

Grupo de Hospitales Southcoast
Hospital Charlton Memorial
Hospital Saint Luke's
Hospital Tobey

Política de crédito y cobros

Basada en la regulación Mass. EOHHS 101 CMR 613.00
&
en la sección 501(r) del Código de Rentas Internas

Efectiva a partir de 1 de octubre de 2016

Grupo de Hospitales Southcoast

Política: **POLÍTICA DE CRÉDITO & COBROS**

Fecha de vigencia: **1 de Octubre de 2016**

POLÍTICA GENERAL

La misión de los hospitales Southcoast es atender, mejorar la salud, y promover el bienestar de las personas y comunidades a las que servimos. Southcoast prestará atención médica a todos aquellos que requieran el servicio en nuestros hospitales de acuerdo a la política 613.08(1)(a). En sus políticas o en la implementación de sus políticas, un proveedor no debe discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, situación de extranjero, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus políticas o en la aplicación de políticas en lo que concierne a la adquisición y verificación de información financiera, depósitos para pre-admisión o pre-tratamiento, planes de pagos, ingresos rechazados o aplazados o Pacientes con bajos ingresos. El hospital no diferirá o rechazará tratamientos de emergencia o urgentes a ningún paciente.

El hospital se reserva el derecho de aplazar tratamiento o de rehusarlo en los casos en que un paciente esté programado para recibir servicios que su médico considere no sean de emergencia o urgentes.

El pago rápido y oportuno de todas las cuentas de los hospitales es necesario para lograr mantener una alta calidad de los servicios y para poder continuar prestándolos. El hospital asistirá y recomendará a los pacientes y a sus familias todos los programas de atención médica y de ayuda económica que tengan derecho a recibir.

Esta Política de Crédito y Cobros está basada en las normas existentes para la industria correspondientes a la contabilidad para pacientes y busca cumplir con los criterios y regulaciones establecidas por la Oficina Pública de Políticas de Salud y de Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services Policy regulations): norma 101 CMR 613.00 (Normatividad de los criterios para las Políticas de Crédito y Cobros para hospitales de cuidados intensivos) y la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas según lo exige la sección 9007(a) de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) (Pub. L.No 111-148).

Nuestras políticas de Crédito y Cobros están elaboradas en conformidad con la norma 101 CMR 613.08(1)(c)1 y las listas de Proveedores Afiliados (si es aplicable), como se describe en la norma 101 CMR 613.08(1)(d), disponible en el sitio web de Southcoast Health.

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 1: **INFORMACIÓN Y RECURSOS SOBRE LA COBERTURA DE SALUD DE LOS PACIENTES**

- A. Adquisición de información
- B. Presentación de reclamaciones a las aseguradoras

SECCIÓN 2: **ACUERDOS DE PAGO**

- A. Expectativas de pago
- B. Depósitos
- C. Descuentos
- D. Planes de pago

SECCIÓN 3: **DETERMINACIÓN DE DEUDAS INCOBRABLES**

- A. Política de facturación a terceras partes
- B. Determinación de pago por cuenta propia
- C. Proceso de facturación y cobro
- D. Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA)
- E. Aprobación de deuda incobrable
- F. Excepciones

SECCIÓN 4: **EVENTOS GRAVES REPORTABLES (SRE)**

SECCIÓN 5: **DOCUMENTACIÓN**

- A. Mantenimiento de registros

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN Y RECURSOS SOBRE LA COBERTURA DE SALUD DE LOS PACIENTES

A. Adquisición de información

1. Es responsabilidad del paciente proporcionar información veraz al Grupo de Hospitales de Southcoast (SHG) relacionada con su seguro de salud, dirección e información procedente sobre sus recursos financieros con el fin de determinar si el paciente tiene derecho a recibir cobertura de salud ya sea a través de un seguro privado existente o a través de programas de asistencia pública disponibles.
2. En el momento en que se programe un servicio para un paciente o en el momento de registro del paciente, el área de Acceso del Paciente obtendrá y verificará la información financiera necesaria para determinar la responsabilidad de pago de las facturas del hospital, ya sea por parte del paciente o del garante. Las políticas para recolectar y verificar la información sobre el paciente están disponibles en el Manual de Procedimientos de Acceso del Paciente en donde se encuentran todas las áreas de registro, incluyendo los servicios de emergencia intrahospitalarios y ambulatorios.
3. Southcoast prestará atención médica a todos aquellos que busquen recibir el servicio en nuestros hospitales según la norma 613.08 (1)(a). Un proveedor no debe discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus políticas o en la aplicación de políticas en lo que concierne a la adquisición y verificación de información, planes de pagos, admisiones rechazadas o aplazadas o Pacientes con bajos ingresos. El hospital no diferirá o rechazará tratamientos de emergencia o urgentes a ningún paciente.
4. Si el paciente o garante no puede proporcionar la información necesaria y el paciente lo autoriza, SHG hará todo el esfuerzo posible para contactar a los familiares o amigos del paciente con el fin de solicitarles información adicional durante el tiempo de estadía del paciente en el hospital o a la fecha de alta.
5. Toda la información será de índole confidencial en cumplimiento con las leyes federales y estatales sobre privacidad.
6. Un paciente previamente determinado como elegible para la Red de Seguridad para la Salud (Health Safety Net, HSN) y que interactúe con el personal de registro de pacientes de SHG será informado sobre sus responsabilidades, según están estipuladas en 101 CMR 613.08(2)(b):
 - A. Si es posible, presentar un formulario de reclamación a la aseguradora para solicitar indemnización;
 - B. Asignar a la Agencia MassHealth o a su agente el derecho de recuperar un valor equivalente a los beneficios proporcionados por la HSN que procedan de cualquier reclamación u otros procedimientos contra una tercera parte;

- C. Proporcionar información sobre la reclamación o cualquier otro procedimiento y colaborar de lleno con la Agencia MassHealth a no ser que esta determine que tal cooperación no fuera conveniente o pudiera ocasionar graves perjuicios o trastornos emocionales al Paciente de Bajos Ingresos;
- D. Notificar a la oficina de Health Safety Net o MassHealth por escrito dentro de los 10 días siguientes, luego de haber presentado cualquier reclamación, demanda civil o cualquier otro procedimiento;
- E. Reembolsar a la oficina de Health Safety Net el dinero recibido de una tercera parte en concepto de todos los servicios de Health Safety Net recibidos el día del accidente o después del accidente o cualquier otro incidente. Si el Paciente de Bajos Ingresos ha tenido un accidente o ha estado involucrado en cualquier otro incidente después de ser elegible para la Health Safety Net, los reembolsos se limitarán a aquellos servicios de la Health Safety Net prestados como consecuencia del accidente o incidente.

B. Presentación de reclamaciones a la aseguradora

1. SHG cumplirá con las facturas y las autorizaciones que soliciten las aseguradoras y respetará todos los acuerdos contractuales con terceras partes.
2. SHG apelará las reclamaciones rechazadas cuando la aseguradora deba cancelar el servicio totalmente o parcialmente.
3. Si la negación de pago por parte de la aseguradora se debe a un error administrativo o de facturación de SHG, SHG no buscará que el paciente, la HSN o una tercera parte haga el pago.
4. SHG hará devolución de cualquier pago recibido por parte de la Oficina una vez recibida la factura de pago por parte de una tercera parte responsable del pago.

SECCIÓN 2: ACUERDOS DE PAGO

A. Expectativas de pago

1. De los pacientes o de terceras partes responsables se espera que paguen la totalidad de las obligaciones correspondientes a los servicios prestados, en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la primera factura o de acuerdo al plan de pago en cuotas mutuamente acordado.

B. Depósitos

1. SHG se reserva el derecho de establecer un depósito en concepto de cualquiera de los servicios que se considere sean el resultado de una obligación de pago por cuenta propia del paciente. Los pacientes que expresen su incapacidad para cumplir con los requisitos del depósito o que tengan saldos pendientes que indiquen su imposibilidad de cumplir con los requisitos del depósito, serán referidos al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes con el fin de iniciar una solicitud Admisión Común lo antes posible en el proceso de admisión o de cobro.

2. SHG no requerirá depósitos pre admisión o pre tratamiento por parte de los pacientes que soliciten Atención de Emergencia o que se determine que sean Pacientes de Bajos Ingresos.
3. SHG puede exigirle un depósito a los individuos considerados como Pacientes de Bajos Ingresos. Tales depósitos se limitarán a un 20% del monto del deducible hasta por \$500. Todos los saldos remanentes estarán sujetos a las condiciones del plan de pagos establecidas en la norma 101 CMR 613.08(1)(f).
4. SHG puede exigir un depósito a los pacientes elegibles debido a problemas médicos (Medical Hardship). Los depósitos se limitarán al 20% de la contribución por concepto de Medical Hardship por hasta \$1,000. Todos los saldos remanentes estarán sujetos a las condiciones del plan de pagos establecido en 101 CMR 613.08(1)(f).
5. SHG puede facturar a los Pacientes de Bajos Ingresos por servicios distintos a los Servicios de Salud Reembolsables prestados ante solicitud del Paciente y por los cuales el Paciente está de acuerdo en hacerse responsable, con la excepción de aquellos servicios descritos en 101 CMR 613.08(3)(e)1 y 2. SHG debe obtener la autorización escrita del paciente para facturarle los servicios.

C. Descuentos

1. Un paciente elegible es aquel que no recibe otra asistencia financiera y que no está asegurado para recibir los servicios médicos hospitalarios necesarios.
2. Los saldos elegibles son aquellos montos que un paciente elegible tiene la responsabilidad de cubrir en su totalidad debido a la ausencia de un seguro médico. Estas obligaciones no incluyen coaseguros, deducibles o saldos adeudados que no sean cubiertos por el seguro o por servicios fuera de la red.
3. Para los pacientes sin seguro, se aplicará un descuento del 30% de los gastos totales al momento de la facturación inicial. **(Publicación D)**
4. Los descuentos adicionales pueden hacerse según el valor del saldo, la puntualidad en los pagos y la necesidad financiera. A estos casos se les dará consideración individual.
5. SHG buscará informar y aconsejar a los pacientes elegibles sobre la disponibilidad de descuentos de esta política, así como la disponibilidad de los beneficios para Pacientes de Bajos Ingresos y de MassHealth.

D. Planes de pago

1. SHG no demandará ningún plan de pagos para los pacientes que estén completamente exentos de acciones de cobro. **(Publicación C)**
2. Las cuentas que no estén completamente exentas de acción de cobro serán consideradas elegibles para un plan de pagos cuando no exista la posibilidad del reembolso por una tercera parte y una solicitud de Paciente de Bajos Ingresos o de Medical Hardship

indicando un ingreso bruto que exceda el 150% de los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza.

3. A un paciente con un saldo de \$1,000 o menos, después del depósito inicial, se le ofrecerá al menos un plan de pagos a un año libre de intereses con cuotas mensuales no mayores a \$25.
4. A un paciente que tenga un saldo de más de \$1,000, después del depósito inicial, se le ofrecerá un plan de pagos a dos años libre de intereses.
5. Una vez que un plan de pagos se haya establecido no será necesario que intervenga el personal de cobros si los pagos establecidos se reciben a tiempo. Sin embargo, los planes con pagos atrasados están sujetos al proceso de acción de cobro de SHG.

SECCIÓN 3: DETERMINACIÓN DE DEUDAS INCOBRABLE

A. Política de facturación a terceras partes

1. Cuando sea aplicable, SHG le facturará a todas las terceras partes antes de que el paciente pague por cuenta propia.
2. SHG hará todo el esfuerzo posible para recoger y verificar información sobre terceras partes. (Sección 1).
3. SHG se hará responsable de todos los acuerdos contractuales con terceras partes.
4. La facturación a terceras partes se llevará a cabo después de un periodo razonable de espera desde la fecha de alta del paciente.

B. Determinación de Pago por Cuenta Propia

1. SHG considerará el pago por cuenta propia del paciente si se cumple con los siguientes criterios:
 - a. el paciente no es elegible para asistencia por Bajos Ingresos, MassHealth o asistencia de otros programas gubernamentales y;
 - b. no tiene seguro o tiene un saldo que no cubre el seguro; o
 - c. dejó de pagar las cuotas establecidas en un plan de pago.
 - d. Si toda la información de cobro a terceras partes no está disponible o el paciente o garante no coopera para proporcionar la información, el paciente será considerado para el Pago por Cuenta Propia.

C. Proceso de facturación y cobro

1. Todas las facturas se tornarán inmediatamente exigibles cuando se le envíe la primera factura al paciente.
2. Se contactará al paciente por teléfono dentro de los primeros treinta (30) días de obligación de pago por cuenta propia y cuentas con saldos elevados, demandando el pago en su totalidad.
3. El cobrador volverá a contactar al paciente o terceras partes como mínimo en un plazo de 120 días ya sea por teléfono, si es posible, o si no mediante cartas o anuncios.
(Publicación A & B)
4. Se hará todo el esfuerzo posible para ayudar al deudor a resolver las preguntas que tenga sobre la facturación o las discrepancias con la póliza de seguros.
5. Si el paciente está interesado en solicitar ayuda financiera, será referido a los Servicios Financieros del Paciente.
6. Además de los esfuerzos del cobrador, el deudor recibirá un mínimo de 3 notificaciones con intervalos de 30 días hasta que la cuenta sea pagada en su totalidad o amortizada como Deuda Incobrable.
7. Para saldos de \$1,000 o más por concepto de salas de emergencia que no estén asegurados y sean por cuenta propia se enviará una notificación final por correo certificado.
8. Los archivos incluirán la documentación de los esfuerzos alternativos hechos para localizar a las terceras partes responsables de la obligación o la dirección correcta de las facturas devueltas por la oficina de correos por tener "la dirección incorrecta" o "no entregable".
9. Si, después de seguir las etapas 1 a 8, una cuenta es considerada como incobrable, la cuenta será referida al Gerente de Cuentas de Pacientes o al encargado de la revisión de la cancelación de la deuda incobrable.
10. La documentación sobre la acción de cobro en curso se almacenará en forma impresa o por medios electrónicos, principalmente en el Sistema de Cobros y Facturación (Billing & Collections System).
11. Southcoast no buscará acción legal contra la residencia personal o el vehículo de un Paciente de Bajos Ingresos según está estipulado en 101 CMR 613.04, sin la debida autorización del Consejo de Administración de Southcoast. Todas las autorizaciones hechas por el Consejo se deben considerar caso por caso.

D. Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA, por las siglas en inglés de)

1. Las Acciones Extraordinarias de Cobro no se harán sin que SHG haya hecho todo lo posible para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera. SHG le dará al paciente un periodo de gracia de 120 días antes de comenzar la acción de cobro. Durante este tiempo los pacientes deben solicitar asistencia financiera y comenzar el

proceso de solicitud. SHG hará todo lo posible para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera incluyendo:

- a. SHG notificará al individuo sobre el Programa de Ayuda Financiera (FAP);
- b. En el caso de una persona que presente una solicitud incompleta, SHG debe proporcionarle la información relevante para que pueda completarla; y
- c. En el caso que una persona presente una solicitud de FAP completa, SHG producirá y documentará la determinación para decidir si una persona es elegible.

2. Las acciones legales que requieren un proceso judicial o legal incluyen:

- a. embargo de la propiedad del individuo;
- b. ejecución hipotecaria de bienes raíces;
- c. embargo o confiscación de cuentas bancarias o cualquier otra propiedad personal;
- d. inicio de una acción civil contra un individuo;
- e. solicitud de arresto del individuo;
- f. solicitud de una orden judicial de embargo y embargo del salario del individuo.

E. Aprobación de deuda incobrable

1. El gerente de las Cuentas de Pacientes o persona encargada revisa la cuenta del paciente para asegurarse de que todos los esfuerzos de cobro han sido agotados, que ha transcurrido un periodo de ciento veinte (120) días y que se han seguido todas las políticas y procedimientos.
2. SHG hará una comprobación final a través del sistema de MassHealth con el fin de asegurarse de que el individuo no sea un Paciente de Bajos Ingresos, de acuerdo a la definición de la Oficina de Medicaid, y no ha presentado una solicitud para la cobertura de los servicios prestados bajo un programa público, antes de presentar la solicitud a la Oficina de Health Safety Net Office para la cobertura de emergencia de deuda incobrable de un servicio de atención de nivel de emergencia o urgente.
3. Después de seguir los pasos 1 & 2, el Gerente de las Cuentas de los Pacientes o la persona encargada o el Director de las Cuentas de los Pacientes aprobará la amortización de la deuda incobrable.

E. Excepciones

1. Pacientes fallecidos

- a. En el caso de una cuenta de un paciente fallecido sin una identificación del estado en el proceso de acción de cobro, después de ciento veinte (120) días, el saldo puede ser considerado como deuda incobrable siguiendo las prácticas regulares para la acción de cobro.

2. Determinación de asistencia pendiente por parte de la agencia

- a. El ciclo de facturación de un paciente comenzará sobre las cuentas pendientes de determinación de la agencia. El Hospital no considerará una cuenta como deuda incobrable hasta que se le informe verbalmente o por escrito de que al paciente que ha presentado una solicitud para asistencia médica se le ha negado la elegibilidad.

3. Pacientes encarcelados

- d. A los pacientes que se verifique se encuentran encarcelados durante el proceso de acción de cobro se les considerará como deuda incobrable después de un periodo de ciento veinte días (120) después de agotar los esfuerzos para que la deuda sea pagada por cualquier tercera parte aseguradora, siguiendo las prácticas regulares para acción de cobro.

SECCIÓN 4: Eventos Graves Reportables (SRE)

- A. En cumplimiento con 105 CMR 130.332, una vez que un evento sea considerado como un Evento Grave Reportable (SRE, por sus siglas en inglés) por el Departamento de Manejo del Riesgo de SHG, SHG no cobrará, facturará o buscará pago por parte de HSN, el paciente u otros pagadores. Esto incluye la ocurrencia del SRE, la corrección o remediación del evento o las complicaciones subsecuentes que surjan del evento.
- B. Las readmisiones al mismo hospital o atención de seguimiento prestada por el mismo Prestador de servicios o un Prestador que pertenezca a la misma organización matriz no son facturables si los servicios están asociados al SRE definido en 101 CMR 613.03(1) (d) 2. La readmisión o reatención de seguimiento en una instalación de SHG por un SRE que ocurrió en SHG no son facturables.
- C. SHG puede presentar una reclamación por los servicios prestados como resultado de un SRE que no haya ocurrido en sus premisas solo si el centro de tratamiento y el centro responsable por el SRE no están bajo propiedad colectiva o no tienen un socio corporativo común.
- D. La reclamación por servicios relacionados con un SRE que no ocurrió en las premisas de SHG puede presentarse a HSN.

SECCIÓN 5: Documentación

A. Mantenimiento de registros médicos

- 1. SHG mantendrá los registros de las reclamaciones por Servicios Elegibles para Pacientes de Bajos Ingresos, servicios de emergencia incobrables y servicios de Medical Hardship.

Glosario:

Programas de Asistencia Financiera

Un programa de Asistencia Financiera es aquel que está dirigido a asistir a pacientes de bajos ingresos que de otra forma no serían capaces de pagar por sus servicios médicos. Tal asistencia debe tomar en cuenta la capacidad de cada individuo de contribuir al costo de su atención médica. También se consideran aquellos pacientes que han agotado sus beneficios de seguros o que exceden los criterios de elegibilidad financiera pero que enfrentan costos médicos extraordinarios. Un programa de asistencia financiera no sustituye los programas patrocinados por los empleadores, la asistencia financiera pública o los seguros de salud privados adquiridos por el individuo.

Residente

Persona que vive en Massachusetts con la intención de vivir permanentemente o por un periodo de tiempo indefinido. Un residente no necesita tener una dirección fija. La matrícula en una institución de educación superior o el confinamiento en una institución médica distinta a un hogar de ancianos, no son suficientes para establecer residencia.

Tercera parte

Cualquier individuo, entidad o programa que pudiera ser responsable de pagar parte o todos los costos correspondientes a los servicios médicos.

PUBLICACIONES

- A. Declaración del Paciente
- B. Carta de Petición Final al Paciente
- C. Carta de Plan de Pago
- D. Carta de Descuento