

**HOSPITAL FOR SPECIAL CARE
POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS**

TÍTULO: POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO	FECHA EFECTIVA/DE REVISIÓN: 01/01/2020
FECHA DE REVISIÓN ANTERIOR SIN CAMBIOS: 06/01/2014	
DEPARTAMENTO/COMITÉ RESPONSABLE: DEPARTAMENTO FISCAL	
APROBADO POR: COMITÉ FINANCIERO, EN REPRESENTACIÓN DEL CONSEJO	
CITA/REFERENCIA: IRC Sec 501(r)(6)	
REEMPLAZO DE TÍTULO/TÍTULO PREVIO: PROCEDIMIENTO DE COBRO	

PROPÓSITO:

Establecer un procedimiento estándar y uniforme, de facturación y cobranza, para las Cuentas de los pacientes de Hospital for Special Care (HFSC).

ALCANCE:

Esta política es aplicable a los pacientes que reciben servicios médicos elegibles en Hospital for Special Care. Los procedimientos de facturación y cobranza serán uniformes para los servicios hospitalarios y los servicios profesionales prestados por los médicos contratados.

POLÍTICA:

Es política de Hospital of Special Care procurar la cobranza de los saldos de los pacientes que tengan la capacidad de pagar por los servicios. Hospital for Special Care hará esfuerzos razonables para identificar a los pacientes que pueden ser elegibles para asistencia financiera. Independientemente del estatus de seguro, los procedimientos de cobranza se aplicarán de manera coherente y justa para todos los pacientes. Para aquellos pacientes que no puedan pagar toda o una parte de su factura, se seguirá la Política de asistencia financiera aplicable.

Se puede contratar a agencias de cobranza y a asesores jurídicos externos una vez que se hayan agotado todas las opciones razonables de cobranza y pago. Las agencias pueden ayudar a resolver las cuentas por servicios cuando los pacientes no cooperan para efectuar pagos, no han realizado acuerdos apropiados de pago, o no han estado dispuestos a proporcionar datos financieros razonables y otros para respaldar una solicitud de asistencia financiera. Todo el personal de la agencia de cobranza mantendrá la confidencialidad de cada paciente. Todas las agencias cumplirán todos los requisitos de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) al manejar la información personal de salud y seguirán las políticas de HFSC referentes a los esfuerzos de cobro a los pacientes.

HFSC se comunicará claramente con los pacientes en relación a las expectativas financieras tan pronto como sea posible. Las estimaciones de los gastos de los pacientes ambulatorios se basan en los requisitos del Estado de Connecticut. Antes de la admisión, todos los pacientes hospitalizados recibirán una comunicación referente a la Asistencia financiera. Adicionalmente, los pacientes son responsables de entender sus coberturas de seguro y de proporcionar la documentación necesaria para ayudar en el

proceso de cobro del seguro. Generalmente los pacientes son responsables de los saldos no pagados por sus compañías de seguro.

HFSC realiza esfuerzos razonables de forma justa y coherente para cobrar los saldos de los pacientes, manteniendo al mismo tiempo la confidencialidad.

Esfuerzos de cobranza:

Hospital for Special Care se esfuerza por ayudar a todos los pacientes a cumplir sus obligaciones financieras antes de buscar la ayuda de una agencia de cobranza.

Hospital for Special Care y sus representantes no participarán en acciones extraordinarias de cobranza* antes de hacer esfuerzos razonables por determinar si el paciente es elegible para asistencia según la Política de asistencia de Hospital for Special Care.

Los estados de cuenta del paciente contienen los números telefónicos de HFSC del Representante de la cuentas de pacientes apropiado y la dirección para la comunicación escrita. La notificación de la Política de asistencia financiera de HFSC también está en todos los estados de cuenta.

- El primer estado de cuenta se genera 30 días después de la factura final o de la adjudicación final de la reclamación por parte del pagador del seguro.
- El segundo y tercer estados de cuenta se generan 60 y 90 días después de la factura final o de la adjudicación final de la reclamación por parte de los pagadores del seguro.
- La Notificación final se genera 120 días después de la factura final o de la adjudicación final de la reclamación por parte de los pagadores del seguro.
- Después de transcurridos 130 días de la factura final, o de la adjudicación final de la reclamación por parte de los pagadores del seguro, la cuenta será revisada para su transferencia a una agencia de cobranza.

Los procedimientos de cobranza pueden delinearse en base al tamaño del saldo, la antigüedad, la experiencia previa de cobro y la colecta anticipada.

Las herramientas de cobranza pueden incluir:

- La solicitud de pago de saldos vencidos en el momento de la admisión
- Carta para solicitar el pago
- Llamadas telefónicas para solicitar el pago
- Cartas para indicar que la cuenta puede ser transferida a una agencia de cobranza

Los planes de presupuesto del paciente también están disponibles para los pacientes con saldos pagados con recursos propios, cuando lo soliciten. Para establecer este plan, los pacientes

deben hablar con un Representante de la cuenta de pacientes de Servicios Financieros para el Paciente. Debe seguirse la Política de acuerdo presupuestario.

Los Servicios de agencia de cobranza se contratarán después de que el segmento de la cuenta AR cumpla estas condiciones:

- Un saldo restante mínimo de \$25,00.
- El garante ha recibido un mínimo de 3 declaraciones y una notificación final.
- El segmento AR no es un saldo retenido resultante de una revisión administrativa.
- Han transcurrido 130 días desde la fecha de la factura final, excepto si se ha recibido una Solicitud de asistencia financiera, en cuyo caso se permite la cobranza después de 120 días adicionales si el paciente califica para la asistencia financiera.

Una cuenta puede retenerse manualmente para que no entre a los estados de cuenta o no sea transferida a una agencia de cobranza tras la aprobación del Administrador de la cuenta de pacientes y reembolso o del Director de Finanzas.

*Las "Acciones extraordinarias de cobranza" deben interpretarse de manera coherente con el término tal como se utiliza en la Sección 501(r) (6) del Código de Rentas Internas de 1986, enmendado por la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible de 2010 y los reglamentos de aplicación correspondientes promulgados ocasionalmente. Las Acciones extraordinarias de cobranza deben incluir, entre otros, la transferencia de la cuenta a una agencia de cobranza.