

Ascension Saint Agnes

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO

01 oct 2020

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de Ascension Saint Agnes garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia y médicamente necesaria en la Organización conforme a su Política de Asistencia Financiera (o "FAP"). Esta Política de facturación y cobro está diseñada específicamente para considerar las prácticas de facturación y cobro para los pacientes que necesitan recibir asistencia financiera y reciben atención en la Organización.

Todas las prácticas de facturación y cobro reflejarán nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión. Los empleados y agentes de la Organización se comportarán de una manera que refleje las políticas y los valores de un centro patrocinado por el catolicismo, incluido el tratamiento de los pacientes y sus familias con dignidad, respeto y compasión.

Esta Política de facturación y cobro se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios que ofrece la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. La presente Política de Facturación y Cobro no se aplica a los arreglos de pago de la atención que no sea de "emergencia" y otra "atención médicamente necesaria" (tal como se definen esos términos en la FAP de la Organización).

DEFINICIONES

1. "501(r)" se refiere a la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y a los reglamentos promulgados en virtud de este.
2. "Acciones de cobro extraordinarias" o "ECA" significa cualquiera de las siguientes actividades de cobro que están sujetas a restricciones conforme a 501(r):
 - a. reservado.
 - b. Proveer información adversa sobre el paciente a agencias de información de créditos para el consumidor u oficinas de crédito.
 - c. Diferir, denegar o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente cubierta por la FAP.
 - d. Acciones que exigen un proceso legal o judicial, excepto los reclamos presentados en un proceso de quiebra o lesiones personales. Estas acciones incluyen¹, por ejemplo,

¹ De conformidad con la sección 19-214.2(e)(1) del Código de Maryland, la Organización no ejecutará la hipoteca de la residencia de un Paciente para cobrar una deuda.

- i. imponer un gravamen sobre la propiedad del Paciente²,
- ii. imponer un gravamen o, de otro modo, confiscar la cuenta bancaria de un Paciente u otros bienes personales,
- iii. comenzar una acción civil contra un Paciente, y
- iv. embargar el salario de un Paciente.

Una ECA no incluye nada de lo siguiente (incluso si los criterios para una ECA según lo antes establecido se cumplen en general de otro modo):

- a. La venta de la deuda de un Paciente si, antes de la venta, existe un acuerdo escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda conforme al cual
 - i. Se prohíbe al comprador participar en cualquier ECA para obtener el pago por la atención.
 - ii. Se prohíbe al comprador que cobre intereses sobre la deuda en exceso de la tasa vigente conforme a la sección 6621(a)(2) del Código Impositivo Interno en el momento de la venta de la deuda (u otra tasa de interés establecida mediante un aviso u otra directriz publicada en el Boletín de Rentas Internas).
 - iii. La deuda puede ser devuelta a la Organización o puede ser recuperada por esta cuando la Organización o el comprador determinen que el Paciente es elegible para Asistencia financiera.
 - iv. El comprador debe observar los procedimientos especificados en el acuerdo que aseguren que el Paciente no paga, y no tiene obligación de pagar, al comprador y a la Organización juntos más de lo que es personalmente responsable de pagar conforme a la FAP si se determina que el Paciente es elegible para Asistencia financiera y la deuda no es devuelta a la Organización ni es recuperada por esta.
 - b. Cualquier gravamen que la Organización tiene derecho a afirmar conforme a la ley estatal sobre los fondos de una sentencia, una conciliación o un compromiso adeudados a un Paciente como consecuencia de lesiones personales para las que la Organización proporcionó atención.
 - c. La presentación de un reclamo en cualquier proceso de quiebra.
- 3.** “**FAP**” significa la Política de Asistencia Financiera de la Organización, que es una política para brindar Asistencia Financiera a Pacientes elegibles para lograr la misión de la Organización y Ascension Health, y en cumplimiento con 501(r).
- 4.** “**Solicitud de FAP**” significa la Solicitud de Asistencia financiera.
- 5.** “**Asistencia financiera**” significa la asistencia que la Organización puede proporcionar a un Paciente conforme a la FAP de la Organización.

² De conformidad con la sección 19-214.2(e)(2) del Código de Maryland, si la Organización tiene un derecho de retención sobre la residencia principal de un paciente, podrá mantener su posición como acreedor garantizado con respecto a otros acreedores con los que el paciente pueda tener una deuda.

6. “**Organización**” se refiere a Ascension St Agnes Para solicitar información adicional, enviar preguntas o comentarios o presentar una apelación, puede comunicarse con la oficina indicada a continuación o indicada en cualquier aviso o comunicación aplicable que reciba de la Organización:

Servicios Financieros a Pacientes al 1-667-234-2140

7. “**Paciente**” significa una persona que recibe atención (o que ha recibido atención) de la Organización y cualquier otra persona responsable financieramente de dicha atención (incluidos miembros de la familia y tutores).

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

La Organización mantiene un proceso ordenado para emitir periódicamente estados de cuenta de facturación a los pacientes por los servicios prestados y para comunicarse con los pacientes. En caso de falta de pago de un Paciente por los servicios prestados por la Organización, esta puede tomar medidas para obtener el pago, incluso, por ejemplo, realizar intentos para comunicarse por teléfono, correo electrónico y en persona, y una o más ECA, conforme a las disposiciones y restricciones incluidas en esta Política de Facturación y Cobro. El Departamento de Ciclo de Ingresos tiene la autoridad final para determinar que la Organización ha hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera y que la Organización puede participar en las ECA.

De acuerdo con 501(r), esta Política de facturación y cobro identifica los esfuerzos razonables que debe emprender la Organización para determinar si un paciente es elegible conforme a su FAP para Asistencia financiera antes de participar en una acción de cobro extraordinaria, o ECA. Una vez efectuada una determinación, la Organización puede proceder con una o más ECA, según lo aquí descrito.

1. Procesamiento de la Solicitud de FAP. Salvo en los casos que se indican a continuación, un Paciente puede presentar una solicitud de FAP en cualquier momento con respecto a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que reciba de la Organización. Las determinaciones de elegibilidad para Asistencia financiera se procesarán de acuerdo con las siguientes categorías generales.
 - a. Solicitudes de FAP completas. En caso de que un paciente presente una Solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, la Organización, de manera oportuna, suspenderá cualquier ECA para obtener el pago para la atención, efectuará una determinación de elegibilidad y proporcionará una notificación escrita, según lo previsto a continuación.
 - b. Determinaciones de elegibilidad presunta. Si se determina presuntamente que un Paciente es elegible para menos que la asistencia más generosa disponible conforme a la FAP, la Organización notificará al Paciente los motivos para la determinación y brindará al Paciente un período razonable para solicitar asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.
 - c. Aviso y proceso cuando no se presenta una solicitud. A menos que se presente una Solicitud de FAP completa o se determine la elegibilidad conforme a los criterios de elegibilidad presunta de la FAP, la Organización se abstendrá de iniciar ECA durante al menos 120 días desde la fecha en la que se envía al Paciente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. En el caso de varios episodios de atención, estas disposiciones de

notificación pueden acumularse, en cuyo caso los plazos se basarían en el episodio más reciente de atención incluida en la acumulación. Antes de iniciar una (1) o más ECA para obtener el pago por la atención de un Paciente que no ha presentado una Solicitud de FAP, la Organización tomará las siguientes medidas:

- i. Proporcionar al Paciente un aviso escrito en el que se indique la disponibilidad de Asistencia financiera para los Pacientes elegibles, se identifiquen las ECA que se prevé tomar para obtener el pago por la atención y se establezca una fecha de vencimiento después de la cual pueden iniciarse dichas ECA que no sea antes de los 30 días posteriores a la fecha en la que se proporciona el aviso escrito.
- ii. Proporcionar al Paciente el resumen en lenguaje simple de la FAP.
- iii. Efectuar un esfuerzo razonable para notificar oralmente al Paciente sobre la FAP y el proceso de Solicitud de FAP.

d. Solicitudes de FAP incompletas. En el caso de un paciente que presenta una Solicitud de FAP incompleta, la Organización notificará al paciente por escrito sobre cómo completar la Solicitud de FAP y le dará treinta (30) días calendario para hacerlo. Se suspenderá cualquier ECA pendiente durante este tiempo y, en el aviso escrito, (i) se describirá la información o la documentación adicional necesaria conforme a la FAP o la Solicitud de FAP que se necesita para completar la solicitud, y (ii) se incluirá la información de contacto correspondiente.

2. Restricciones para diferir o denegar la atención. En una situación en la que la Organización tiene la intención de diferir o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria, según lo definido en la FAP, debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente cubierta por la FAP, se proporcionará al Paciente una Solicitud de FAP y un aviso escrito en el que se indique que se dispone de Asistencia financiera para los Pacientes elegibles.

3. Notificación de determinación.

a. Determinaciones. Una vez que se reciba una Solicitud de FAP en la cuenta de un Paciente, la Organización la evaluará para determinar la elegibilidad y darle notificación por escrito al Paciente de la determinación final, lo que incluye si el Paciente es elegible para un plan de pago, en un plazo de catorce (14) días calendario. La notificación incluirá una determinación del pago del monto por el cual el Paciente será financieramente responsable. Si se deniega la Solicitud de FAP, se enviará un aviso en el que se explique el motivo de la denegación e instrucciones para la apelación o la reconsideración.

b. Reembolsos. La Organización proporcionará un reembolso por el monto que haya pagado el Paciente por atención que supere el pago del monto del que este es personalmente responsable conforme a la FAP, a menos que dicho monto excedente sea menor de \$5.00.

- i. De conformidad con la Sección 19-214.2(c)(1) del Código de Maryland, la Organización dispondrá el reembolso de las cantidades que excedan de \$25 cobradas a un Paciente o al garante de un Paciente que, dentro de un período de dos años a partir de la fecha del servicio, haya sido considerado elegible para recibir atención gratuita en la fecha del servicio.
- ii. La Organización podrá reducir el período de dos años previsto en el párrafo (b)(i) de la presente sección a un mínimo de 30 días a partir de la fecha en que el hospital

solicite información a un paciente, o al garante de un paciente, para determinar la elegibilidad del paciente para recibir atención gratuita en el momento de la prestación del servicio, si la Organización documenta la falta de cooperación.

iii. Si un paciente está inscrito en un plan de salud del gobierno con comprobación de recursos que exige que el Paciente pague de su bolsillo los servicios hospitalarios, la política de reembolso de la Organización dispondrá un reembolso que cumpla con los términos del plan del Paciente.

c. Reversión de las ECA. En la medida que se determine que un Paciente es elegible para Asistencia financiera conforme a la FAP, la Organización tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el Paciente para obtener el pago por la atención. Dichas medidas razonablemente disponibles incluyen, en general, por ejemplo, medidas para desestimar cualquier sentencia contra el Paciente, levantar cualquier cargo o gravamen sobre los bienes del Paciente y eliminar del informe crediticio del Paciente cualquier información adversa que se informó a una agencia de información al consumidor u oficina de créditos. De conformidad con la Sección 19-214.2(d)(2) del Código de Maryland, la Organización informará sobre el cumplimiento de la obligación de pago del Paciente, dentro de los sesenta (60) días siguientes al cumplimiento de la obligación, a cualquier agencia de informes de consumidores a la que la Organización haya comunicado información adversa sobre el Paciente.

4. Apelaciones. El Paciente puede apelar una denegación de elegibilidad para Asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán examinadas por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de Asistencia Financiera, se enviará una notificación escrita al Paciente.

5. Cobros. Una vez concluidos los procedimientos anteriores, la Organización puede proceder con ECA contra los Pacientes no asegurados y con seguro insuficiente con cuentas morosas, según se determine en los procedimientos de la Organización para establecer, procesar y monitorear las facturas y los planes de pago del Paciente. Sujeta a las restricciones aquí identificadas, la Organización puede utilizar una agencia externa de cobro de deudas incobrables reconocida u otro proveedor de servicios para procesar las deudas incobrables, y dichas agencias o proveedores de servicios cumplirán con las disposiciones de 501(r) aplicables a terceros. La Organización tendrá una supervisión activa de todo contrato para el cobro de deudas de conformidad con esta política.

5. Intereses. La organización no cobrará intereses por las facturas de los pacientes que paguen por su cuenta antes de que se obtenga una sentencia judicial.