



Política de facturación y cobros

Categoría:	Cuenta del Paciente	Corregido/Revisado:
Número:	PFS 006	07/08/2015
Fecha de entrega:	09/14	

Objetivo

Wilkes Regional Medical Center (WRMC, por sus siglas en inglés) trata de asignar los recursos financieros disponibles de manera efectiva para reducir el costo de los servicios de cuidados de la salud para los pacientes dentro de la comunidad, que son los más necesitados, de conformidad con sus respectivas obligaciones legales. Esta política reconoce que los recursos financieros del WRMC son limitados; y que WRMC tiene una responsabilidad fiduciaria para facturar y cobrar adecuadamente por los servicios al paciente. WRMC no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, preferencia sexual, edad o discapacidad en sus políticas, o en la aplicación de sus políticas, incluyendo la adquisición y verificación de información financiera, pre-admisión o depósitos de pretratamiento, planes de pago, ingresos diferidos o rechazados, determinación de la condición de elegibilidad, o en sus prácticas de facturación y cobros.

WRMC reconoce que el costo de los servicios de salud necesarios puede imponer una carga financiera para los pacientes que no tienen seguro o con seguro insuficiente y ha actuado para reducir esa carga para los pacientes. WRMC también reconoce que la facturación y el proceso de cobro son complejos y ha implementado procedimientos para que el proceso sea más comprensible para los pacientes; y para informar a los pacientes acerca de descuentos y las opciones de asistencia financiera.

De acuerdo con estos compromisos WRMC mantiene una política de facturación y cobro que cumple con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables. Esta política describe la asistencia financiera y programas de descuento, así como los procesos de facturación, de pago y de cobro correspondientes a los servicios prestados a los pacientes. La política incluye sólo los programas y procesos aplicables a los pacientes (y fiadores de los pacientes) y no a pagadores terceros. La política se ha desarrollado para garantizar el cumplimiento de la normativa aplicable requerida bajo (1) los Centros de Medicare y Medicaid y Servicios de Medicare de Requerimientos de Deudas Incobrables (42 CFR § 413.89), (2) el Manual de Medicare sobre el Reembolso del Proveedor (Parte I, Capítulo 3), y (3) la Sección de Códigos de Impuestos Internos 50 I (r).

■ Definiciones

Programa de ayuda financiera: Un programa destinado a ayudar a pacientes de bajos ingresos que de otra manera no tienen la capacidad de pagar por sus servicios de cuidados médicos. Dicha ayuda debe tener en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir a los gastos de su cuidado. También se presta atención a pacientes que han agotado sus beneficios de seguro y/o que exceden los criterios de elegibilidad financieros, pero enfrentan gastos médicos extraordinarios. Un programa de ayuda financiera

no es un sustituto para los programas de seguro auspiciados por el empleador, comprados individualmente o la asistencia financiera disponible públicamente.

Servicio médicamente necesario: Un servicio que se espera razonablemente que sirva para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento de, aliviar, corregir o curar enfermedades que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una desventaja o resultar en una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluirán servicios hospitalarios y ambulatorios según el mandato bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social Federal (*Federal Social Security Act, en inglés*).

Electivos: Aquellos servicios que, en opinión de un médico, no son médicamente necesarios o se pueden posponer de manera segura.

Cuidados de emergencia: Cuidado inmediato que es necesario según la opinión de un médico para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, el deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios no cubiertos: Servicios no médicos, como los servicios sociales, educativos y de formación profesional; cirugía cosmética; medicamentos auto administrados.

Cuidado primario: Cuidado primario consiste en los servicios de salud habitualmente proporcionados por los médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y profesionales de enfermería de cuidado primario o asociados médicos, a los efectos de la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad o lesión aguda o crónica, pero excluye los servicios auxiliares y servicios de cuidado de maternidad.

Descuento de pago rápido: Un descuento provisto a los gastos de bolsillo de un paciente cuando dichos gastos se pagan dentro de un número predeterminado de días desde la fecha del estado de cuenta inicial.

Estimación de la responsabilidad del paciente: Una cantidad en dólares que se espera del gasto de su bolsillo que se provee al paciente en función del procedimiento específico del paciente, el médico que le atiende y el plan de seguro. Una estimación no debe interpretarse como un costo exacto o final.

Deuda incobrable: Cuentas que se ha determinado que son incobrables porque el paciente no ha podido resolver la deuda médica pendiente.

Ingreso financiero del hogar: El ingreso financiero del hogar medido en comparación a las Pautas Federales de Pobreza anual, incluye pero no se limita a lo siguiente:

- Ganancias anuales en el trabajo antes de impuestos
- Compensación por Desempleo
- Compensación de Trabajadores
- Ingresos del Seguro Social y Seguridad Suplementaria
- Pagos de Veteranos
- Pensión o Ingresos de jubilación
- Otros ingresos aplicables que incluyen, pero sin limitarse a, rentas, pensión alimenticia, manutención de los hijos, y cualquier otra fuente miscelánea

Aseguradoras de terceros: Cualquier individuo que asegure el pago en nombre de un paciente que incluye, pero sin limitarse a: compañías de seguros, Compensación de Trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de Agencia Estatal/Federal, Ayuda a Víctimas, etc., o responsabilidad de terceros como resultado de accidentes en automóvil y/u otros.

Sin seguro: Los pacientes que no están cubiertos por un plan de seguro de salud, Compensación de Trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de Agencias Estatales/Federales, Ayuda a Víctimas, etc., o responsabilidad de terceros como resultado de accidentes en automóvil y/u otros.

Seguro insuficiente: Pacientes cubiertos por una fuente de financiación de terceros, pero con riesgo de alto gasto de su bolsillo debido a su paquete de beneficios del plan. Esto puede incluir, pero no se limita a, planes de deducibles altos, planes de coseguro/copago, pólizas de bajos beneficios diarios, etc.

■ Entrega de Servicios de Cuidados de la Salud

WRMC evalúa la entrega de servicios de cuidados de salud a todos los pacientes que se presentan para los servicios en emergencia independientemente de la capacidad del paciente para pagar. La urgencia de tratamiento asociado con la presentación de los síntomas clínicos de cada paciente será determinada

por un profesional médico, de acuerdo con las normas locales de estándares de práctica, los estándares nacionales y estatales de atención clínica y las políticas y procedimientos del personal médico del hospital. Es importante señalar que la clasificación de la condición médica del paciente es con fines de gestión clínica solamente, y tales clasificaciones están destinadas a abordar el orden en que los médicos deben ver a los pacientes en función de que presentan síntomas clínicos. Estas clasificaciones no reflejan la evaluación médica de la condición médica del paciente que se refleja en el diagnóstico final. WRMC también cumple con la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) mediante la realización de un examen médico para determinar si existe una condición médica de emergencia cuando sea requerido por esa ley. (Consulte la Política de Traslado del Paciente 20.2.1)

Consideraciones clínicas y financieras, así como los beneficios que ofrecen los programas de seguros privados o gubernamentales pueden afectar el momento de, o acceso a, servicios de atención médica que no sean de emergencia o no urgentes (por ejemplo, servicios electivos). Estos servicios pueden ser retrasados o diferidos a base de consulta con el personal clínico del hospital y, si es necesario, y si están disponibles, el proveedor de cuidado de salud del paciente. WRMC puede negarse a proporcionar a un paciente servicios que no sean de emergencia, no urgentes en aquellos casos cuando una fuente de pago no puede ser identificada.

Para pacientes cubiertos por programas de seguro privado o gubernamentales, las opciones de los pacientes relacionados con la entrega de, y el acceso a la atención a menudo se definen en las guías del plan de seguro de o de cobertura del programa gubernamental.

Para los pacientes que no tienen seguro/con seguro insuficiente, WRMC trabajará con los pacientes para encontrar un Programa de Asistencia Financiera que pueda cubrir una parte o la totalidad no remunerada de su(s) factura(s) del hospital.

Para aquellos pacientes con seguro privado, WRMC debe trabajar a través del paciente y el asegurador para identificar qué servicios pueden estar cubiertos por la póliza de seguro del paciente. Para los pacientes que buscan servicios de no emergencia y no urgentes, es responsabilidad del paciente para saber qué servicios serán cubiertos antes de buscar atención.

Para los pacientes con coberturas de seguro y con grandes saldos adeudados después que se adjudican los seguros, WRMC ofrece Resolución por Dificultades Excepcionales (*Hardship Settlements* en inglés).y/o planes de pago a largo plazo para ayudar con las necesidades de financiamiento de los pacientes.

A. Servicios de emergencia y cuidados de urgencia

WRMC cumple con las leyes federales EMTALA y reglamentos estatales que apoyan el derecho del paciente a recibir tratamiento médico de emergencia. Cualquier paciente que viene a WRMC será evaluado en cuanto al nivel de emergencia o servicios de cuidados de urgencia sin tener en cuenta la identificación, cobertura del seguro, o la capacidad del paciente para pagar. Hay Información adicional disponible en la política EMTALA.

1. Los Servicios del nivel de emergencia incluyen:

Servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición de una condición médica, ya sean física o mental, se manifiesta con síntomas de suficiente gravedad como dolor severo, que la ausencia de atención médica inmediata podría esperarse razonablemente por una persona prudente que posea un conocimiento promedio de la salud y la medicina el dar lugar a que la salud de la persona o de otra persona se ponga en grave peligro, deterioro grave de la función del cuerpo o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, según se describe en la sección 1867 (e) (1) (B) de la Ley del Seguro Social, 42 USC § 1295dd (e) (1) (B). Un examen médico y cualquier tratamiento posterior para una condición médica de emergencia existente o cualquier otro servicio prestado en la medida

requerida en virtud de la EMTALA federal (42 USC 1395 (dd) califica como un servicio del nivel de emergencia.

2. Servicios de cuidados de urgencia incluyen:

Servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo) que una persona prudente podría considerar que en la ausencia de atención médica dentro de 24 horas se podría esperar razonablemente que resulte en: el poner la salud del paciente en peligro, el deterioro de la función corporal, o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de cuidados de urgencia se proporcionan para condiciones que no son potencialmente mortales y no representan un alto riesgo de efectos graves para la salud de una persona, pero se necesitan servicios médicos inmediatos.

B. Servicios no emergentes, no urgentes:

Para pacientes que ya sea (1) llegan a WRMC buscando atención que no sea de emergencia o de nivel no urgente o (2) buscando atención adicional después de la estabilización de una condición médica de emergencia, WRMC puede proporcionar servicios electivos a instancias de personal clínico y revisión de las opciones de cobertura del paciente. Los servicios electivos pueden ser servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de servicios de nivel de emergencia o servicios de cuidados de urgencia antes definidos. Por lo general, estos servicios son o bien los servicios de cuidados primaria o procedimientos médicos programados previamente por el paciente o por su proveedor de salud (hospital, consultorio médico, otros).

■ **Recopilación de información sobre la cobertura y recursos financieros del paciente**

A. Obligaciones del paciente:

Antes de proveer cualquier servicio de cuidados médicos (con excepción de los casos que requieren servicios de nivel de emergencia o servicios de cuidados de urgencia), se espera que el paciente proporcione información oportuna y precisa sobre su estado de seguro, información demográfica, cambios en los ingresos familiares o el estado de los seguros, y la información sobre los deducibles o copagos que se adeudan en función de su obligación de pago de los programas de seguros o financieros existentes. La información detallada puede incluir:

1. Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones actuales de cobertura de seguro de salud, ciudadanía, información de residencia, y los recursos financieros del paciente aplicables que pueden ser usados para pagar su factura;

2. Nombre completo del fiador del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro de salud actuales, y sus recursos financieros aplicables que se pueden usar para pagar la factura del paciente; y

Otros recursos que pueden ser utilizados para pagar su factura, incluidos los programas de seguros de automóviles o las pólizas de seguros de propiedad si el tratamiento se debió a un accidente, programas de compensación de trabajadores, y pólizas de seguro de estudiantes, entre otros.

En última instancia, es la obligación del paciente de mantener un control y pagar oportunamente su factura adeudada del hospital, incluyendo cualquier copagos y deducibles existentes. Al paciente también se le requiere informar bien a su asegurador actual de salud (si es asegurado) o la agencia gubernamental que determinó el estado de elegibilidad del paciente en un programa de gobierno (si participa) de cualquier cambio en los ingresos familiares o el estado de los seguros.

B. Obligaciones del Hospital:

WRMC hará todos los esfuerzos razonables y diligentes para recoger la información del seguro del paciente y cualquier otra para verificar la cobertura de los servicios de salud que se deben proporcionar. Estos esfuerzos pueden ocurrir durante la programación de los servicios, durante la pre-inscripción, mientras que el paciente es admitido en el hospital, después del alta, o durante el proceso de cobro lo que puede ocurrir en un tiempo razonable después del alta. Esta información puede ser obtenida antes de proveer los servicios de cuidados médicos no emergente y no urgente (es decir, los procedimientos electivos según se definen en esta política de facturación y cobros). WRMC aplazará cualquier intento de obtener esta información mientras se provee cualquier servicio de emergencia de nivel EMTALA o los de atención de urgencia, si el proceso de obtener esta información retrasará o interferirá con cualquiera de los exámenes de detección o de los servicios realizados para estabilizar una condición médica de emergencia.

Si el paciente o fiador/tutor no pueden proporcionar la información necesaria, y el paciente consiente, WRMC hará esfuerzos razonables para contactar familiares, amigos, fiador/tutor, y a terceros para obtener información adicional.

WRMC mantiene toda la información de acuerdo con las leyes de privacidad y de seguridad federales y estatales aplicables.

■ Política

WRMC generalmente espera que los pacientes o sus pagadores terceros paguen en total por los servicios prestados. WRMC facturará pagadores terceros, de acuerdo con los requisitos de la legislación aplicable, los contratos con los pagadores terceros o las directrices de facturación aplicables. Los pacientes también son responsables de los cargos que no son pagados por un pagador tercero dentro de un plazo razonable o de cualquier saldo que existe después del pago por el pagador tercero. Los pacientes que buscan servicios (distintos de los servicios de emergencia) pueden solicitar el pagar por adelantado por los servicios que no serán cubiertos por los pagadores terceros, incluidos los copagos y deducibles relacionados con los servicios cubiertos. El incumplimiento del paciente en pagar o hacer arreglos financieros satisfactorios hará la cuenta delinciente. El hospital se reserva el derecho de tomar acciones de cobro según lo permitido por la ley en relación con los saldos adeudados por el paciente o las aseguradoras de terceros.

Pre Servicio

WRMC se ha comprometido a ayudar a los pacientes a entender y gestionar el coste de los servicios que reciben antes de proveer dichos servicios. Para ayudar a los pacientes a prepararse y gestionar el costo de la atención que reciben, un miembro del equipo de registro puede realizar pasos previos a la revisión de servicios para asegurar que toda la información recogida es precisa. La información precisa es fundamental para evitar problemas de facturación y asegurar que los beneficios de seguro se pueden acceder para minimizar gastos de su propio bolsillo.

Antes de que se presten los servicios no urgentes o **después** de que se hayan estabilizado las condiciones de emergencia, el equipo de registro puede realizar las siguientes actividades:

- Validar y proteger la identidad del paciente - para proteger la información médica y financiera, WRMC puede utilizar las fuentes de datos disponibles en el mercado para validar la veracidad de los nombres y direcciones. Para recibir los servicios que no son de emergencia, WRMC puede

pedir al paciente o fiador identificación con foto y puede incluir una copia de su identificación con fotografía en su historial clínico.

- Verificar beneficios del seguro – en base a la información proporcionada por los pacientes y los fiadores, WRMC puede utilizar nuestros sistemas de datos para comunicarse con las compañías de seguros para verificar la elegibilidad y beneficios. Si no se proporciona información de seguro, WRMC puede comprobar con las principales compañías de seguros y el programa de Medicaid estatal aplicable para comprobar la cobertura.
- Verificar necesidad médica - no todos los servicios están cubiertos por pólizas de seguros. Para minimizar los costos asociados con servicios no cubiertos por el seguro WRMC puede comprobar la idoneidad de los códigos de diagnóstico y procedimiento por servicio para que los pacientes puedan tomar una decisión informada sobre la recepción de los servicios recomendados.
- Obtener autorizaciones previas - Si los servicios a ser prestados requieren autorización previa de una compañía de seguros, WRMC intentará asegurar dicha autorización de su compañía aseguradora. Cada paciente es responsable de asegurarse de que sus beneficios de seguro cubrirán el costo de los servicios a prestar. Si WRMC no puede obtener la debida autorización, los pacientes pueden ser responsables por el costo de los servicios prestados.
- Identificar cuentas abiertas incobrables – si el paciente o fiador tiene previamente cuentas pendientes de pago que no han sido inscritas en un plan de pago, los saldos pueden ser requeridos para ser pagados en su totalidad o en parte y ser inscritos en nuestro plan de pago.
- Producir un estimado de la responsabilidad del paciente - para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas de compra para cuidados de la salud, se puede proporcionar una estimación de los costos del servicio y responsabilidades de los pacientes. WRMC utilizará todos los datos que se describen en esta sección para estimar gastos de su propio bolsillo a base de los beneficios de seguro específicos, requisitos de autorización previa y cualesquiera cuentas previas abiertas.
- En el caso de que nuestro equipo de registro sea incapaz de identificar la cobertura de servicios que se prestarán, los pacientes pueden ser remitidos a un asesor financiero.
- A los pacientes se les pedirá pagar la totalidad o una parte de los copagos, las cantidades estimadas de seguros compartidos y/o deducibles. Si el paciente no tiene seguro, se le solicitará un porcentaje de los gastos brutos.
- Nuestro proceso de liquidación financiera de pre-servicio está diseñado para ayudar a los pacientes a controlar los costos inesperados asociados con los servicios de salud. WRMC también ofrece opciones de pago para ayudar a los pacientes a controlar los saldos dentro de sus presupuestos.

Programas de ayuda financiera

Los pacientes del WRMC pueden tener derecho a la gratuidad o reducción de los servicios de cuidados de salud a través de varios programas estatales, o el programa de ayuda financiera del hospital basado en las circunstancias financieras del paciente.

Consulte el PFS Financial Assistance Policy PFS.01 para obtener más detalles.

Resolución por dificultades excepcionales

Este programa está diseñado para ayudar a los pacientes que han sufrido un evento médico catastrófico independientemente de su cobertura de seguro que se ha traducido en grandes cuentas del hospital en comparación con sus recursos financieros. Los pacientes que han incurrido en un balance después de todos los pagos de seguro o terceros que es mayor que el 20% de sus recursos financieros totales del hogar pueden calificar para un descuento de resolución por dificultades excepcionales. Los pacientes que buscan una resolución por dificultades excepcionales deben pedir información sobre este programa llamando al departamento de atención al cliente después de recibir su primera declaración de deuda.

■ Procesos de facturación y cobros

A. General

WRMC utiliza los mismos esfuerzos razonables y sigue el mismo proceso razonable para la obtención de cantidades debidas por servicios prestados a todos los pacientes, incluidos los pacientes con seguros, con seguro insuficiente o sin seguro. Las actividades de cobro pueden ocurrir durante el proceso de preinscripción y continuarán hasta la resolución de cuentas, una determinación de que la cuenta es incobrable, o la determinación de elegibilidad para ayuda financiera. El proceso de cobro puede incluir solicitudes de depósitos, planes de pago o acuerdos discrecionales. El proceso de cobro puede implicar el uso de las agencias de cobro externas lo que puede incluir la presentación de informes del saldo pendiente a las agencias de informes de crédito. El proceso de cobro está documentado en los archivos de cuentas del paciente accesibles al hospital y sus socios de negocios que participan en el proceso de cobro. (El cobro, sin embargo, no ha de llevarse a cabo en contra de pacientes que caen dentro de las poblaciones exentos por ley de la acción de cobro.)

WRMC hará un esfuerzo razonable y diligente para investigar si un tercer recurso de las partes puede ser responsable de los servicios prestados por el hospital, incluyendo pero no limitado a: (1) una póliza de responsabilidad de vehículo de motor o de dueño de casa, (2) pólizas de accidente general o de protección de lesiones personal, (3) programas de compensación al trabajador, (4) pólizas de seguro de estudiantes. De acuerdo con las regulaciones estatales aplicables o el contrato de seguro, para cualquier reclamación donde los esfuerzos razonables y diligentes resultaron en una recuperación en la demanda de atención médica facturado a una aseguradora privada o programa público, WRMC informará la recuperación y restituirá la reclamación pagada por el asegurador privado o programa público. Si WRMC tiene conocimiento previo y es legalmente capaz, intentará asegurar la asignación en el derecho del paciente a la cobertura de terceros (o arreglo) sobre los servicios prestados debido a un accidente. Consulte la política de WRMC de sobrepago y/o reembolso/crédito del saldo.

B. Avisos de cobro

WRMC tiene un deber fiduciario de buscar el pago por los servicios que ha proporcionado de los pacientes que se consideran capaces de pagar. WRMC se reserva el derecho de utilizar proveedores externos para ayudar a la instalación y los pacientes en relación con los saldos adeudados, procesar planes de pago, etc. Cuando el saldo se adeuda por el paciente, el pago se considera "Auto-Pago" y se espera el pago total.

- Una cuenta se determina que es Auto-Pago si cualquiera de los siguientes es verdadera:
 - No hay ningún seguro en el historial.
 - Todos los pagos esperados de las compañías de seguros, Medicare y otros pagadores de terceras partes han sido pagados.
 - Un paciente no ha respondido oportunamente a las solicitudes de información y/o documentación necesaria para determinar la elegibilidad bajo las políticas de asistencia financiera.
 - El paciente no proporciona información solicitada de las aseguradoras de terceros para procesar reclamaciones
- Todas las cuentas de Auto-Pago se procesan a través de ciclos de estados específicos.
- Un Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Ayuda Financiera de la instalación aparece en la parte posterior del Auto-Pago de las declaraciones de los pacientes.
- Debido a los retrasos inherentes y otros problemas con los procesos de elegibilidad de Medicaid, WRMC puede realizar comprobaciones de elegibilidad de Medicaid en todas las cuentas Auto-Pago después del alta. Si se identifica la cobertura de Medicaid, la cuenta será reclasificada de Auto-Pago a Medicaid y facturada a Medicaid.
- A todas las cuentas de Auto-Pago se enviarán un mínimo de tres estados que abarca al menos 90 días de tiempo, con el último contacto notificándole al paciente que si la factura sigue pendiente de pago, en 30 días se remitirá a las acciones de cobro adicionales.
- En cualquier estado de cuenta de Auto-Pago está presente la notificación de que una factura detallada se puede solicitar poniéndose en contacto con nuestro centro de llamadas de servicio al cliente.

- La actividad de cobro puede incluir otros métodos de notificación que constituyen un verdadero esfuerzo para ponerse en contacto con el responsable de la obligación, incluyendo, por ejemplo, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos personales de contacto y notificaciones por computadora.
- Para los estados de cuenta que han sido devueltos por imposibilidad de entrega, se harán esfuerzos razonables para determinar una dirección de correo precisa usando herramientas y recursos internos y externos. Estos esfuerzos serán documentados en cada cuenta del paciente. La política detallada está disponible en la Normativa de Devolución de Correos bajo Contabilidad del Paciente (*Patient Accounting Return Mail Policy, en inglés*) PFS.005.
- La actividad adicional de cobro puede incluir la asignación de la(s) cuenta(s) a una agencia de cobranza de deudas o a una firma de abogados para acción legal.

C. Documentación del esfuerzo de cobranza

Los registros financieros de los pacientes serán mantenidos por WRMC como lo requiere la ley aplicable y de acuerdo con las políticas del hospital.

La documentación apoyará las acciones de facturación y cobros e incluirá toda la documentación del esfuerzo de cobro del hospital incluyendo los proyectos de ley, los códigos y las plantillas de cartas, informes de teléfono y el contacto personal, y cualquier otro esfuerzo realizado. Dicha documentación se mantiene hasta examen de auditoría por una agencia federal y/o estatal del Informe de Costos del año fiscal en el que se informa de la factura o cuenta o más si lo requiere la ley o la política interna.

D. Poblaciones exentas de actividades de cobros

1. Los pacientes que están inscritos en un programa de seguro de salud público, incluyendo pero no limitado a los planes de Medicaid del estado están exentos de facturación o la acción de cobro después de la factura inicial de conformidad con las regulaciones estatales sujetas a las siguientes excepciones:
 - a. WRMC podrá solicitar la acción de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas anteriormente mencionados por sus copagos y deducibles requeridos que se establecen por cada programa específico.
 - b. WRMC podrá iniciar actividades de facturación o de cobro para un paciente que afirma que él o ella es un participante en un programa estatal que cubre los costos de los servicios, pero no aporte la prueba de esa participación. Tras recibir la prueba satisfactoria de que un paciente es un participante en un Programa Estatal, (incluyendo la recepción o la verificación de la solicitud firmada), WRMC cesará actividades de facturación o cobro.
 - c. WRMC puede seguir el proceso de cobro por los artículos y servicios que están excluidos de la cobertura gubernamental.
2. Bajo el Programa de Ayuda Financiera del Hospital, WRMC cesará toda actividad de cobro en contra de un paciente que ha solicitado la ayuda financiera. Si la Solicitud de Ayuda Financiera está incompleta, al paciente se le permitirá un período de tiempo razonable para proporcionar la información que falta. Para obtener más información, consulte la Política de Ayuda Financiera.
3. WRMC y sus agentes no continuarán cobro o facturación en los saldos de un paciente que forman parte de un procedimiento de quiebra, excepto para asegurar sus derechos como acreedor en el orden apropiado.

E. Depósitos y planes de pago

1. Se espera que los pacientes o sus responsables paguen el total que les corresponde por los servicios prestados dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de su primera factura o de conformidad con un acuerdo mutuo sobre el plan de pago a plazos, como se describe en el punto 4 de esta sección.

2. WRMC solicitará, en la medida permitida por la ley, la solicitud de depósitos "previos al ingresos" o "previos al tratamiento" igual al 100% de los cargos estimados para los servicios que se han de proporcionar si los servicios: (1) no están cubiertos por seguro; (2) son servicios electivos (es decir, nivel de servicios que no son emergencia o servicios de cuidados de urgencia). WRMC puede requerir depósitos "previos al ingresos" o "previos al tratamiento" para otros servicios en la medida permitida por la ley.
3. WRMC podrá solicitar un depósito de pacientes que pueden beneficiarse de su Dificultad Financiera (*Financial Hardship, en inglés*) en base a su nivel de elegibilidad.
4. WRMC, como mínimo, ofrecerá los siguientes planes de pago, pero puede, en función de las circunstancias, permitir la devolución con un período más largo.
 - a. Luego del consentimiento verbal entre el paciente y un agente autorizado del hospital, el pago en la cantidad de un tercio del saldo total adeudado por paciente, pagado en 3 pagos mensuales.
 - b. Planes de pago extendidos están disponibles a través de *AccessOne*
 1. "Choice" está a disposición de cualquier paciente con un saldo menor o igual a \$10,000. El programa incluye una opción de pago sin intereses hasta 24 meses.
 2. "Choice 10" está disponible a cualquier paciente con un saldo de más de \$10,000. El programa amplía el pago sin intereses hasta por 100 meses (sobre la base de saldo de la cuenta). El programa también ofrece una opción de pago fijo de interés bajo.
 3. "Choice Outreach" está disponible para los pacientes que tienen una alta probabilidad de vivir en la pobreza. Por ejemplo, un paciente puede ya haber recibido asistencia financiera a través de la Ayuda Financiera (FA, por sus siglas en inglés) o programas de resolución por dificultades excepcionales (*Hardship Settlements programs en inglés*), pero aún puede tener un saldo pendiente por el que el paciente es responsable de pagar. Los pacientes que se encuentran por debajo del 400% del FPL califican para este acuerdo de pago. Para las cuentas con un saldo inferior a \$2,500 el pago mínimo se establece en \$25 al mes hasta que se pague el saldo completo. Para las cuentas más de \$2,500 dólares el pago mínimo se establece en un porcentaje del total que oscila entre 0.50% y 1% del saldo adeudado.
5. WRMC puede ofrecer descuentos de pago rápido limitados (que están destinadas a reducir los gastos de cobranza del WRMC) a los pacientes que pagan los saldos pendientes en un plazo de tiempo predefinido. Todos los pacientes con saldos de cuentas de más de \$0.00 califican para recibir un descuento por pronto pago del 10% del saldo por reclamaciones pagadas en su totalidad dentro de los 30 días de la fecha de la factura inicial. Los pacientes deben solicitar el descuento. El descuento no es combinable con el Programa de Ayuda Financiera del Hospital.

F. Arreglos discrecionales

WRMC puede optar por ajustar cuentas pendientes en base a circunstancias atenuantes.

G. Agencias de cobranza externas

WRMC contrata agencias de cobranza externas para ayudar en el cobro de ciertas cuentas, incluidos los importes responsabilidad del paciente que no se resuelven después de la emisión de las facturas del hospital o avisos finales.

WRMC tiene una autorización específica o contrato con las agencias de cobranza externas y requiere a dichas agencias el cumplir con las políticas de facturación y cobro del WRMC para aquellas deudas que la agencia está llevando a cabo. WRMC requiere que cualquier agencia de cobranza contratada tiene

que seguir las regulaciones y requisitos de licencia en los Estados en los que la agencia realiza negocios. Además las agencias de cobranza contratadas deben cumplir con los requisitos de la ley federal de prácticas justas de recaudación de deudas (*Federal Fair Debt Collection Practices Act, en inglés.*)

Evaluación de pre-colocación de deuda incobrable

Después de los tres primeros contactos y después de un período de no menos de 120 días a partir del alta, las cuentas de Auto-Pago son pre-listadas para ser colocadas en deuda incobrable. Las siguientes acciones, si aplican, son llevadas a cabo:

- Las cuentas se eliminan si cualquier información que se ha obtenido con posterioridad a ser pre-listada indica que la cuenta es cobrable.

Colocación de deuda incobrable primaria

La Colocación de Deuda Incobrable Primaria es un proceso que por lo general ocurre aproximadamente una semana después de que las cuentas lleguen al estado de pre-lista.

- Las cuentas se someten a una agencia de cobranza principal aprobada por el hospital. Las cuentas permanecen con la agencia de cobranza principal por un período de por lo menos 270 días
- Las agencias de cobranza primarias notificarán a todos los pacientes que entran en contacto con el objeto de cobro de deudas según la política de asistencia financiera de WRMC.

Retirada de cuenta de deuda incobrable

WRMC retirará las cuentas de las agencias primarias y "clarificará o limpiará" los archivos de pacientes que se presenten tanto con las agencias y burós de crédito, si aplica, por las siguientes razones:

- El paciente aplica para la bancarrota
- Presentación de una herencia para el paciente
- Error por WRMC que causó la cuenta para ser pre-listada incorrectamente (es decir, error de contabilización del pago)
- Recuperación de costos de Medicare
Anualmente, WRMC realiza un retiro de cuentas de los pacientes en base a las calificaciones señaladas en la Política del Retiro/Recuperación de Deudas Incobrables.

Acciones de cobranzas legales

Se pueden tomar acciones legales si una cuenta se queda sin pagar después que el WRMC ha agotado otros esfuerzos para cobrar la cuenta. Se hacen esfuerzos razonables para revisar la cuenta de cada paciente para descuentos de asistencia financiera antes de tomar acciones legales. El Departamento de Asesoramiento Financiero del hospital es responsable de determinar si una cuenta califica para recibir ayuda financiera. El WRMC CFO tiene la autoridad final para determinar cuándo las acciones legales pueden tener lugar después que se determinó que las cuentas no califican para recibir ayuda financiera. Si un paciente califica para la ayuda financiera después de que se ha iniciado una acción legal, la acción legal se invierte y se aplicarán descuentos de ayuda financiera. Las acciones legales se describen a continuación.

Para las cuentas donde los pacientes optan por no cooperar o no califican para los descuentos en virtud de planes de cobertura y opciones de proceso de ayuda financiera o de pago de los hospitales, WRMC se reserva la opción de remitir estas cuentas para los cobros legales. Las acciones legales contra las personas se pueden tomar sólo cuando hay alguna evidencia de que el paciente o la persona responsable tienen ingresos y/o activos para cumplir con su obligación o no cooperaron con el hospital para demostrar necesidad financiera. Antes de la colocación de cobro legal, todas las cuentas son revisadas para la elegibilidad de ayuda financiera. Sólo cuentas encontradas inelegibles para recibir asistencia financiera están sujetas a la colocación de cobranza legal si el paciente no paga la cuenta.

- Cobros de cuantía menor - cuentas con saldos \$300 - \$5000 pueden ser remitidos a oficinas locales de cuantía menor del Condado
- Demandas - saldos de cuenta > \$5,000 pueden ser remitidos a un abogado para la búsqueda de juicios de acuerdo a las leyes del Estado.

APROBACIONES

Coordinador de Política	
Vicepresidente (o superior)	