



Franciscan Healthcare

DATE ISSUED 01/01/16

POLICY # 910.006

REVISIONS 2/23/16, 10/8/20

REVIEWED 2/23/16, 10/8/20

SUBJECT BILLING & COLLECTION POLICY

DEPARTMENT PATIENT ACCOUNTING

Política

La política de Franciscan Healthcare (FH) es ser proactivo en los esfuerzos de recolección. Esto comienza en el momento en que el paciente se registra y termina cuando el saldo de la cuenta se ha pagado en su totalidad.

REGISTRO/TIEMPO DE SERVICIO:

Los siguientes elementos ocurrirán en el momento del servicio:

1. Se obtendrán datos demográficos completos. Los pacientes deben mostrar una prueba de seguro y proporcionar información al personal de registro.
2. La información del tercero pagador se obtendrá del paciente o de la parte responsable. Se tomará una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro.
3. El pago total, o compromiso de pago, se solicitará cuando se conozcan los cargos totales en el momento del servicio
4. Los copagos deben pagarse en el momento del registro. Esto incluye copagos para los empleados. Los copagos pueden facturarse en la próxima facturación si no se conocen en el momento de la admisión.
5. Las preguntas relativas a las obligaciones financieras se dirigirán al Consejero Financiero del Paciente. Las preguntas que no se puedan resolver serán referidas al Gerente de Contabilidad del Paciente.

PROCEDIMIENTO SIGUIENTE A LA ENTREGA DE SERVICIOS:

Facturas Detalladas:

Se enviará una factura detallada al paciente si se solicita, sin costo alguno. Las copias adicionales, así como copias de explicaciones de beneficios y resúmenes de cuentas de pago, se cobrarán a \$0.25 por página. Al copiar EOB u otra documentación que tenga múltiples pacientes, los nombres y la información personal de otros pacientes deben ser bloqueados o cubiertos antes de su publicación, para cumplir con las regulaciones de HIPPA.

Verificaciones de Fondos No Suficientes (NSF):

Los cheques devueltos por falta de fondos se cobrarán \$25.00. La verificación NSF debe ser dada al Consejero Financiero del Paciente para determinar el siguiente paso en el proceso de recolección.

Reclamaciones de terceros:

Como cortesía al paciente, las reclamaciones de terceros se presentarán cuando se haya proporcionado la información apropiada al personal de FH.

Reclamaciones de Compensación del Trabajador:

Las reclamaciones de compensación del trabajador se enviarán directamente al empleador que sea presentado. Si el nombre de la compañía de compensación del trabajador está disponible, la reclamación se enviará directamente al portador. Si un paciente indica que un cargo está relacionado con el trabajo, entonces la reclamación será enviada a la compañía para su determinación. El personal de FH no determinará el mérito de las reclamaciones de compensación del trabajador.

Servicios no cubiertos:

Los médicos pueden pedir servicios que estén relacionados con la atención médica, pero puede que no sean pagados por la compañía de seguros. Los pacientes deben ser referidos a que consulten su Manual del Plan de Seguros para la determinación de la cobertura. Ejemplos de servicios no cubiertos pueden ser exámenes de detección o medicamentos orales ambulatorios por Medicare.

Pago completo:

FH perseguirá el pago en su totalidad y en todas las cuentas de pagos privados como la opción principal para resolver la cuenta. Los estados de cuenta se enviarán cada mes. Los saldos vencen al recibir el estado de cuenta. El pago completo se puede realizar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Acuerdos de pago:

En el caso de que sus medios financieros sean limitados, y usted no pueda pagar en su totalidad dentro de los 30 días siguientes al obtener su estado de cuenta, es necesario establecer los arreglos financieros para el pago. Se seguirá la siguiente políticas:

Si su saldo de cuenta es:	Su pago mensual será:
\$0 - \$500	\$50
\$501 - \$1,000	\$100
\$1,001 - \$4,150	\$125
Por cantidades mayores a \$4,150	Pagos Mensuales serán del 3% del balance total.

NOTA: No se cobraran Intereses sobre saldos pendientes a las cuentas del paciente.

El Gerente de Contabilidad del Paciente/Consejero Financiero del Paciente tendrá autoridad para autorizar alternativas de pago fuera de este límite en circunstancias especiales. En ausencia del Gerente de Contabilidad del Paciente, donde se requiere una respuesta inmediata, póngase en contacto con el director financiero. Los arreglos de pago no incluyen automáticamente nuevos cargos. Los pagos por nuevos cargos serán debidos y pagaderos en el momento del servicio, además de los arreglos de pago anteriores. Una vez más, hay que subrayar que los cargos actuales deben seguir siendo atendidos, además de los arreglos de pago realizados por el paciente.

FH ofrece una opción de Préstamo Médico para pacientes a través de un banco local. Póngase en contacto con el Consejero Financiero del Paciente para obtener más información.

Asesoramiento Financiero:

Si se determina que el paciente o la parte responsable no puede pagar la cuenta en su totalidad, hacer arreglos de pago satisfactorios o utilizar otras opciones, entonces se sugerirá el programa de asistencia financiera. Además, se referirán al trabajador Social como una opción para ayudar a los pacientes.

Asistencia Financiera:

FH tiene un programa de asistencia financiera para ayudar a los pacientes que están financieramente agobiados y no pueden pagar sus gastos médicos. Una solicitud de asistencia financiera debe ser completada y entregada al Consejero Financiero del Paciente. Una copia de la declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040 o 1040A del IRS) debe acompañar a la solicitud de asistencia financiera. La determinación de aprobación o negación de esta solicitud y se basa en las directrices establecidas por el hospital.

Acciones de cobro:

A los pacientes se les ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo y claro de la política de asistencia financiera al momento de su admisión a FH. Además, todos los estados de cuenta incluirán una notificación escrita visible sobre la disponibilidad de asistencia, incluida la información de contacto que identifica dónde el paciente puede obtener más información y documentos relacionados con la asistencia financiera y el sitio web donde se pueden encontrar dichos documentos.

FH o sus representantes autorizados pueden remitir la factura del paciente a una agencia de cobro de terceros o tomar cualquiera o todas las siguientes acciones extraordinarias de cobro ("ECAs") en caso de falta de pago de facturas pendientes:

- Reportar información sobre una persona a una agencia de informes de crédito o buró de crédito
- Colocar un gravamen sobre la propiedad de un individuo
- Hipotecar bienes inmuebles de un individuo
- Apoderarse o confiscar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal
- Iniciar una acción civil contra un individuo
- Embalar el salario de un individuo

FH puede remitir la factura de un paciente a una agencia de cobro 120 días a partir de la fecha en que se proporcionó la primera factura por atención al paciente. FH no tomará ECAs en contra de un paciente o cualquier otra persona que haya aceptado o esté obligado aceptar la responsabilidad financiera de un paciente a menos y hasta que FH haya hecho "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política. El Consejero Financiero del Paciente es responsable de determinar si FH ha se ha involucrado en los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

A. Aplicación no solicitada

Si un paciente no ha presentado una solicitud de asistencia financiera, FH ha tomado "esfuerzos razonables" con tal de que:

1. No toma ECAs contra el paciente durante al menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital proporciona al paciente la primera factura por atención médica; Y
2. Proporciona al menos una notificación de treinta (30) días de antelación al paciente que:
 - o Notifica al paciente la disponibilidad de asistencia financiera;
 - o Identifica los específicos ECA(s) que FH tiene la intención de iniciar contra el paciente,
 - o Establece un plazo después del cual podrá iniciarse el ECA que no sea antes de 30 días después de la fecha en que se proporcione el aviso al paciente;
3. Proporciona un resumen en lenguaje claro de la política de asistencia financiera con el aviso antes mencionado;
4. Hace un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente sobre la disponibilidad potencial de asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar ECA contra el paciente que describe cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

B. Aplicaciones incompletas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el Período de Solicitud, se habrán satisfecho los "esfuerzos razonables" si FH:

1. Proporciona al paciente un aviso por escrito que establece la información adicional o documentación requerida para completar la solicitud. La notificación escrita incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) del departamento de contabilidad del paciente que puede proporcionar una solicitud de asistencia financiera y asistencia con el proceso de solicitud. El aviso deberá proporcionar al paciente al menos 15 días para proporcionar la información requerida; Y

2. Suspende los ECAs que se han tomado contra el paciente, si los hubiera, por no menos del período de respuesta asignado en el aviso.

Si el paciente no envía la información solicitada dentro del período de tiempo asignado, los ECA pueden reanudarse; sin embargo, siempre que si el paciente presenta la información solicitada durante el Período de Solicitud, FH debe suspender los ECA y tomar una determinación sobre la solicitud.

C. Aplicaciones completadas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa, se habrán hecho "esfuerzos razonables" si FH hace lo siguiente:

1. Suspende todos los ECAs tomados contra el individuo, si los hubiera;

2. Toma una determinación en cuanto a la elegibilidad para la asistencia financiera según lo establecido en la política de asistencia financiera; y

3. Proporciona al paciente un aviso por escrito ya sea (I) establecer la asistencia financiera para la cual el paciente es elegible o (II) negar la solicitud. El aviso debe incluir la base para la determinación.

Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera que no sea atención gratuita, FH:

1. Proporcionara al paciente un proyecto de ley que establezca: (I) la cantidad que el paciente debe por la atención proporcionada después de la asistencia financiera, (II) cómo se determinó el monto establecido; y (III) el AGB para la atención proporcionada o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre el AGB para la atención recibida;

2. Proporcionara al paciente un reembolso por cualquier cantidad que el paciente haya pagado por encima de la cantidad adeudada a FH (a menos que dicha cantidad sea inferior a \$5); y

3. Tomar medidas razonables para revertir cualquier ECAs tomada contra el paciente.

Cuentas incobrables:

Las cuentas consideradas incobrables por el Consejero Financiero del Paciente serán referidas a nuestra agencia de cobro. Cada intento de cobrar el saldo adeudado debe hacerse antes de asignarlo a un mal crédito. Cada comunicación con el paciente/parte responsable será completamente documentada para ayudar en el litigio de la cuenta si eso fuera necesario.

Cuentas referidas a una agencia de colección:

1. Cada persona responsable recibirá 3 estados de cuenta que muestran un saldo adeudado en la columna de autogogo antes de ir a una agencia de cobro.
2. A los 90 días, se enviará una carta de cobro solicitando el pago en un plazo de 30 días.
3. Si no se recibe ningún pago dentro de los 30 días, le enviaremos por correo una carta de cobro final. El pago se espera dentro de los 10 días y la cuenta se enumerará en cobros completos con nuestra agencia de cobro en 20 días si no se recibe el pago.
4. La documentación de todos los contactos con el paciente debe documentarse en el sistema informático de contabilidad del paciente.

Gravámenes/Reclamaciones de accidentes:

Se presentará un gravamen (derecho de retención) sobre todas las reclamaciones por accidentes de más de \$100 a la compañía de seguros. Esto incluye reclamos de automóviles, demandas por lesiones personales (como la caída en la casa de otra persona, etc.)

Si una compañía de seguros no está establecida en el tiempo oportuno, los facturadores pueden, en consulta con el Administrador de Contabilidad del Paciente, presentar un liquidación provisional con Medicare o Medicaid, si la cobertura es aplicable.

Bancarrota:

Cuando se recibe la presentación inicial de una notificación de bancarrota, se debe dar al Consejero Financiero del Paciente. Una vez que recibamos la carta final del tribunal de bancarrota, cancelaremos la(s) cuenta(s) como caridad. Si la(s) cuenta(s) ya están en la agencia de cobro, tendremos que restablecer la cuenta de una deuda incobrada y luego cancelarla como caridad. Los estados de cuenta y los intentos de cobro deben detenerse en el momento en que se recibe el aviso de bancarrota inicial. Si el dinero del seguro todavía se puede cobrar en una cuenta, el cobrador puede continuar con este pago. Los cobradores tendrán que instituir un sistema manual de seguimiento de esta reclamación para recibir pagos de seguro. Si se han recibido todos los pagos del seguro, la cuenta se puede cancelar como caridad.