.

Si la aseguradora determina que un servicio en particular no está cubierto o se rechaza el pago, entonces 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 las denegaciones u otros juicios adversos con su plan de seguro, reconociendo que el plan de seguro a menudo requiere que el paciente realice estas apelaciones.

- Planes de seguro no contratados: el Hospital extenderá la cortesía de facturar a la compañía de seguros de un paciente en aquellos casos en 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.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 01/07/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 3 DE: 7
AUTOR POR: GERENTE DEL CICLO DE INGRESOS	REVISADO: 06/2022

- 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.
- Si un pagador niega (o no procesa) un reclamo debido a un error en nuestro nombre, Coquille Valley Hospital no facturará al paciente ningún monto que exceda lo que el paciente habría debido si el pagador hubiera pagado el reclamo.
- Si un pagador niega (o no procesa) un reclamo 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 del reclamo. Si la resolución no ocurre después de los 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 periódicamente para informarles sobre los saldos adeudados al Hospital. En general, los pacientes deben recibir tres (3) o más estados de cuenta o cartas en el transcurso de un ciclo de facturación que se espera que dure 120 días, siempre que no ocurran otras acciones que indiquen que no es aconsejable 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 la facturación: en ciertas situaciones, la actividad continua de facturación y cobro puede ser inapropiada y puede suspenderse o interrumpirse. Dichas situaciones incluyen, pero no se limitan a: Dirección incorrecta, casos de bancarrota, paciente fallecido, queja del paciente o un problema de servicio al cliente.

Notificación de disponibilidad de asistencia financiera: los estados de cuenta del paciente incluirán los avisos requeridos por las reglamentaciones 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 reglamentaciones 501(r) del IRS.

Devoluciones de direcciones incorrectas: el hospital hará todos los esfuerzos razonables para rastrear y responder a todas las declaraciones de los pacientes devueltas por el USPS que no se pueden entregar. Siempre que sea posible, las cuentas se identificarán como "Devolución de correo" en el sistema de facturación, y la información de la dirección se verificará y corregirá (si corresponde) utilizando Search America en el sistema de facturación. En general, una vez que una cuenta ha sido marcada como devolución por correo, no se deben procesar más estados de cuenta o cartas a menos que se haya identificado una nueva dirección.

Ajuste de saldo pequeño: al reconocer el costo del procesamiento de estados de cuenta y las actividades de cobro, el Hospital puede suprimir los estados de cuentas por debajo de su umbral de "facturación pequeña".

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 01/07/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 4 DE: 7
AUTOR POR: GERENTE DEL CICLO DE INGRESOS	REVISADO: 06/2022

- All uninsured patients will be billed directly and timely, and they will receive a statement as part of the organization's normal billing process. The billing statement will include information on how to apply for financial assistance.
- For insured patients, after claims have been processed by the third-party payer(s), Coquille Valley Hospital will bill patients in a timely fashion for their respective liability amounts as determined by their insurance benefits.
- All billing statements include a copy of the Plain Language Summary of Hospital Financial Assistance and how to apply.
- All patients may request an itemized statement for their account(s) at any time free of charge.
- If a patient disputes his or her account and requests documentation regarding the bill, staff members will provide the requested information in writing within 14 days (if possible) and will hold the account for 30 days before referring the account for collections.
- Coquille Valley Hospital provides payment plan arrangements for patients who indicate they may have difficulty paying their balance in a single installment.
- Coquille Valley Hospital is not required to accept patient-initiated payment arrangements and may refer accounts to a collection agency, as outlined below, if the patient is unwilling to make acceptable payment arrangements or has defaulted on an established payment plan.
- Payment in full is due upon receipt of the first patient billing statement unless prior payment arrangements have been approved by Coquille Valley Hospital.

#### Colocación de deuda incobrable

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

- Los saldos de los pacientes pueden remitirse a un tercero para su cobro a discreción de Coquille Valley Hospital.
- 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 deuda incobrable.

Los esfuerzos razonables de cobranza incluyen, entre otros, los siguientes:

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 01/07/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 5 DE: 7
AUTOR POR: GERENTE DEL CICLO DE INGRESOS	REVISADO: 06/2022

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

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 01/07/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 6 DE: 7
AUTOR POR: GERENTE DEL CICLO DE INGRESOS	REVISADO: 06/2022

- 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.
- Si el hospital tiene conocimiento de cualquier cobertura verificada de Medicaid u otro seguro, la cuenta se retirará de la agencia para los 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 oportunas según la póliza de seguro del paciente.
- Cualquier acción legal contra un paciente se limitará a gravámenes, 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 adecuado de 30 días antes de dichas actividades.

### **Derechos y responsabilidades del paciente**

Es obligación del paciente:

- Proporcionar información demográfica y de seguros completa y oportuna, e 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 en el estado del seguro.
- Solicitar y mantener la cobertura a través de cualquier programa patrocinado por el gobierno para el que puedan 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 disponible una cobertura asequible.
- Notificar al Hospital de cualquier posible cobertura 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 del servicio y las responsabilidades financieras debido a la cobertura limitada, los copagos, el coseguro y los deducibles.
- Cumplir con las referencias de seguros, la autorización previa y otras políticas de administración médica.
- Cumplir con otros requisitos del seguro, incluida la finalización de los formularios de coordinación de beneficios, la actualización de la información de membresía, la actualización de la información del seguro, la actualización de la información del médico y otros requisitos del pagador.
- Pagar copagos, deducibles y coseguros de manera oportuna.

TEMA: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	EFFECTIVO: 01/07/2020
DEPARTAMENTO: CICLO DE INGRESOS	PÁGINA: 7 DE: 7
AUTOR POR: GERENTE DEL CICLO DE INGRESOS	REVISADO: 06/2022

- Proporcionar actualizaciones oportunas de datos demográficos y de seguros.

El Hospital no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, en sus políticas o en la aplicación de políticas relacionadas con 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.