

 Advocate Health Care	Título: Política de facturación y cobros		
	<input checked="" type="checkbox"/> Política	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento	<input type="checkbox"/> Lineamiento <input type="checkbox"/> Otro:
	Alcance: <input checked="" type="checkbox"/> Sistema <input type="checkbox"/> Sitio: Departamento: <input type="checkbox"/>		

I. PROPÓSITO

- A. El propósito fundamental de Advocate Health Care (AHC) es proporcionar cuidados médicos y servicios relacionados con la salud de calidad que cumplan de manera efectiva y eficiente con las necesidades de los individuos y familias que viven en las comunidades a las que sirve AHC. Para propósitos de esta política, AHC hace referencia a los hospitales sin fines de lucro: BroMenn Medical Center, Christ Medical Center, Condell Medical Center, Eureka Hospital, Good Samaritan Hospital, Good Shepherd Hospital, Illinois Masonic Medical Center, Lutheran General Hospital, Sherman Hospital, South Suburban Hospital y Trinity Hospital.

II. POLÍTICA

- A. La política describe las acciones que AHC puede tomar para cobrar los cargos hospitalarios por los servicios proporcionados a los pacientes de AHC. La política también describe el proceso y plazos de tiempo asociados con aquellas actividades de cobranza, las acciones que AHC puede tomar en el caso de incumplimiento de pago, y los esfuerzos razonables de AHC debe realizar para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
- B. Esta política define cómo AHC comunica a los pacientes sobre los montos adeudados por los servicios prestados por AHC.
- C. Esta política también define las circunstancias en las cuales AHC puede cancelar las cuentas de los pacientes y calificarlas como deuda incobrable y el proceso para controlar y monitorear las cancelaciones de cuentas de los pacientes.
- D. AHC no participará en las acciones de cobro extraordinario como se señala en la sección 501(r) del Código de rentas internas.
- E. Las políticas y los procedimientos establecidos en la presente están diseñados para cumplir con la sección de regulación del estado de Illinois y 501(r) del código de rentas internas y orientación correspondiente.

- F. La autoridad final para determinar si AHC ha realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la FAP recae en la Organización de Ciclo de Ingresos Compartidos de AHC.

III. DEFINICIONES/ABREVIACIONES

- A. *Solicitud*: Significa una solicitud de asistencia financiera que debe ser completada por un paciente.
- B. *Periodo de solicitud*: Durante el periodo de solicitud, AHC aceptará y procesará una solicitud de asistencia financiera. El periodo de solicitud empieza en la fecha en que se proporciona atención médica al individuo y termina el día 240 después de la fecha del primer estado de facturación por la atención médica.
- C. *Cancelación de deuda incobrable*: Un ajuste a una cuenta de paciente para montos considerados incobrables, pero el paciente tiene la capacidad de pagar el saldo pendiente. Esta determinación se basa en la utilización de criterios de cobro establecidos y se realiza solo después de que una cuenta ha sido facturada y se hayan realizado los esfuerzos de seguimiento de cobro apropiados.
- D. *Ajuste contractual*: Un ajuste publicado en la cuenta de un paciente para reflejar la diferencia entre los cargos totales del paciente en tasas establecidas y el reembolso real esperado de terceros pagadores conforme a las regulaciones o acuerdos contractuales.
- E. *Acciones de cobro extraordinario (ECA)*: Estas son acciones de cobro que requieren de un proceso legal o judicial, y también pueden involucrar otras actividades tales como vender deuda a un tercero o reportar información adversa a agencias u oficinas crediticias. AHC no realiza ECA, ni permite que sus proveedores de cobros realicen ECA.
- F. *Asistencia financiera*: Asistencia financiera significa asistencia ofrecida por AHC a pacientes que cumplen con ciertos criterios financieros y otros criterios de elegibilidad tal como lo define la Política de asistencia financiera (FAP) de Advocate para ayudarles a obtener los recursos financieros necesarios para pagar por servicios médicamente necesarios o de cuidados médicos de emergencia proporcionados por AHC en un hospital. Los pacientes elegibles pueden abarcar pacientes no asegurados, pacientes de bajos ingresos y aquellos pacientes que tienen cobertura parcial pero no pueden pagar una parte o la totalidad del saldo de sus facturas

médicas. La asistencia financiera no incluye acuerdos contractuales con compañías de seguros y otra cobertura de salud de terceros.

- G. *Resumen en lenguaje sencillo (PLS)*: Un resumen en lenguaje sencillo de la FAP de AHC incluye: 1) una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y asistencia ofrecidos; 2) una lista de las ubicaciones físicas y del sitio web donde se pueden obtener las solicitudes de asistencia financiera; 3) instrucciones acerca de cómo obtener una copia gratuita en papel de la política de asistencia financiera, 4) información de contacto para recibir asistencia con el proceso de solicitud; 5) disponibilidad de traducción de idiomas de la FAP y documentos relacionados y 6) una declaración que confirme que no se les cobrará más a los pacientes cuya elegibilidad sea determinada para recibir asistencia financiera que los montos generalmente facturados por servicios de emergencia o médicamente necesarios.
- H. *Esfuerzos razonables*: AHC hará todo esfuerzo razonable para proporcionar notificación al paciente acerca de la FAP de AHC ofreciendo el resumen en lenguaje sencillo de la FAP al paciente antes de darle de alta del hospital. Además, AHC tomará los siguientes pasos para informar a los pacientes acerca de la FAP de AHC.
1. *Solicitudes incompletas*: Si el paciente y/o la familia presentan una solicitud incompleta, el hospital proporcionará una notificación por escrito que describa qué información o documentación adicional es necesaria.
 2. *Solicitudes completas*: Si el paciente y/o la familia del paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa, AHC proporcionará una notificación por escrito de manera oportuna que documente la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera y notificará al paciente por escrito acerca de la determinación (incluyendo, si aplica, la asistencia para la que es elegible el paciente) y el fundamento para esta determinación. Esta notificación también incluirá el monto porcentual de la asistencia financiera (para las solicitudes aprobadas) o el motivo o los motivos para su denegación y el pago esperado del paciente y/o de la familia cuando sea aplicable. El paciente y/o la familia continuarán recibiendo los estados de cuenta durante la evaluación de una solicitud completada.
 3. *Estados de cuenta del paciente*: AHC enviará una serie de estados de cuenta que describen la cuenta y el monto adeudado por el paciente. Los estados de cuenta del paciente incluirán una solicitud de que el paciente es responsable de informar a AHC acerca de cualquier cobertura de seguro de salud disponible e incluirá una notificación de la política de asistencia financiera de AHC, un número de teléfono para solicitar asistencia financiera y el sitio web donde se pueden encontrar los documentos de la política de asistencia financiera.

4. *Sitio web de AHC:* Los sitios web de AHC publicarán una notificación en un lugar destacado acerca de la disponibilidad de la asistencia financiera, con una explicación del proceso de solicitud de asistencia financiera. AHC publicará su política de asistencia financiera con una lista de proveedores que están y que no están cubiertos bajo la FAP, un resumen en lenguaje sencillo, una solicitud de asistencia financiera y la política de facturación y cobros en la página web de AHC: www.advocatehealth.com/financialassistance. AHC tendrá copias en papel gratuitas de estos documentos disponibles previa solicitud en el departamento de emergencia y en las áreas de registro.

IV. PROCEDIMIENTO

- A. *Comunicaciones con el paciente:* Tan temprano en el ciclo de ingresos como sea posible, deberá enviarse a los pacientes comunicaciones escritas o verbales acerca de sus balances pendientes, así como las expectativas de pago de AHC. Toda comunicación con el paciente debe incluir una notificación sobre la disponibilidad de la FAP, un número de teléfono para llamar solicitando mayor información y la dirección de correo electrónico mediante la cual se pueden obtener copias de la FAP y documentos relacionados. AHC ofrecerá una copia del resumen de la FAP en lenguaje sencillo a todos los pacientes antes de darles de alta del hospital. A los pacientes no asegurados se les deberá otorgar 60 días y 3 estados de cuenta fáciles de comprender para el paciente que describan la FAP antes de recibir un estado de cuenta con un balance.
- B. *Asistencia financiera:* Esta es la práctica de AHC para ayudar a los pacientes a asegurarse de recibir el reembolso de los recursos disponibles de terceros. Se brindará asesoría financiera para ayudar a los pacientes a identificar los programas estatales o federales de cobertura de salud que podrían estar disponibles para ellos, así como para determinar la elegibilidad bajo la FAP. La actividad de cobranza quedará pendiente mientras se espera el resultado de dichas determinaciones, pero los estados de cuenta del paciente continuarán siendo enviados. Para la asistencia financiera a través de AHC, los criterios usados en el cálculo del monto de descuento, las medidas que AHC tomará para publicitar ampliamente la FAP dentro de la comunidad a la que AHC atiende, el proceso usado por AHC para determinar si se cumplen con los requisitos para obtener la asistencia financiera y el proceso para solicitarla se describen en detalle en la **Política del sistema de AHC, Política de asistencia financiera**.
- C. *Planes de pago:* AHC ofrece planes de pago a plazos, extendido y sin intereses a los pacientes que anticipan dificultades para pagar sus facturas.

- D. *Acciones de cobro en caso de incumplimiento de pago:* En el caso de incumplimiento de pago, se tomarán distintas acciones de cobro en base al balance de la cuenta, la responsabilidad de reembolso de un tercero pagador, la elegibilidad del paciente para recibir fondos del gobierno o asistencia financiera, la cooperación del paciente, historial de deudas incobrables o de pago del paciente y/o incapacidad de localizar al paciente. Las acciones de cobro pueden incluir apelar la denegación de un tercero pagador, comunicaciones de seguimiento con el tercero pagador; estados de cuenta, cartas y llamadas telefónicas al paciente ofreciéndole asistencia financiera y/o solicitando el pago; y una notificación final al paciente o garante de que la cuenta tiene un pago atrasado y está sujeta a ser enviada a una agencia de cobranza no antes de 120 días desde la fecha del primer estado de cuenta en que se le notifica al paciente sobre el balance adeudado. Además, AHC puede iniciar acciones legales en contra del tercero responsable del pago atrasado de la cuenta.
- E. *Deuda incobrable:* Las cuentas pueden ser anuladas por deudas incobrables solo después de que la cuenta ha sido facturada por última vez a tercero(s) pagador(es) disponible(s) y al paciente/garante, se ha establecido comunicación de seguimiento y facturación, se ha realizado un esfuerzo razonable para informar al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera, se vencieron los plazos de pago y se ha determinado que la cuenta es incobrable. Las cuentas identificadas como incobrables se envían regularmente al director de Servicio al cliente de la Organización de ciclo de ingresos compartidos y deben ser aprobadas para la cancelación de manera oportuna para acelerar su derivación a una agencia de cobranza de terceros.
- F. *Acciones de cobranza externa:* Para asegurarse de estar cancelando y calificando como deudas incobrables solo las cuentas apropiadas, y solo después de que se han realizado todos los esfuerzos de facturación y cobro, incluyendo su derivación apropiada a una compañía externa para la cobranza, el equipo de Servicio al cliente revisará las cancelaciones y calificaciones como deudas incobrables para su aprobación. Mediante el uso de los criterios de cobro establecidos y los límites de autorización de cancelación (consultar la **Política del sistema AHC N° 90.003.24, Transacciones de ajuste de cuenta de pacientes**), el director de Servicio al cliente puede ya sea aprobar la cancelación o recomendar una acción apropiada al vicepresidente de Ciclo de ingresos. (Las cuentas también pueden ser transferidas automáticamente a una compañía externa para el cobro por medio del sistema contable del paciente, según el pagador establecido, el balance y los parámetros de acción de pago. El gerente de servicios financieros para el paciente creará y revisará una lista de cuentas generada por el sistema antes de hacer las derivaciones).

- G. *Implementación*: Es responsabilidad de la Organización de ciclo de ingresos compartidos implementar esta política y desarrollar los procedimientos de operación del departamento específicos del lugar.

V. REFERENCIA CRUZADA

- A. Política del sistema de AHC: Tratamiento médico de emergencias en los hospitales de Advocate
- B. Política del sistema de AHC: Política de asistencia financiera
- C. Resumen en lenguaje sencillo de la asistencia financiera
- D. Solicitud de asistencia financiera

VI. REFERENCIAS

VII. REGISTROS/DOCUMENTOS RELACIONADOS