

Community Hospitals and Wellness Centers

CHWC Montpelier Hospital (CAH)

CHWC Bryan Hospital

CHWC Archbold Medical Center

MANUAL DE POLITICA DE LA FACTURACION DEL PACIENTE Y LOS PROCEDIMIENTOS

Fecha Iniciada: 12/01

Revisado: 01/05, 06/08, 06/11, 04/12, 12/07, 12/12, 6/13, 10/14, 8/16, 9/17, 4/19

Revisado: 01/05, 06/08, 06/11, 04/12, 12/07, 12/12, 6/13, 10/14, 9/15, 8/16,
9/17, 4/19

Asunto: FACTURACIÓN DE PROPIA CUENTA Y POLÍTICA DE COBRANZAS

PA0003

OBJETIVO:

De acuerdo con los valores fundamentales de los Hospitales Comunitarios y Centros de Salud (CHWC) que son la compasión, integridad, honestidad, respeto y responsabilidad, los CHWC han establecido una política de facturación y cobranzas que permite cada aval un plazo de tiempo razonable para recibir facturas por sus servicios, preguntan por cualquier asunto de cargo facturación, solicitar la ayuda financiera, y hacer todo para pagar cualquier factura vencida por el aval.

POLÍTICA:

Es la política de los Hospitales Comunitarios y Centros de Salud para brindar servicios de emergencia y atención médica necesaria a todos los pacientes, sin discriminación ni de tomar en cuenta a la capacidad de pagar (consulte la política EMTALA ER000099 del hospital). Los pacientes estarán dado la oportunidad de solicitar la ayuda financiera, y estarán dado la opción de establecer un plan de pago mensual para cualquier saldo que no está cubierto por seguro ni es elegible para un arreglo bajo uno de los programas de la ayuda financiera. Esta política es pertinente a las 3 ubicaciones de los Hospitales Comunitarios y Centros de Salud, incluyendo Bryan, Archbold, y Montpelier.

PROCEDIMIENTO:

En el momento de la inscripción, los pacientes no asegurados reciben una solicitud financiera y un resumen del programa financiero del hospital (Resumen en lenguaje llano). Los pacientes también recibirán información sobre la inscripción de Medicaid o el seguro del “Health Insurance Marketplace” (Mercado del Seguro Médico). El Departamento de Servicios Sociales de CHWC

está disponible para ayudar a los pacientes con la inscripción para el programa de Medicaid. La solicitud financiera y el resumen en lenguaje llano también están disponibles en el sitio web del hospital o puede ser solicitados por cualquier paciente asegurado o no asegurado por la oficina de admisiones o de facturación de los CHWC. Los descuentos financieros estarán asignados al saldo del paciente, después de que los pagos de seguros y los ajustes contractuales han sido registrados en la cuenta.

Los pacientes no asegurados programando para los procedimientos electivos recibirán el documento "Patient Information for Self Pay" (vea la adenda adjunta). Se pide al paciente pagar un gasto rebajado por adelantado antes de programar el procedimiento. El paciente está dado la oportunidad de solicitar la ayuda financiera o Medicaid antes de calcular el gasto obligatorio que estará pagado adelantado.

La atención médica y emergencia necesaria:

Los CHWC siguen la política de Medicaid de Ohio para determinar los servicios que cumplen con la necesidad médica (referencia Código Administrativo de Ohio 5160-1-01). La mayoría de la cirugía estética no está considerada médicamente necesaria y el pago será la responsabilidad del paciente.

Periodo de estado de cuenta:

El primer estado de cuenta enviado a el paciente/aval es un estado de cuenta resumiendo los cargos y los pagos y cambios relacionados con el seguro. Este estado de cuenta está enviado al aval el día después de que la cuenta está facturado finalmente en el sistema hospitalario, o el día el pago después del ultimo pago del seguro y la publicación de los cambios. Si el seguro tiene pendiente la tramitación de una reclamación, teniendo una carencia por la información solicitada del asegurado, una carta está enviada al paciente/aval pidiéndole que dé la información solicitada al seguro y que informe a la oficina de cuentas del paciente cuando está cumplido. Si el paciente no responde a la carta antes de la fecha de vencimiento, la cuenta estará cambiado a la facturación de propia cuenta antes del pago al seguro, y el paciente recibirá los estados de cuenta.

Después del primera declaración sumaria, una declaración de aval está enviado al aval la primera semana de cada mes, hasta que la cuenta está pagado en su totalidad, o está referida a un despacho de recuperación externo. La declaración de aval enumera todas las cuentas con saldos de paciente pendientes, menos las cuentas de deuda incobrable que están en procesamiento con un despacho de recuperación. Las cuentas aseguradas en procesamiento no estarán enumeradas en las declaraciones paciente/aval, hasta que hay en la cuenta del paciente un saldo adecuado.

Llamadas telefónicas:

Los CHWC intentarán hacer una llamada a todos los pacientes no asegurados aproximadamente 2 semanas después de la fecha de notificación, para hablar de una inscripción potencial en un plan de seguro por el Health Insurance Marketplace" (Mercado del Seguro Médico), ofrecerle ayuda a inscribirse en Medicaid, obtener la ayuda financiera, o establecer un acuerdo de pagos. Esta llamada estará documentada en las anotaciones en la cuenta.

Pautas del Acuerdo de Pagos:

El estado del paciente incluye los datos de contacto para el Departamento de facturación a la cuenta del paciente. Los representantes de pacientes están disponibles para establecer acuerdos de pago con el aval. Cuando le llama un aval para establecer un acuerdo de pago, el aval está pedido pagar en su totalidad, y está ofrecido la opción de un descuento de 15% por un pronto pago si está pagado en su totalidad dentro de los 30 días a partir de la primera fecha de emisión. Las solicitudes para descuentos superando 15% deben estar aprobados por el Presidente/CEO o Vicepresidente Ejecutivo de Finanzas.

Si un pago en su totalidad no es posible, el aval está pedido hacer pagos mensuales para pagar la cuenta en su totalidad dentro de los 18 meses, con un pago mínimo de \$50.00 por mes. Unas excepciones podrían estar hechos a estas pautas de pago para permitir un pago más pequeño o un tiempo prolongado para amortizar la factura, si una decisión esté tomado que el aval está haciendo todo lo posible a pagar y acepte un aumento de pagos en el futuro, si hay un cambio en las circunstancias financieras. El aval puede estar pedido llenar una solicitud financiera para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera, si él/ella no puede hacer los convenios de pago aceptables. (Lea la política de Ayuda Financiera).

Último Aviso:

Si no pago esté recibido ni un convenio de pago establecido al día numero 63 desde la primera fecha de emisión, una "carta vencida" está enviada al aval con una solicitud a pagar en su totalidad o que contacte la recepción del hospital dentro de los 30 días. La carta vencida informa al paciente que la cuenta estará considerada para la agencia de cobranzas si no hay ninguna respuesta dentro de 30 días, y también enumera las Gestiones de Cobros Extraordinarios (enumerados por abajo) que serían iniciadas si el aval no responda. La carta vencida también da información en como solicitar la ayuda financiera.

Si no hay respuesta al día numero 38 después a la fecha de la "Carta Vencida" o si los pagos aceptables no hayan estado creados, la cuenta estará revisada por el Representante del Paciente para decidir la elegibilidad para la deuda incobrable y el procesamiento por la agencia de cobranza. Si el paciente había establecido anteriormente un acuerdo de pagos pero no acabó con los pagos puntuales, una llamada estará hecho con el fin de restablecer el acuerdo de pago. Si no es posible comunicarse con el paciente después de un mínimo de 2 intentos, o si no está cooperativo, la cuenta estará considerada para la deuda incobrable/recobro durante la próxima transferencia de cuentas.

Dirección invalida o datos de contacto inválidos:

Si un estado paciente está devuelto por tener una dirección inválida, el paciente estará contactado por teléfono para obtener los datos de facturación correctos. Si no hay ningún numero de teléfono válido, o si el paciente no responde a una llamada telefónica, la cuenta pueda estar enviada a la agencia de cobranza antes de enviarle la última "carta vencida". La agencia intentará encontrar una dirección válida del aval. La agencia informará al hospital si esté encontrado una dirección valida. Si el paciente se niega cooperar con la agencia de cobranza con respecto al pago o la terminación del llenado de una solicitud financiera, la agencia contactará el hospital para que la ultima "carta vencida" pueda estar envidada. Si no hay una respuesta a la carta vencida, la agencia de cobranza podría continuar con los ECA's apropiados 240 días desde

la fecha de emisión original. El hospital y la agencia van a trabajar juntos para asegurar que la agencia tenga la primera fecha de emisión apropiada porque las cuentas pueden estar enviadas al principio a la agencia antes del mínimo normal del día número 100.

Elegibilidad Presunta:

Cuentas cerradas por las agencias de cobranza estarán procesadas por “I-Solutions” para revisar y determinar la elegibilidad para recibir la caridad y la inclinación a pagar. Las cuentas que están enumeradas en el informe de I-Solutions como “sí” bajo la columna llamada “caridad,” cuentas que enumeran un “sin cantidad” positiva y que figuran en la categoría “BD (recibo rebajado)” o inclinación “baja” a pagar, y cuentas que no tienen una inclinación a pagar enumerada y una “sin cantidad” positiva recibirán un descuento de caridad de 100%. Visitas con una inclinación para pagar “NMD” (necesita más información) no son elegibles para recibir un descuento de caridad. Las cuentas que no son elegibles para recibir la caridad por medio del programa I-Solutions estarán ajustadas a 0.00 con el código deuda incobrable.

El formulario de la autorización de admisión incluye una declaración que autoriza el hospital a revisar la información de crédito del aval. Si el paciente se niega a firmar esa sección, la oficina de administración le enviará una notificación al Departamento de Facturación al Paciente afirmando que la paciente se negó a firmar la autorización, y la cuenta no estará procesada por el programa I-Solutions.

Aplicaciones financieras incompletas:

Si los CHWC reciben una solicitud financiera incompleta, el paciente estará contactado por teléfono para obtener la información adicional. Si el paciente no puede estar contactado por teléfono o si no ha respondido a la solicitud por teléfono, una copia de la solicitud financiera y un formulario enumerando la información necesitada, estará enviada al aval. Este formulario dice que la solicitud estará negado si la información no este recibido dentro de las 2 semanas de la fecha indicada. La solicitud financiera estará mudada al archivo inactivo después de 2 semanas. Si el aval provee la información más adelante, la solicitud estará reexaminada, si está recibida dentro de los 240 días después del primer estado de cuenta del paciente, o dentro de 3 años después de la fecha de servicio, si el paciente esta elegible para HCAP.

El Seguimiento de la cuenta por la Agencia de Cobranzas:

La agencia de cobranzas enviará un aviso por escrito del saldo pendiente al aval, y intentará varias veces contactar el paciente por teléfono. La agencia de cobranzas intentos para llegar al paciente por teléfono. La agencia de cobranzas hará que el paciente conozca las oportunidades para la ayuda financiera, si el paciente no ha llenado ya la solicitud financiera. Las cuentas de en la agencia de cobranzas serán elegibles para una acción legal después del día número 140 después de de la fecha en que la cuenta está abierta con la agencia. Esto permitirá al paciente un mínimo de 240 días para responder a la factura del paciente antes del primer ECA pueda estar iniciado. Las cuentas no serán comunicadas a un informe de crédito del aval por la primera agencia hasta que la acción legal ha sido aprobada por el Director de Cuentas de Pacientes e iniciado por la agencia.

Las cuentas sin acción legal ni el convenio activo de pago puede estar traslado a una agencia

segundaria 12 meses después de la primera colocación de la agencia de cobranzas. La agencia primaria cerrará la cuenta antes de su colocación con la segunda agencia. La segunda agencia podría informar al informe de crédito del aval 30 días después de la colocación.

La ayuda financiera antes de y después de que está comunicado a la agencia de cobranzas:

Los CHWC harán todo lo posible para informar cada aval del programa de la ayuda financiera, antes de enviar las cuentas a una agencia de cobranzas. La agencia de cobranzas también informará a los pacientes del programa de la ayuda financiera antes de que un ECA está completado. Un aval es elegible para solicitar la ayuda financiera para hasta 240 días después de la primera fecha de emisión, o hasta 3 años a desde la fecha de notificación, para el programa HCAP. Lo siguiente es el proceso los CHWC seguirán cuando una solicitud financiera está recibido después de que una cuenta está en la agencia de cobranzas.

1. Si una solicitud financiera se la recibe después de que una cuenta elegible está en la agencia de cobranzas pero antes del día 240 de la primera fecha de emisión, la cuenta estará suspendida en la agencia mientras que está terminando una revisión. Después de que la ayuda financiera está determinada, y si se queda un saldo del paciente, la cuenta estará liberada, y la agencia de cobranza puede continuar con el proceso de cobranzas.
2. Si una solicitud financiera se la recibe después de que una cuenta calificada está en la agencia de cobranzas y ha estado archivado una Agencia de Crédito para la Exportación (ECA), la cuenta no estará calificada para recibir la ayuda financiera, pero puede ser calificada para el HCAP si cumple con los requisitos de puntualidad. La solicitud también puede ser utilizada para otras cuentas bajo el aval, con saldos abiertos, que están dentro de los 240 días de la fecha de emisión inicial.

Reembolso de los pagos del paciente según la determinación de la caridad

Si una cuenta es elegible para un ajuste de HCAP, todos los pagos del paciente a la cuenta estarán reembolsados al aval/paciente dentro de las 2 semanas de la determinación HCAP. Si una cuenta es elegible para recibir un descuento completo de caridad, los pagos del paciente en las cuentas con una primera fecha de emisión dentro de los 240 días de la fecha de recepción de la solicitud de la caridad, estarán devuelto al paciente/aval después de que está realizado el descuento de caridad.

Cuentas con una primera fecha de emisión de más de 240 días desde la fecha de solicitud de la caridad, y que todavía están activas con los CHWC (no con una agencia de cobranza) estarán consideradas para un descuento de caridad, pero los previos pagos del paciente no estarán devueltos.

Las Cuentas de Deuda Incobrable a una agencia de cobranza:

Las cuentas clasificadas con deudas incobrables no están consideradas como activos en el sistema hospitalario. La agencia de cobranzas hace los arreglos para los pagos y supervisa los pagos. El hospital puede aceptar los pagos directos a cuentas con una agencia de cobranza, pero el aval se le anima a realizar los pagos directamente a la agencia. Un informe diario de los pagos recibidos en el hospital está enviado en un email seguro a las agencia de cobranza apropiada.

Las Gestiones de Cobro Extraordinarias (ECA):

Es la política de los Hospitales Comunitarios y Centros de Salud (CHWC) hacer el ejercicio de toda medida factible para obtener el pago o para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera en una cuenta antes de cualquiera ECA está iniciada. Los CHWC no iniciarán ninguno de las ECAs siguientes antes de los 240 días después de la primera fecha de emisión del paciente, y después de que varias declaraciones y llamadas telefónicas resultan fallidas en el pago de la deuda.

1. Informe a una agencia de informe de crédito al consumidor/buró de crédito de la cuenta morosa.
2. Presente acciones legales para obtener el pago de una cuenta a través de un embargo del salario.

Otras ECA's como se indica en la política 501r nunca se implementan por los CHWC, ni por sus agencias de cobranzas.

La acción legal iniciada por la agencia de cobranzas requiere una firma de aprobación por parte del Director de Cuentas de Pacientes.

La cancelación de las cuentas por la agencia de cobranzas:

Las agencias de cobranzas se han pedido a revisar todas las cuentas anualmente para determinar las cuentas que no se pueden retirar. Las cuentas incobrables estarán cerradas por la agencia y devolverán a los CHWC. Las cuentas que están en el informe privado y que reciben Medicare están incluidas con los totales de las deudas incobrables de Medicare para el informe de gastos. (Según la política de deudas incobrables de Medicare #PA0006).

Documentación:

No aplicable

Referencias:

No aplicable

Aprobaciones:

Junta Directiva 07/11, 04/12, 08/12, 12/12, 6/13, 10/14, 9/15, 8/16, 10/17, 4/19

COMMUNITY HOSPITALS AND WELLNESS CENTERS

ADENDA A LA POLÍTICA DE COBRANZA Y DE FACTURACION POR SU CUENTA

Información para el Paciente para la Facturación por su Cuenta

Su doctor ha decidido que el procedimiento que usted va a encargarle que haga es opcional. El CHWC le quiere ayudar a usted establecer un plan de pago para pagar el parte hospitalario de su recibo.

- El CHWC aceptará un descuento para un pago en su totalidad.
- Una solicitud para la ayuda financiera está anexada para su consideración y que va a requerir que la cumpla y que la entregue al Departamento de Facturación al Paciente CHWC para determinar elegibilidad para recibir descuento(s) adicionales. El costo del descuento en total del procedimiento estará determinado después de que está entregada la solicitud.
- Un representante del Departamento de Facturación al Paciente CHWC le llamará a usted con el costo del descuento en total del procedimiento (el monto que se espere que usted pague.)
- El CHWC le pedirá a usted que pague el pago rebajado antes de que programa su procedimiento.
- Su procedimiento estará programado después de que está hecho su pago.
- El CHWC reembolsará el dinero pagado de antemano si su procedimiento no esté programado y terminado.

Por favor, contacte a su representante del Departamento de Facturación al Paciente CHWC si tiene preguntas financieras a 419-630-2149, o si usted querría ayuda para solicitar Medicaid, que llame 419-485-2139 opción 2.

Por favor, arregle con ellos el pago de su recibo.

Anesthesia Associates of Fort Wayne – (888)802-6904
Parkview – (260)266-6700 o (855)814-0012
University of Toledo Medical Center – (419)383-7100
Promedica – (419)291-4000
Fort Wayne Radiology – (800)758-0292
Blanchard Valley – (419)423-5310
CHWC Clinic Surgeons – (844)451-0002

