



Sistema		Políticas y procedimientos	
Título:	Facturación y cobro justos al paciente	Número:	SY-PF-128
Aplica para:	Servicios Financieros para Pacientes, Memorial Hospital of Carbondales, Herrin Hospital y St. Joseph Memorial Hospital	Creado por 1° vez:	nov 2018
Depto. emisor:	Servicios Financieros para Pacientes	Últ. revisión:	3 jun 2017
Aprobado por:	Shannon Hartke, MBA, FHFMA, Directora Corporativa - Servicios Financieros para Pacientes		

I. POLÍTICA

Southern Illinois Healthcare (SIH) se dedica a mejorar la salud y el bienestar de todas las personas en las comunidades a las que sirve. Esta dedicación se extiende a nuestras prácticas de facturación y cobro. Nuestra compasión incluye a aquellos que no puedan pagar alguna parte o la totalidad de sus facturas del hospital. Nuestras prácticas de facturación, caridad y cobro se esfuerzan por obtener un pago rápido y preciso de los servicios de atención médica a través de prácticas justas y razonables de facturación y cobro, mediante el empleo de estándares responsables para cobrar las deudas de nuestros pacientes.

II. DEFINICIONES

AGB: montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen cobertura de seguro.

Período de la solicitud: se refiere al período que le toma a SIH aceptar y procesar cualquier solicitud de asistencia financiera conforme con el Programa de Asistencia Médica (Healthcare Assistance Program, HAP) para realizar los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para HAP. El período de solicitud comienza en la fecha en que se proporciona atención a la persona y finaliza, a más tardar, al último de los 240 días posteriores a la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta, después del alta de la atención o, en su defecto, al menos 30 días después de que SIH le proporcione a la persona un aviso por escrito que establezca la fecha límite después de la cual se pueden iniciar las acciones extraordinarias de cobro (Extraordinary Collection Actions, ECA).

Avadyne Health: un centro de pagos y facturación para pacientes que utiliza SIH para facturar los montos de las facturas del hospital que los pacientes deben pagar. Avadyne Health no es una agencia de cobro.

Deuda incobrable: una cantidad específica de dinero adeudada en la cuenta de un paciente de SIH, donde ninguno de los intentos justos y razonables de cobrar ha tenido éxito. Estas cuentas se entregan a una agencia de cobro. Idealmente, estos pacientes tienen la capacidad de pagar por sus servicios, pero se niegan a hacerlo.

Día hábil: día en el que la oficina corporativa de SIH está abierta para asuntos ordinarios. Generalmente es de 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a viernes (con excepción de ciertos días festivos).

Atención de caridad: atención gratuita que se brinda a los pacientes que califican para el Programa de Asistencia Médica de SIH.

Unión civil: relación legal entre dos personas, del mismo sexo o del sexo opuesto, establecida de conformidad con la Ley de unión civil y protección a la libertad religiosa de Illinois.

Agencia de cobro: agencia bajo contrato con SIH encargada de cobrar el dinero de las cuentas consideradas deudas incobrables. La agencia debe cumplir con la Ley pública 094-0885 (Ley de facturación justa del paciente) y cumplir con su contrato.

Acciones extraordinarias de cobro (ECA): acciones ejercidas por SIH contra una persona, relacionadas con la obtención del pago de una factura de atención cubierta por el HAP de SIH y que requieren de un proceso legal o judicial, o que implican la venta de la deuda de una persona a otra parte, o el informe de información adversa sobre la persona a las agencias de informes crediticios o agencias de crédito del consumidor.

Persona elegible según HAP: persona elegible para recibir asistencia financiera según el HAP de SIH (independientemente de si la persona ha solicitado asistencia según el HAP alguna vez).

Programa de Asistencia Médica (HAP): programa de asistencia financiera diseñado para satisfacer las necesidades de los pacientes que no pueden pagar los servicios de atención médica obtenidos en un centro de SIH.

Sistema de información del hospital: software informático que se utiliza para facturar o hacer seguimiento de las cuentas de los pacientes y para digitalizar e incluir en su expediente cualquier información recibida o impresa en nombre del paciente.

Pago por cuenta propia del asegurado: un paciente o garante con un seguro o una cobertura de responsabilidad civil por un tercero el cual le otorga la responsabilidad personal de los servicios no cubiertos, los deducibles y los coaseguros.

Parte en una unión civil: persona que estableció una unión civil de conformidad con la Ley de unión civil y protección a la libertad religiosa de Illinois. Ser parte de una unión civil significa, y se incluye en cualquier definición o uso de, los términos cónyuge, familia, familia inmediata, dependiente, parientes más próximos y otros términos que denotan una relación conyugal.

Paciente: la persona que recibe los servicios del hospital, así como cualquier persona que sea el garante del pago de dichos servicios.

Cuenta del paciente: una declaración que refleja los cargos por los servicios prestados al paciente.

Autopago del no asegurado: paciente o garante sin cobertura de seguro o responsabilidad de terceros involucrada que es personalmente responsable de pagar por los servicios prestados en un centro de SIH. Esto excluye la responsabilidad del paciente por los deducibles, los coaseguros y los saldos de responsabilidad.

III. RESPONSABILIDADES

- 1.0 La Directora Corporativa de los Servicios Financieros para Pacientes supervisa las operaciones generales de todas las iniciativas de admisión, facturación, cobro, ciclo de ingresos y asistencia médica para pacientes.
- 2.0 El Gerente de Operaciones, el Gerente de Ciclo de Ingresos y el personal de apoyo asisten a la Directora Corporativa de Servicios Financieros para Pacientes.

IV. EQUIPOS Y MATERIALES

- 1.0 Formulario de facturación 1500
- 2.0 Formulario de condiciones para la admisión y el tratamiento
- 3.0 Facturación electrónica
- 4.0 Editor de facturación ePremis
- 5.0 Solicitud de asistencia de atención médica
- 6.0 Sistema de información del hospital
- 7.0 Formulario de facturación UB04

V. PROCEDIMIENTO

- 1.0 Una de las partes en una unión civil tiene derecho a las mismas obligaciones legales, responsabilidades, protecciones y beneficios otorgados o reconocidos por la ley de Illinois a los cónyuges, ya sea que se deriven del estatuto, la regla administrativa, alguna política, derecho común o cualquier otra fuente de derecho civil o penal.

- 2.0 Los pacientes tienen la oportunidad justa y razonable de discutir y evaluar la exactitud de su(s) factura(s).
- 3.0 A los pacientes se les proporciona información de facturación suficiente para determinar la exactitud de la(s) factura(s) por la(s) cual(es) pueden ser financieramente responsables.
- 4.0 Se les informa a los pacientes sobre las opciones de asistencia financiera disponibles para pacientes elegibles.
- 5.0 SIH ofrece a los pacientes la oportunidad de ingresar en algún plan de pago razonable para su(s) factura(s) de hospital.
- 6.0 Los pacientes tienen la obligación de pagar los servicios hospitalarios que reciben.
- 7.0 SIH:
 - 7.1 Trata a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión.
 - 7.2 Atiende las necesidades de atención médica de emergencia de todos, independientemente de su capacidad de pago.
 - 7.3 Se esfuerza por evitar que los pacientes teman que su obligación financiera les impida recibir servicios fundamentales de atención médica.
 - 7.4 Adopta políticas de asistencia médica coherentes con la misión y con los valores de la corporación y toma en cuenta la capacidad de cada individuo para pagar por su atención, así como la capacidad financiera de la corporación para proporcionar la atención.
 - 7.5 Adopta políticas de asistencia médica que reconocen la diferencia entre un paciente con recursos que se niega a pagar y un paciente sin recursos que no puede pagar.
 - 7.6 Adopta políticas de asistencia médica que son claras y comprensibles, que además se comunican de una manera digna y en los idiomas apropiados para las comunidades a las que atendemos.
 - 7.7 Implementa prácticas de cobro de las deudas hospitalarias que reflejan la misión y los valores de SIH, a la vez que cumplen con todos los requisitos estatales y federales aplicables. Asimismo, exige el cumplimiento de estas políticas por parte de las agencias externas de facturación y cobro.
 - 7.8 Reconoce que las políticas de asistencia médica no eliminan la responsabilidad personal. Los pacientes elegibles pueden calificar para el HAP de SIH, independientemente del acceso que tengan a las opciones de seguro público o privado. Sin embargo, se espera que todos los pacientes paguen por su atención en función de su capacidad de pago.
 - 7.9 Proporciona asesoramiento financiero a los pacientes “según sea necesario”.
- 8.0 Acciones de cobro:
 - 8.1 Es política de SIH no participar en ninguna ECA en contra de una persona para obtener el pago de la atención, sin antes hacer los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia según su HAP.
 - 8.2 Sujeto a las pautas establecidas en este documento, las cuentas de pacientes de SIH pueden estar sujetas a las siguientes acciones de cobro:
 - A. Informes de crédito adverso
 - 8.3 SIH ejerce las siguientes acciones por lo menos 30 días antes de iniciar alguna de las ECA anteriores para obtener el pago de la atención:
 - A. Proporcionar a la persona un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles, identifique las ECA que SIH (u otra parte autorizada) tiene la intención de iniciar para obtener el pago de la atención y establezca un plazo después del cual dichas ECA pueden iniciarse, antes de los 30 días posteriores a la fecha en que se proporcionó la notificación por escrito.
 - B. Proporcionar a la persona un resumen del HAP en lenguaje sencillo, con el aviso por

escrito previamente detallado.

- C. Hacer un esfuerzo razonable para notificar oralmente a la persona sobre el HAP de SIH y sobre cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de HAP.
- 8.4 Si SIH agrega las facturas pendientes de una persona por ocasiones múltiples en las que recibió atención antes de iniciar las ECA para obtener el pago de esas facturas, se abstendrá de iniciar las ECA hasta 120 días después de haber proporcionado el primer estado de cuenta posterior al alta del episodio más reciente de atención incluido en la agregación.
- 9.0 Determinación de elegibilidad para la asistencia financiera:
- 9.1 SIH realiza los siguientes esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la persona para recibir asistencia financiera:
- A. Notifica a las personas sobre el HAP antes de iniciar cualquier ECA para obtener el pago de la atención y se abstiene de iniciar dichas ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha en que SIH proporcione el primer estado de cuenta después del alta.
 - B. En el caso de una persona que presente una solicitud de HAP incompleta durante el período de solicitud, notifica a la persona sobre cómo completar la asignación de HAP y le brinda a la persona una oportunidad razonable de hacerlo, según se describe en este documento.
 - C. En el caso de una persona que presente una asignación de HAP completa durante el período de solicitud, determinará si la persona es elegible según el HAP para la atención y si cumple con los requisitos descritos en este documento.
- 9.2 SIH procesa la solicitud de HAP de acuerdo con las disposiciones establecidas a continuación.
- 10.0 Procesamiento de las solicitudes de HAP:
- 10.1 Envío de una solicitud de HAP completa.
- A. Si una persona envía una solicitud de HAP completa durante el período de solicitud, SIH:
 - 1) Suspende cualquier ECA contra la persona (con respecto a los cargos a los que se refiere la solicitud de HAP bajo revisión).
 - 2) Decide si la persona es elegible según el HAP y le notifica por escrito sobre la determinación de elegibilidad (incluyendo, si corresponde, la asistencia para la cual es elegible) y la base para esta determinación.
 - 3) Si SIH determina que la persona es elegible según el HAP, SIH:
 - a) Proporciona a la persona un estado de cuenta que le indique el monto que adeuda por la atención recibida como persona elegible según el HAP (suponiendo que la persona sea elegible para recibir otro tipo de asistencia que no sea atención gratuita) y cómo se determina y estima ese monto, o que describa cómo la persona puede obtener información sobre los AGB para la atención.
 - b) Toma todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA (con la excepción de una venta de deuda) ejercida en contra del individuo para obtener el pago de la atención.
 - B. Si, al recibir una solicitud de HAP completa de una persona que SIH cree que puede calificar para Medicaid, SIH pospone la determinación de si la persona es elegible según el HAP para la atención hasta después de que se haya completado y enviado la solicitud de Medicaid de la persona y se haya determinado la elegibilidad para Medicaid de la persona.
- 10.2 Envío de una solicitud de HAP incompleta
- A. Si una persona envía una solicitud de HAP incompleta durante el período de solicitud, SIH:
 - 1) Suspende cualquier ECA contra la persona (con respecto a los cargos a los que se refiere la solicitud del HAP bajo revisión).

- a) Proporciona a la persona un aviso por escrito que describe la información o la documentación adicional requerida según HAP o según el formulario de solicitud HAP que la persona debe enviar a SIH para completar su solicitud HAP e incluye información de contacto de SIH junto con la notificación.
 - 2) Si una persona que haya presentado una solicitud incompleta de HAP durante el período de solicitud completa posteriormente la solicitud de HAP durante el período de solicitud (o si lo hace después, dentro de un plazo razonable dado para responder a las solicitudes de información o documentación adicional), se considera que la persona presentó una solicitud de HAP completa durante el período de solicitud.
- 11.0 Regla antiabuso y de presunta elegibilidad
- 11.1 SIH no basa la determinación de elegibilidad de una persona que no es elegible para el HAP en ninguna información que tenga razones para creer que no es confiable o es incorrecta, así como tampoco en ninguna información obtenida de la persona bajo coacción ni mediante el uso de prácticas coercitivas.
 - 11.2 SIH no intentará obtener ninguna exención firmada de alguien que indique que no desea solicitar asistencia de parte del HAP, ni recibirá la información descrita anteriormente para determinar que la persona no es elegible según el HAP.
- 12.0 La información de facturación incluye:
- 12.1 Fecha(s) en la(s) que se brindaron servicios al paciente.
 - 12.2 Breve descripción de los servicios hospitalarios brindados.
 - 12.3 Monto adeudado por los servicios hospitalarios.
 - 12.4 Información de contacto para realizar consultas relacionadas con la facturación.
 - 12.5 Una declaración sobre cómo puede el paciente solicitar la consideración por parte del HAP.
 - 12.6 Una declaración que indica el derecho del paciente a solicitar una factura detallada. Al recibir esta solicitud, se proporciona una declaración detallada de los cargos por los servicios.
- 13.0 Consultas sobre la factura:
- 13.1 SIH facilita un proceso para que los pacientes consulten o cuestionen su factura.
 - A. Todas las facturas y los avisos de cobro del hospital proporcionan un número de teléfono y una dirección que le permiten al paciente consultar o disputar la factura.
 - B. Los pacientes pueden llamar al 618-457-5200, ext. 67720, o al número gratuito 800-457-1393 para consultar o disputar cualquier factura del hospital.
 - C. Los pacientes pueden enviar una consulta o disputa por facturación por escrito a:
Southern Illinois Healthcare, Attn: Patient Financial Services, 1239 E. Main St.
Carbondale, IL 62902-3988.
 - D. Respuesta del hospital:
 - 1) Consulta telefónica:
 - a) SIH responde lo más pronto posible, pero devuelve las llamadas a más tardar 2 días hábiles después de que el paciente realiza la llamada.
 - 2) Consulta por escrito:
 - a) SIH responde dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la correspondencia del paciente con respecto a las consultas o las disputas.
- 14.0 SIH sigue una revisión de dos fases para las consultas de facturas que resultan en facturas disputadas.
- 14.1 La primera fase incluye:
 - A. Suspensión de todos los esfuerzos de facturación al recibir una notificación oral o por

escrito de que el paciente disputa la factura (los pacientes deben incluir en su reclamación el motivo por el que creen que la factura está errada, como la responsabilidad restante de un tercero pagador, alguna solicitud de HAP pendiente o indicar la falta de documentación).

- 1) Se le indica al paciente o al representante que, si se lleva a cabo la auditoría, ello podría tener como consecuencia la eliminación o la adición de cargos, lo que podría dar como resultado un mayor saldo adeudado por el paciente.
- B. El personal de los Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services, PFS) que recibe la notificación escrita u oral completará el Formulario de solicitud de revisión del auditor de enfermería en ChartMaxx y lo enviará al Enfermero Auditor.
- C. El Enfermero Auditor auditará la cuenta del paciente para obtener la documentación apropiada para todos los cargos o los servicios en disputa.
- D. Luego, envía los resultados de la auditoría al Gerente de Operaciones a través de la lista de trabajo de ChartMaxx.
- E. Una vez recibidos los resultados de la auditoría, el gerente los envía al proveedor participante correspondiente.
- F. El proveedor participante de PFS se comunica con el paciente y comunica los resultados de la auditoría dentro de los 5 días posteriores a la recepción. El proveedor participante documenta el contacto en las notas de la cuenta del paciente.
- G. Si el paciente continúa disputando otros cargos, esto se remite nuevamente al Enfermero Auditor.
- H. El paciente está obligado a pagar la factura (según se corrija y si corresponde) o a establecer un plan de pago con SIH o Avadyne Health (siempre que, bajo verificación razonable y a solicitud, el paciente no pueda cancelar la totalidad de la deuda en un solo pago). Alternativamente, el paciente puede disputar la decisión de SIH, lo cual desencadenará la segunda fase de revisión.

14.2 La segunda fase incluye:

- A. El Enfermero Auditor realiza una revisión de buena fe de la parte restante en disputa de la respuesta anterior y proporciona una respuesta al paciente en 14 días, indicando si se realizarán modificaciones adicionales a la cuenta del paciente.
- B. Después de la respuesta de SIH, hay un período de 30 días para que el paciente pague la totalidad de la deuda o haga arreglos para pagar bajo un plan de pago.
- C. SIH no reanuda los esfuerzos de facturación hasta 30 días después de que el paciente reciba la respuesta escrita a la consulta de la segunda fase o a la disputa de facturación.

15.0 Iniciar la acción de cobro

15.1 SIH y sus agentes podrán iniciar las acciones de cobro contra un paciente solo cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- A. SIH le ha dado al paciente sin seguro la oportunidad de:
 - 1) Evaluar la exactitud de la factura.
 - 2) Solicitar asistencia financiera de acuerdo con esta Política de cobro y facturación justa para el paciente y con la Política de HAP de SIH.
 - 3) Aprovechar un plan de pago razonable basado en el saldo de su(s) cuenta(s) o en los ingresos y activos disponibles del paciente, la cantidad adeudada y cualquier pago anterior.
- B. Si el paciente indicó que no puede cancelar el monto total de la deuda en un solo pago, SIH o Avadyne Health le ofrecen al paciente un plan de pago razonable.
 - 1) SIH o Avadyne Health pueden requerir que el paciente proporcione una verificación razonable de su incapacidad para cancelar el monto total de la deuda

en un solo pago.

- C. Cuando las circunstancias del paciente sugieren la posibilidad de elegibilidad para HAP, el paciente tiene al menos 60 días después de la fecha del alta o de la recepción de atención ambulatoria para presentar una solicitud de HAP.
 - D. El paciente no ha realizado ningún pago de acuerdo con el plan de pago razonable previamente acordado con SIH o Avadyne Health.
 - E. El paciente informa a SIH que solicitó una cobertura de atención médica bajo Medicaid, Kidcare u otro programa de atención médica auspiciado por el gobierno (y existe una base razonable para creer que el paciente calificará para dicho programa), pero se deniega su solicitud.
- 15.2 SIH no remitirá ninguna factura, ni parte de esta, a ninguna agencia de cobro sin antes ofrecerle al paciente la oportunidad de solicitar un plan de pago razonable por el monto adeudado personalmente.
- A. Si el paciente solicita un plan de pago razonable, pero no acepta ningún plan, SIH puede proceder a la acción de cobro contra el paciente.
- 15.3 Los centros de SIH no participarán en ninguna ECA contra una persona sin antes haber realizado los esfuerzos razonables para determinar si la persona puede ser elegible para el HAP.
- 15.4 SIH puede contratar a una agencia de cobro externa para administrar el proceso de implementación de la asistencia financiera que proporciona, así como los programas y las políticas de plan de pago razonables, siempre que dicha agencia esté vinculada por contrato:
- A. Para cumplir con los términos de la Ley pública 094-0885 (Ley de facturación justa del paciente).
 - B. Para cumplir con la Sección 501r y verificar que no se esté llevando a cabo ninguna ECA.
- 15.5 Si SIH remite o vende la deuda de una persona relacionada con la atención a otra parte, SIH firmará un acuerdo por escrito legalmente vinculante con la parte que está razonablemente designada para verificar que no se ejerza ninguna ECA para obtener el pago de la atención, hasta tanto no se hayan realizado los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible según el HAP para la atención.
- 16.0 Limitaciones de cobro
- 16.1 SIH no emprende acciones legales por la falta de pago de ninguna factura del hospital contra los pacientes que hayan demostrado claramente que no tienen ingresos ni activos suficientes para cumplir con sus obligaciones financieras, siempre que el paciente haya cumplido con sus responsabilidades como se indica a continuación.
- A. Responsabilidades del paciente:
 - 1) Para recibir la protección y los beneficios de la Ley de facturación justa del paciente, el paciente responsable de pagar la factura del hospital debe actuar de manera razonable y cooperar de buena fe con SIH, proporcionándole toda la información financiera razonablemente solicitada y demás información y documentación relevante necesaria para determinar su elegibilidad según el HAP, o según las opciones razonables de planes de pago dentro de los 80 días posteriores a la solicitud de dicha información.
 - 2) Para recibir la protección y los beneficios de la Ley de facturación justa del paciente, el paciente responsable de pagar la factura del hospital debe comunicar a SIH cualquier cambio sustancial en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para cumplir con las disposiciones de un plan de pago razonable acordado o de acuerdo con su elegibilidad para HAP dentro de los 30 días del cambio.
- 17.0 Agentes del hospital

- 17.1 SIH determina que cualquier agencia de cobranza externa contratada por SIH para obtener el pago de las facturas pendientes de los servicios hospitalarios acepta por escrito cumplir con las disposiciones de cobro de la Ley pública 094-0885 (Ley de facturación justa del paciente).
- 18.0 Aviso sobre los proveedores fuera de la red
- 18.1 Durante la admisión, o tan pronto como sea posible, SIH pondrá a disposición del paciente asegurado un aviso por escrito que:
- A. Declare la no participación en el plan de salud del paciente para aquellos pacientes que tienen cobertura de beneficios de salud proporcionada por una compañía que no tiene contrato con SIH.
 - B. Es posible que algunos miembros del personal del hospital no sean proveedores participantes en los mismos planes y redes de seguro que el hospital.
 - C. El paciente puede tener una mayor responsabilidad financiera por los servicios prestados por profesionales de la salud en el hospital que no están bajo contrato con el plan de atención médica del paciente.
 - D. Las preguntas sobre la cobertura o los niveles de beneficios deben dirigirse al plan de atención médica del paciente y al certificado de cobertura del paciente.
 - E. El paciente puede recibir facturas separadas por los servicios prestados por profesionales de la salud afiliados al hospital.

VI. DOCUMENTACIÓN

- 1.0 Las actividades de cobro, como facturas, llamadas telefónicas, consultas, explicación de los beneficios (explanation of benefits, EOB), documentos y cartas de asistencia médica se documentan en las notas de la cuenta o se escanean en el sistema de información del hospital.

VII. CARGOS

N/A

Aprobaciones adicionales y fechas de revisión y actualización			
Fechas de revisión:	feb 2011, dic 2015, dic 2018		
Fechas de actualización:	1° dic 2008, 1° dic 2009, 23 jul 2012, 22 ene 2014, 1° feb 2016, 3 jun 2017		
Reemplazos:	N/A		
Aprobaciones adicionales:	<u>Nombre (en letra de imprenta)</u> _____	<u>Cargo</u> _____	<u>Firma</u> _____