

Política de cobro a los pacientes

OBJETIVO:

Establecer procedimientos para el cobro a los pacientes, incluidas agencias externas de cobro, y potenciales acciones legales para alcanzar un equilibrio entre la necesidad de gestión financiera y las necesidades particulares de los pacientes que no pueden pagar.

DEFINICIONES:

Proceso de solicitud: El proceso mediante el cual un paciente o su representante designado completa un formulario en papel o en formato electrónico que brinda a Regional One Health información acerca de los ingresos del paciente, el tamaño de su familia y sus activos. Todas las solicitudes deben evaluarse caso por caso por parte de los representantes de Regional One Health designados para tal propósito; siempre se debe tener en cuenta el estado clínico del paciente, su situación laboral y los potenciales ingresos futuros.

Deuda incobrable: Las obligaciones financieras pendientes de pago por parte del paciente que no se hayan cancelado hacia el final del ciclo de facturación del paciente y cuya insolvencia no esté documentada.

Saldo: Las obligaciones financieras pendientes de pago por parte del paciente a Regional One Health por los servicios de salud recibidos; esta suma incluye deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos.

Ayuda económica o descuentos por ayuda económica: Descuentos o eliminación de sumas adeudadas por concepto de Servicios de Salud Elegibles brindados a pacientes elegibles con necesidad económica verificada y documentada.

Copagos: Una suma fija que el plan de seguro médico requiere que el paciente asegurado pague cuando recibe un servicio médico; pueden solicitarse copagos por separado para diferentes servicios.

Coseguros: Una suma que el paciente asegurado debe abonar; por lo general, dicho pago consiste en un porcentaje establecido de gastos médicos luego del pago de una suma deducible.

- Una vez pagada la suma deducible y el coseguro, la aseguradora será responsable por el resto del reembolso por beneficios cubiertos hasta el máximo de cargos permitidos, sin embargo, los pacientes también podrían ser responsables por cargos que excedan lo que la aseguradora considera un reembolso "usual, habitual y razonable".

Depósitos: Una suma fija (depósito) que deben pagar los pacientes no asegurados o cuyo seguro no sea comprobable al momento en el que se prestan los servicios por servicios corrientes y futuros.

Deducible: Una suma fija en dólares (normalmente dentro de un año calendario) que el paciente debe pagar antes de que la aseguradora cubra los gastos/servicios médicos, los planes pueden tener tanto deducibles individuales como familiares.

Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA): Una ley promulgada por el Congreso de los Estados Unidos que obliga a los hospitales a brindar atención médica a toda persona que necesite un tratamiento médico de emergencia, independientemente de su ciudadanía, estado legal o capacidad de pago; los hospitales participantes solo podrán transferir o dar de alta pacientes que necesiten un tratamiento de emergencia en virtud de su propio consentimiento informado, luego de su estabilización o cuando su estado de salud requiera que se los traslade a un hospital mejor equipado para administrar el tratamiento pertinente.

Acciones de cobro extraordinarias (ECA): Acciones que requieren de un proceso legal o judicial, que impliquen la venta de una deuda a otra persona o la divulgación de información negativa a agencias u oficinas de crédito. Regional One Health determinará la elegibilidad para caridad antes de ejercer cualquier acción de cobro extraordinaria. Debe enviarse una notificación por escrito con una anticipación mínima de 30 días antes de iniciar la acción ECA en cuestión, y deben cumplirse con todos los requisitos de información. Tal como se define en los Códigos del Servicio de Impuestos Internos, Sección 501 (r), entre dichas acciones que requieren de un proceso legal o judicial se incluyen las siguientes:

- Traba o embargo de una cuenta bancario u otros bienes personales
- Inicio de una acción civil en contra de una persona
- Embargo de salario

Asesor financiero: Los representantes de Regional One Health responsables de evaluar las obligaciones financieras de los pacientes, identificar y brindar ayuda con opciones de financiación pública (Medicare, Medicaid, etc.), determinar si el paciente en cuestión es elegible para recibir ayuda económica y establecer los planes de pago pertinentes.

Plan de pago: Un sistema mediante el cual se realiza el pago de los servicios médicos en cuotas durante un periodo determinado de tiempo.

Proceso de selección: El proceso para determinar si el paciente en cuestión califica para recibir ayuda económica y que no incluye el llenado de un formulario de solicitud de ayuda económica. El proceso de selección puede ser en persona o por teléfono, y utiliza a un tercero proveedor.

Descuento por falta de seguro: Un descuento sobre cargos por servicios médicos para pacientes identificados por Regional One Health como pacientes que carecen de cobertura de seguro médico. El monto del descuento por falta de seguro es la menor suma entre la determinada por el Método de actualización o el método definido por la ley sobre Pacientes no asegurados según se establece en el Código de Tennessee, Sección 68-11-262. Podrá acceder al monto del descuento por falta de seguro acudiendo al departamento de Servicios Financieros o llamando a Servicios Financieros para el Paciente al 901-545-6644.

POLÍTICA:

Regional One Health exige el cobro de parte de aquellos pacientes que tengan capacidad de pago. Los procedimientos de cobro se aplicarán de manera coherente y justa para todos los pacientes, independientemente de si estos están asegurados o no o de su capacidad de pago. Todos los procedimientos de cobro cumplirán con las leyes federales y estatales y con las reglamentaciones y las política de Regional One Health aplicables. En el caso de los pacientes que no tengan seguro o que no puedan abonar su factura en su totalidad o en parte, se seguirá la Política de ayuda económica de Regional One Health.

Las agencias de cobro y la asesoría legal externa podrán involucrarse luego de que se hayan agotado todas las opciones de cobro y pago razonables. Las agencias podrán ayudar en aquellos casos en los que los pacientes sean poco cooperativos para realizar los pagos por los servicios recibidos, si los pacientes no hicieron acuerdos de pago adecuados, o si se han mostrado reacios a proporcionar información financiera, o de otro tipo, razonable para respaldar su solicitud de ayuda económica. Todo el personal de la agencia de cobro mantendrá la confidencialidad de cada paciente. Todas las agencias cumplirán con todos los requisitos de la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA) para manejar la información de salud personal de cada paciente y seguirán las políticas de Regional One Health respecto de los esfuerzos de cobro al paciente.

En concordancia con esta Política y con la Política de ayuda económica de Regional One Health, Regional One Health debería ser claro con los pacientes respecto de las expectativas financieras lo antes posible en el proceso de turnos y de facturación. Todos los pacientes hospitalizados serán informados por parte de Regional One Health acerca de la Política de ayuda económica previo al alta médica.

- Los pacientes son responsables de comprender su cobertura de seguro y de proporcionar la documentación necesaria para facilitar el proceso de cobro del seguro.
- Se podrá requerir que todos los pacientes paguen un Depósito previo al servicio o Copagos/Coseguros y Deducibles estimados antes de la prestación de los servicios (excepto en situaciones de emergencia), o podrán recolectarse dichas sumas luego de provistos los servicios, según las prácticas de negocio corrientes.
- Los pacientes son responsables de pagar todos los Saldos pendientes no pagados por sus compañías aseguradoras.

Si el paciente tiene una Deuda incobrable previa o Saldos pendientes de pago y no califica para recibir la Ayuda económica, Regional One Health podrá intentar cobrar las sumas adeudadas antes de otorgar futuros turnos. En caso de no llegar a un acuerdo para cancelar el Saldo pendiente de pago por parte del paciente, la atención médica en el futuro podrá ser limitada o hasta incluso denegada. Podrán requerirse Depósitos previos al servicio. Esto no incluye la atención de emergencia o la continuidad de atención clínica aprobada por el médico del paciente. La ley EMTALA obliga a Regional One Health a proporcionar un examen de detección precoz y un tratamiento para afecciones médicas de emergencia, independientemente de si el paciente tiene seguro o no, de su capacidad de pago o de su elegibilidad en virtud de la Política de ayuda económica de Regional One Health. No se le solicitará a los pacientes con afecciones médicas de emergencia proporcionar información financiera hasta tanto tal afección haya sido estabilizada.

Regional One Health hará todos los esfuerzos razonables de manera justa y coherente para cobrar los Saldos pendientes de pago por parte de los pacientes, siempre manteniendo la confidencialidad.

- Regional One Health cuenta con un proceso a través del cual los pacientes pueden formular sus dudas o controversias respecto de las facturas; este proceso incluye un número telefónico al que los pacientes pueden llamar y una dirección a la que pueden escribir. El número telefónico y la dirección se encuentran en las facturas de los pacientes y en las notificaciones de cobro enviadas por Regional One Health.
- Los procedimientos de cobro podrán delimitarse según el monto del Saldo pendiente de pago, la edad del paciente, la experiencia de cobro pasada, y la cobrabilidad por adelantado. Podrán utilizarse la puntuación de crédito u otras herramientas para predecir la cobrabilidad.
- Entre las herramientas estándar de cobro se incluyen las siguientes:
 - o Carta solicitando el pago

- Llamadas telefónicas solicitando el pago
- Cartas indicando que se podrá derivar el caso a una agencia de cobro
- Solicitud de pago de Saldos vencidos al momento de registro de entrada
- Programas de cobro "Early-Out" (cobro tercerizado, previo a involucrar una agencia) que ejecuten las tareas mencionadas anteriormente

Regional One Health se esfuerza por ayudar a todos los pacientes a cumplir con sus obligaciones financieras antes de solicitar la asistencia de una agencia de cobro. Podrá recurrirse a agencias de cobro de terceros una vez agotadas todas las opciones de pago y cobro razonables, lo cual incluye la determinación de la elegibilidad de un paciente en virtud de la Política de ayuda económica.

Esfuerzos razonables de Regional One Health para identificar a los pacientes elegibles para recibir la ayuda económica

Al menos 30 días antes de iniciar Acciones de cobro extraordinarias, Regional One Health notificará a los pacientes que hay una Ayuda económica disponible para los pacientes elegibles, de la siguiente manera:

- Proporcionará una notificación por escrito al paciente explicando que hay disponible una Ayuda económica para los pacientes elegibles, indicando que Regional One Health busca comenzar o hacer que terceros comiencen a recibir los pagos por la atención brindada, proporcionando una fecha límite luego de la cual podrán iniciarse Acciones de cobro extraordinarias, dentro de los 30 días luego de la fecha de esta notificación.
- Proporcionará al paciente un resumen en idioma sencillo sobre la Política de ayuda económica junto con esta notificación; y
- Hará los esfuerzos razonables para notificar oralmente a los pacientes acerca de la Política de ayuda económica de Regional One Health.

Acciones de cobro extraordinarias

El paciente contará con al menos ciento veinte (120) días desde la fecha del primer resumen de cuenta "luego del alta médica" antes de que se inicien Acciones de cobro extraordinarias por parte de Regional One Health o de una entidad contratada por Regional One Health. Los pacientes contarán con un periodo de doscientos cuarenta días (240) desde la fecha del primer resumen de cuenta "luego del alta médica" para completar el Proceso de solicitud o el Proceso de selección.

Identificación de esfuerzos razonables realizados

Antes de iniciar Acciones de cobro extraordinarias, el personal del Ciclo de Ingresos de Regional One Health identificará si se han realizado o no esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible o no para recibir la Ayuda económica. El vicepresidente de Finanzas y Ciclo de Ingresos, supervisará la identificación de los esfuerzos razonables realizados.

Regional One Health permitirá a los pacientes con Saldos pendientes de pago solicitar acuerdos de Planes de pago, los cuales son sin intereses, para poder cancelar los Saldos adeudadas de los pacientes. Las pautas sobre los Planes de pago se muestran a continuación:

Saldos adeudados	Términos aceptables
<\$50	No elegible para plan de pago
<\$1,000	Pago por completo dentro de los 12 meses

\$1,000 - \$2,999	Pago por completo dentro de los 24 meses
>\$3,000	Pago por completo dentro de los 36 meses

El pago mínimo mensual es de \$50. Los pacientes deberán pagar al menos esta suma para poder calificar para recibir un plan de pago. Los representantes de Regional One Health documentarán claramente el acuerdo de pago y cualquier otro detalle pertinente en el sistema de facturación respectivo. Los procedimientos electivos y/o cosméticos, donde se requiere el pago anticipado por completo antes de que se brinden los servicios, no son elegibles para planes de pago. Los pacientes que tengan Saldos de deudas incobrables pendientes de pago no calificarán para obtener un plan de pago.

En el caso de que un paciente no pueda aceptar los términos estándar de pago, la gerencia de Servicios Financieros para el Paciente podrá aprobar caso por caso excepciones de acuerdo con los procedimientos del departamento.

En el caso de que un paciente no pueda aceptar los términos estándar de pago, la gerencia de Servicios Financieros para el Paciente podrá aprobar caso por caso excepciones de acuerdo con los procedimientos del departamento.