



Hospital: Todos los hospitales de RSFH

División: Servicios Financieros para Pacientes

Política y procedimiento

Política n.º: _____

Fecha de creación: julio de 2004

Última modificación o revisión: enero de 2019

Aprobación administrativa: (Escribir nombre) Bret Johnson

Cargo administrativo: _____

Autor (cargo): Diane Story, directora de Mejora del Ciclo de Ingresos

Asunto: **Política de facturación y cobro**

Página 1 de 13

■ OBJETIVO

Roper St. Francis aspira a asignar los recursos financieros disponibles de forma eficaz para reducir los costos de los servicios de atención médica para los pacientes de la comunidad que más lo necesiten, de conformidad con sus respectivas obligaciones legales. Esta política reconoce que los recursos financieros de Roper St. Francis son limitados, y que Roper St. Francis tiene la responsabilidad fiduciaria de facturar y cobrar debidamente por los servicios que se brindan a los pacientes. Roper St. Francis no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, condición de extranjero, religión, credo, sexo, preferencia sexual, edad o discapacidad en sus políticas ni en la aplicación de sus políticas, lo que incluye la adquisición y verificación de información financiera, los depósitos previos a la admisión o a tratamientos, los planes de pago, las admisiones aplazadas o rechazadas, las determinaciones de la condición de elegibilidad y las prácticas de facturación y cobro.

Roper St. Francis reconoce que el costo de los servicios de atención médica necesarios puede imponer una carga financiera para los pacientes que no tienen seguro o que tienen una cobertura insuficiente, y ha tomado medidas para aliviar esa carga. Roper St. Francis también reconoce que el proceso de facturación y cobro es complejo, y ha implementado procedimientos para que sea más comprensible para los pacientes y para informarles sobre opciones de descuento y asistencia financiera.

En consonancia con su compromiso con los pacientes, Roper St. Francis observa una política de facturación y cobro que cumple con las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables. Esta política trata únicamente sobre los programas y procesos aplicables a los pacientes (y garantes de pacientes) y no a pagadores externos. Esta política se creó para garantizar el cumplimiento de las regulaciones aplicables, tal como lo exigen (1) los Requisitos para deudas incobrables de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Título 42 del Código Federal de Reglamentaciones, sección 413.89), (2) el Manual de reembolso del proveedor de Medicare (Parte I, Capítulo 3) y (3) el Código de Impuestos Internos, Sección 50 I (r).

■ DEFINICIONES

Programa de asistencia financiera: programa destinado a asistir a pacientes de bajos ingresos que no tienen capacidad para pagar los servicios de atención médica que reciben. Dicha asistencia debe tener en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir con el costo de su atención. También se tienen en consideración los pacientes que han agotado todos los beneficios de su seguro y/o que exceden los criterios de elegibilidad financiera pero que deben hacer frente a costos médicos extraordinarios. El programa de asistencia financiera no reemplaza los programas patrocinados por empleadores, la asistencia financiera pública ni los programas de seguro comprados de forma particular.

Servicio médicamente necesario: servicio que está previsto razonablemente para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan malformaciones o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o traen como consecuencia enfermedades o dolencias. Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios según lo establecido por el Título XIX de la Ley Federal de Seguridad Social.

Electivo: tipo de servicio que, en opinión de un médico, no es médicamente necesario o se puede posponer sin correr riesgos.

Atención de emergencia: atención inmediata que, en opinión de un médico, es necesaria para evitar que la salud del paciente corra un grave peligro, que las funciones corporales se vean gravemente afectadas o que se produzca una disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.

Servicios no cubiertos: servicios no médicos, tales como servicios sociales, educativos y ocupacionales; cirugías cosméticas y medicamentos autoadministrados.

Atención primaria: la atención primaria hace referencia a los servicios de atención médica que son brindados habitualmente por médicos generalistas, médicos de familia, internistas generalistas, pediatras generalistas y asistentes médicos o enfermeros de atención primaria, para fines de prevención, diagnóstico o tratamiento de lesiones o enfermedades crónicas o agudas, pero no incluye los servicios auxiliares ni la atención por maternidad.

Descuento por pago rápido: descuento aplicado a los gastos directos del paciente cuando estos se pagan dentro de una cantidad predeterminada de días luego de la fecha del servicio o del estado de cuenta inicial.

Cálculo de la obligación del paciente: monto de gastos directos previstos que se calcula para el paciente, basado en el procedimiento específico, el médico que atiende al paciente y el plan de seguro. El cálculo no debe interpretarse como un costo exacto o final.

Deuda incobrable: cuenta que se ha determinado incobrable porque el paciente se ha mostrado reacio a pagar su atención médica.

Ingresos financieros familiares: ingresos financieros familiares medidos según las Guías federales de pobreza anuales; estos incluyen, entre otros, lo siguiente:
ingresos laborales familiares anuales antes de impuestos;
compensación por desempleo;

indemnización laboral;
Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario;
pagos de veteranos de guerra;
ingresos de pensión o jubilación;
otros ingresos pertinentes, tales como alquileres, pensión alimenticia, manutención, fuentes de ingresos varios, entre otros.

Compañías de seguros externas: partes que garantizan el pago en nombre de un paciente, tales como compañías de seguros, indemnización laboral, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales o federales, asistencia para víctimas, etc., o seguros de responsabilidad civil de terceros en el caso de accidentes automovilísticos y/u otros accidentes.

Sin seguro: pacientes que no están cubiertos por planes de seguro médico, indemnización laboral, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales o federales, asistencia para víctimas, etc., o seguros de responsabilidad civil de terceros en el caso de accidentes automovilísticos y/u otros accidentes.

Con cobertura insuficiente: pacientes cubiertos por una fuente de financiación externa, pero con riesgo de incurrir en gastos directos elevados debido al paquete de beneficios de sus planes. Estos pueden incluir planes con deducibles altos, planes con coseguros o copagos altos, pólizas con gastos diarios bajos, etc.

■ CÓDIGO DE CONDUCTA

Roper St. Francis debe observar un código de conducta específico en relación con las actividades de facturación y cobro a los pacientes. Se espera que todos los agentes contratados por los proveedores para asistir en las cobranzas, incluidas las agencias de cobro, observen las mismas pautas. Estas pautas ratifican el compromiso de los proveedores con el trato justo y respetuoso de los pacientes. A continuación, se detallan las pautas por seguir:

- mantener un alto nivel de equidad, honestidad y cortesía al llevar a cabo las operaciones comerciales, y evitar cualquier actividad que pueda causar reprobación hacia Roper St. Francis;
- informar a los pacientes sobre las opciones de pago disponibles o de liquidación de cargos pendientes;
- aplicar las prácticas de facturación y cobro de manera uniforme a todos los pacientes sin discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, religión, credo, sexo, preferencia sexual, edad o discapacidad;
- mostrar comprensión y ofrecer la debida consideración de los problemas financieros de los pacientes, y asistir a estos en sus obligaciones de pago según lo amerite cada caso en particular;
- hacer el mayor esfuerzo posible para negociar acuerdos razonables con los pacientes que soliciten cancelar las deudas pendientes con pagos parciales;
- cumplir con todas las leyes estatales y federales que rigen el cobro de deudas, incluida, entre otras, la Ley de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas de los Estados Unidos;

- asegurar que se proteja debidamente la confidencialidad de la información del paciente y que los agentes y contratistas de Roper St. Francis cumplan con sus obligaciones contractuales en relación con la confidencialidad (incluidos los Acuerdos de socios comerciales sujetos a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]);
- no sumar intereses a las cuentas de Roper St. Francis (ni amenazar con hacerlo);
- no procurar el embargo de sueldos de un paciente o garante (ni amenazar con hacerlo);
- no fijar gravámenes sobre bienes personales (sin incluir bienes inmuebles) o vehículos motorizados de pacientes (ni amenazar con hacerlo);
- no fijar gravámenes sobre bienes inmuebles de pacientes (incluida la residencia personal de estos) sin la aprobación del consejo de administración que corresponda, teniendo en cuenta factores tales como el valor de mercado de los bienes inmuebles, los ingresos del paciente o los activos del paciente (ni amenazar con hacerlo);
- no procurar la ejecución legal de la residencia personal o el vehículo motorizado de un paciente o garante sin la aprobación expresa del consejo de administración de Roper St. Francis, cuyas aprobaciones se harán teniendo en cuenta cada caso en particular;
- no ejecutar la hipoteca de una propiedad del paciente (o procurar la ejecución legal de bienes inmuebles) sin la aprobación del consejo de administración de Roper St. Francis (ni amenazar con hacerlo);
- asegurar que todos los agentes, contratistas o subcontratistas conozcan y acepten cumplir con estas pautas.

■ PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Roper St. Francis evaluará la prestación de servicios de atención médica para el caso de todos los pacientes que acudan al Departamento de Emergencias para recibir servicios, independientemente de su capacidad de pago. Un profesional médico determinará la urgencia del tratamiento asociado a los síntomas clínicos que presente el paciente, de acuerdo con las normas de práctica locales, las normas terapéuticas clínicas estatales y nacionales, y las políticas y procedimientos del personal médico del hospital. Es importante observar que la clasificación de la afección médica del paciente es para fines de administración clínica únicamente, y tiene por objeto establecer el orden en que los médicos deben ver a los pacientes en función de los síntomas clínicos que presenten. Esta clasificación no refleja la evaluación médica de la afección del paciente que se manifiesta en el diagnóstico final. Roper St. Francis también cumple con la Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y los Partos Activos (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), al llevar a cabo un examen de evaluación médica para determinar si existe una afección médica de emergencia cuando lo exija la ley.

Cuestiones de índole clínica y financiera, así como los beneficios ofrecidos por seguros privados o programas gubernamentales, podrán incidir en el plazo de prestación de servicios de atención médica que no sean de urgencia o de emergencia (p. ej., servicios electivos) o en el acceso a estos. Tales servicios se podrán demorar o posponer previa consulta con el personal clínico del hospital y, si es necesario y está disponible, con el proveedor de atención médica del paciente. Roper St. Francis podrá negarse a prestar servicios que no sean de urgencia o de emergencia a los pacientes en aquellos casos en que no se pueda identificar una fuente de pago.

En el caso de pacientes cubiertos por seguros privados o programas gubernamentales, las opciones del paciente en relación con la prestación de atención médica y el acceso a esta suelen estar definidas en las pautas de cobertura del plan de seguro o del programa gubernamental.

En el caso de pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente, Roper St. Francis trabajará con ellos para hallar un programa de asistencia financiera que cubra una parte o la totalidad de las facturas de hospital sin pagar. En el caso de pacientes con seguro privado, Roper St. Francis deberá trabajar con el paciente y la compañía de seguros para identificar los servicios cubiertos por la póliza de seguro del paciente. En el caso de pacientes que soliciten servicios que no sean de urgencia o de emergencia, es responsabilidad de los pacientes saber qué servicios tienen cobertura antes de solicitar atención médica.

A. Servicios de atención de urgencia y de emergencia

Los pacientes que acudan a Roper St. Francis serán evaluados para determinar el nivel de servicios de atención de urgencia o de emergencia, independientemente de la identificación, la cobertura del seguro o la capacidad de pago del paciente.

1. Los servicios de emergencia incluyen lo siguiente:

Servicios médicamente necesarios que se brindan tras la aparición de una afección médica, sea física o mental, que se pone de manifiesto a través de síntomas de gravedad suficiente, tales como dolores intensos, y donde la ausencia de atención médica rápida, según lo previsto en términos razonables por una *persona lega y prudente que posea conocimientos promedio en salud y medicina*, pueda poner en grave peligro la salud del paciente u otra persona, o causar trastornos graves en el funcionamiento del organismo o disfunciones graves en órganos o partes el cuerpo o, en el caso de mujeres embarazadas, según lo definido en la sección 1867(e) (1) (B) de la Ley de Seguridad Social, Título 42 del Código de los EE. UU., sección 1295dd (e) (I) (B). Los exámenes de evaluación médica y los tratamientos posteriores de una afección médica de emergencia existente o cualquier otro servicio de este tipo brindado en la medida que lo exija la ley federal EMTALA (Título 42 del Código de EE. UU. 1395[dd]) califican como servicios de emergencia.

2. Los servicios de atención de urgencia incluyen lo siguiente:

Servicios médicamente necesarios que se brindan tras la aparición repentina de una afección médica, sea física o mental, que se pone de manifiesto a través de síntomas agudos de gravedad suficiente (tales como dolores intensos), y *donde la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas, según lo previsto en términos razonables por una persona lega y prudente*, pueda poner en peligro la salud del paciente o causar trastornos en el funcionamiento del organismo o disfunciones en órganos o partes el cuerpo. Los servicios de atención de urgencia se brindan para afecciones que no ponen la vida en riesgo o que no representan un riesgo alto de daños graves para la salud de la persona, pero que requieren servicios médicos oportunos.

3. Requisitos de la ley EMTALA:

De acuerdo con los requisitos federales, la ley EMTALA se aplica a toda persona que acuda al establecimiento hospitalario para solicitar un examen o tratamiento de emergencia (afección médica de emergencia), o que ingrese en un departamento de emergencia para solicitar un examen o tratamiento para una afección médica. Comúnmente, las personas sin citas programadas acuden al departamento de emergencias. Sin embargo, las personas que soliciten servicios no programados para una afección médica de emergencia presentándose en otra unidad para pacientes hospitalizados, clínica u otra área auxiliar también podrán ser sometidas a un examen de evaluación médica de emergencia de acuerdo con EMTALA. Los exámenes y tratamientos por

afecciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio de este tipo brindado en la medida que lo exija la ley EMTALA serán brindados al paciente y calificarán como atención de emergencia. La determinación de que existe una afección médica de emergencia estará a cargo del médico que realice el examen u otro personal médico calificado del hospital según conste en el registro médico. La determinación de que existe una afección médica de urgencia o primaria también estará a cargo del médico que realice el examen u otro personal médico calificado del hospital según conste en el registro médico.

B. Servicios que no son de urgencia o de emergencia:

En el caso de pacientes que (1) arriben a Roper St. Francis en busca de atención médica que no sea de urgencia y o de emergencia, o (2) en busca de atención adicional luego de que su afección médica de emergencia haya sido estabilizada, Roper St. Francis podrá brindar servicios electivos tras consultar con el personal clínico de Roper St. Francis y analizar las opciones de cobertura del paciente. Servicios electivos: servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición anterior de servicios de emergencia o servicios de atención de urgencia. Por lo general, estos servicios son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o por el proveedor de atención médica (hospital, consultorio médico, otro).

■ RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS FINANCIEROS Y COBERTURA DE PACIENTES

A. Obligaciones del paciente:

Antes de la prestación de cualquier servicio de atención médica (excepto en casos que requieran servicios de emergencia o servicios de atención de urgencia), se espera que el paciente proporcione información correcta y oportuna sobre su situación de seguro, información demográfica, cambios en su situación de seguro o en sus ingresos familiares e información sobre deducibles o copagos que pueda adeudar según las obligaciones de pago de su seguro o del programa financiero existente. La información detallada puede incluir lo siguiente:

1. nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si corresponde), opciones de cobertura del seguro médico actual, ciudadanía, información de residencia y recursos financieros aplicables del paciente que puedan usarse para pagar su factura;
2. nombre completo del garante del paciente, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si corresponde), opciones de cobertura del seguro médico actual y recursos financieros aplicables del garante que puedan usarse para pagar la factura del paciente;

otros recursos que puedan usarse para pagar la factura, lo que incluye otros programas de seguros, pólizas de seguro de propietarios de vivienda o vehículos motorizados si el tratamiento se debe a un accidente, programas de indemnización laboral y pólizas de seguros estudiantiles, entre otros.

El paciente tiene la obligación última de llevar un registro y pagar a tiempo la factura adeudada del hospital, incluidos los copagos y deducibles que hubiere. El paciente también tiene la obligación de informar cualquier cambio en su situación de seguro o en sus ingresos familiares a su compañía de seguro médico actual (si tiene seguro) o a la agencia gubernamental que determinó la elegibilidad del paciente para un programa del gobierno (si participa en dicho programa).

B. Obligaciones del hospital:

Roper St. Francis procederá de la manera más razonable y diligente posible para recabar información sobre el seguro del paciente y demás información para verificar la cobertura de los servicios de atención médica que proveerá Roper St. Francis. Esta tarea podrá tener lugar durante la programación de servicios o antes del registro, mientras el paciente es admitido en el hospital, luego del alta o durante el proceso de cobro, el cual puede transcurrir durante un período razonable luego de que el paciente sea dado de alta en Roper St. Francis. Esta información se obtendrá antes de la prestación de cualquier servicio de atención médica que no sea de urgencia o de emergencia (es decir, procedimientos electivos según lo definido en esta Política de facturación y cobro). Roper St. Francis postergará cualquier intento de obtener esta información durante la prestación de servicios de atención de urgencia o de emergencia según EMTALA, si el proceso para obtener dicha información implica alguna demora o interferencia en el examen de evaluación médica o en los servicios brindados para estabilizar una afección médica de emergencia.

Si el paciente o el garante o tutor no pueden proporcionar la información necesaria, y el paciente presta su consentimiento, Roper St. Francis hará esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, el garante o tutor y con terceros para obtener información adicional.

Roper St. Francis mantiene toda la información de conformidad con las leyes estatales y federales de privacidad y seguridad que sean aplicables.

■ PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

Los pacientes de Roper St. Francis pueden ser elegibles para recibir servicios de atención médica de forma gratuita o a un costo reducido a través de diferentes programas estatales o del Programa de asistencia financiera del Hospital, según la situación económica del paciente.

Para obtener más detalles, consulte la Política de asistencia financiera de Servicios Financieros para Pacientes. Podrá obtener una copia de la Política de asistencia financiera en cualquier mesa de registro.

■ POLÍTICA

En general, Roper St. Francis espera que los pacientes o sus pagadores externos paguen en su totalidad los servicios proporcionados. Roper St. Francis facturará a los pagadores externos de acuerdo con los requisitos de las leyes aplicables, los contratos con los pagadores externos o las pautas de facturación aplicables. Los pacientes también son responsables por los cargos que no paguen los pagadores externos dentro de un período razonable o por los saldos que existan luego de que dichos terceros efectúen los pagos. A los pacientes que soliciten servicios (que no sean de emergencia) se les podrá pedir que paguen por adelantado los servicios que no serán cubiertos por pagadores externos, incluidos los copagos y deducibles relacionados con servicios cubiertos. Si el paciente no paga o no llega a un acuerdo financiero satisfactorio, la cuenta se considerará morosa. El hospital se reserva el derecho de iniciar acciones de cobro según lo permita la ley en relación con los saldos adeudados por el paciente o por compañías de seguro externas.

Antes de la prestación de servicios

Roper St. Francis se compromete a ayudar a los pacientes a comprender y a administrar los costos de los servicios brindados antes de recibir dichos servicios. Para ayudar a los pacientes a prepararse y a administrar los costos de la atención que reciben, un miembro del equipo de registro podrá seguir los pasos de revisión antes del servicio para asegurar que toda la información recopilada sea correcta. La información correcta es

fundamental para evitar problemas en la facturación y poder acceder a los beneficios del seguro para reducir al mínimo los gastos directos.

Antes de prestar servicios que no sean de emergencia o **después** de estabilizar afecciones de emergencia, el equipo de registro podrá realizar las siguientes actividades:

- Validar y proteger la identidad del paciente: para proteger la información médica y financiera, Roper St. Francis podrá usar fuentes de datos comercialmente disponibles para validar la exactitud de nombres y direcciones. Para recibir servicios que no sean de emergencia, Roper St. Francis podrá solicitar al paciente o garante una identificación con fotografía e incluir una copia de dicha identificación en su registro médico.
- Verificar los beneficios del seguro: según la información suministrada por pacientes y garantes, Roper St. Francis podrá usar sus sistemas de datos para comunicarse con las compañías de seguros a fin de verificar la elegibilidad y los beneficios. Si no se suministra información sobre seguros, Roper St. Francis podrá consultar a las principales compañías de seguros y al programa estatal de Medicaid para determinar si hay cobertura.
- Verificar la necesidad médica: no todos los servicios están cubiertos por las pólizas de seguros. Para reducir al mínimo los costos asociados a servicios no cubiertos por el seguro, Roper St. Francis podrá verificar la pertinencia de los códigos de diagnósticos y procedimientos antes de brindar servicios, para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas en torno a la recepción de los servicios recomendados.
- Obtener autorizaciones previas: si los servicios que se brindarán requieren la autorización previa de una compañía de seguros, Roper St. Francis intentará obtener dicha autorización de la compañía de seguros. Cada paciente es responsable de asegurarse de que los beneficios de su seguro cubran el costo de los servicios que se brindarán. Si Roper St. Francis no puede obtener la debida autorización, los pacientes podrán ser responsables del costo de los servicios brindados.
- Identificar cuentas incobrables abiertas: si el paciente o garante posee cuentas anteriores sin pagar que no han sido inscritas en un plan de pago, se podrá exigir que dichos saldos se paguen en su totalidad o en parte y se inscriban en nuestro plan de pago.
- Generar un cálculo de la obligación del paciente: para ayudar a los pacientes a tomar decisiones de compra informadas en relación con la atención médica, se podrá suministrar un cálculo de los costos de servicios y obligaciones del paciente. Roper St. Francis utilizará toda la información detallada en esta sección para calcular los gastos directos en función de los beneficios específicos del seguro, los requisitos de autorización previa y las cuentas abiertas que puedan existir.
- En el caso de que nuestro equipo de registro no pueda identificar cobertura para los servicios que se brindarán, los pacientes podrán ser remitidos a un asesor financiero.
- Los pacientes tendrán que pagar la totalidad o una parte de los copagos, coseguros y/o deducibles estimados. Si el paciente no tiene seguro, se exigirá el pago de un porcentaje de los cargos brutos.
- Nuestro proceso de autorización financiera antes del servicio está diseñado para ayudar al paciente a administrar los costos imprevistos relacionados con los servicios de atención médica. Roper St. Francis también ofrece opciones de pago para ayudar a los pacientes a administrar los saldos dentro de sus presupuestos.

Programas de asistencia financiera

Los pacientes de Roper St. Francis pueden ser elegibles para recibir servicios de atención médica de forma gratuita o a un costo reducido a través de diferentes programas estatales o del Programa de asistencia financiera del Hospital, según la situación económica del paciente.

Para obtener más detalles, consulte la Política de asistencia financiera <n.º de política > de Servicios Financieros para Pacientes.

Se advierte a los pacientes que los servicios médicos (brindados o no en un establecimiento hospitalario) generalmente no están sujetos al Programa de asistencia financiera del Hospital. Los médicos o grupos de médicos pueden tener sus propias políticas para ofrecer descuentos o brindar atención gratuita. Roper St. Francis alienta a los pacientes a consultar directamente a sus médicos o a un representante de facturación sobre la disponibilidad de descuentos o de atención gratuita.

Indigencia médica

Este programa está diseñado para asistir a los residentes de Carolina del Sur que hayan sufrido un evento médico catastrófico independientemente de la cobertura de sus seguros, el cual haya dado como resultado facturas cuantiosas por servicios hospitalarios que exceden sus recursos financieros. Los pacientes que hayan incurrido en un saldo superior al 20 % de sus recursos financieros familiares totales luego de efectuarse todos los pagos de seguros o terceros podrán ser elegibles para un descuento de liquidación por dificultades financieras. Los pacientes que deseen solicitar la liquidación por dificultades financieras deberán consultar acerca de este programa llamando al Departamento de Servicio al Cliente luego de recibir el primer estado de cuenta de saldo pendiente.

■ PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO

A. Generalidades

Roper St. Francis toma las mismas medidas razonables y sigue el mismo proceso razonable para cobrar los montos adeudados por servicios brindados a todos los pacientes, incluidos los pacientes con seguro, sin seguro o con cobertura insuficiente. Las actividades de cobro pueden tener lugar durante el proceso previo al registro y continuar hasta la resolución de la cuenta, hasta que la cuenta se considere incobrable o hasta que se determine la elegibilidad para recibir asistencia financiera. El proceso de cobro puede incluir el uso de depósitos, la implementación de planes de pago o liquidaciones discrecionales. El proceso de cobro puede implicar el uso de agencias de cobro externas. El proceso de cobro queda documentado en los expedientes de la cuenta del paciente, accesibles para el hospital y los socios comerciales que participen en el proceso de cobro. (No obstante, no se procederá con las acciones de cobro en el caso de pacientes que formen parte de poblaciones exentas de acciones de cobro en virtud de ley).

Roper St. Francis tomará medidas razonables y diligentes para investigar si existen recursos de terceros que puedan ser responsables de pagar los servicios brindados por el hospital, incluidos los siguientes: (1) pólizas de responsabilidad civil de propietarios de vivienda o vehículos motorizados, (2) pólizas generales de protección contra lesiones personales o accidentes, (3) programas de indemnización laboral, (4) pólizas de seguros estudiantiles. De acuerdo con las regulaciones aplicables del estado o el contrato del seguro, en el caso de reclamos donde las medidas razonables y diligentes hayan dado como resultado una recuperación de costos a través de reclamos de atención médica facturados a compañías de seguro privadas o a programas públicos, Roper St. Francis reportará la recuperación y la compensará contra el reclamo pagado por la compañía de seguro privada o el programa público en cuestión. Si Roper St. Francis tiene conocimiento previo y está facultada legalmente, intentará obtener la asignación del derecho de un paciente a la cobertura de terceros (o liquidación) por servicios brindados debido a un accidente. Consulte la política de pago en exceso o de saldo acreedor y reintegro de Roper St. Francis.

B. Avisos de cobro

Roper St. Francis tiene el deber fiduciario de procurar el pago de los servicios que ha brindado a pacientes que se consideran capaces de pagar. Roper St. Francis se reserva el derecho de recurrir a proveedores externos para

asistir al establecimiento y a los pacientes en relación con saldos adeudados, procesamiento de planes de pago, etc. Cuando un saldo es adeudado por el paciente, se considera que es un “pago particular” y se espera que se cancele en su totalidad.

- Una cuenta se considera de pago particular en los siguientes casos:
 - No existe un seguro en los registros.
 - Se han efectuado todos los pagos previstos de las compañías de seguros, Medicare y otros pagadores externos.
 - El paciente no ha respondido de forma oportuna a solicitudes de información o documentación necesaria para determinar la elegibilidad según las Políticas de asistencia financiera.
 - El paciente no suministra la información solicitada por compañías de seguros externas para procesar los reclamos.
- Todas las cuentas de pago particular se procesan en ciclos de estados de cuenta específicos.
- Debido a demoras inherentes y otros problemas con los procesos de elegibilidad para Medicaid, Roper St. Francis podrá verificar la elegibilidad para Medicaid en todas las cuentas de pago particular después de que el paciente sea dado de alta. Si se identifica la cobertura de Medicaid, la cuenta dejará de clasificarse como de pago particular y se reclasificará y facturará a Medicaid.
- Para todas las cuentas de pago particular, se enviará un mínimo de tres estados de cuenta con el último contacto o luego del último contacto para notificar al paciente que si la factura no se paga, en 30 días la cuenta será remitida para que se proceda con otras acciones de cobro.
- En todos los estados de cuenta de pago particular, se notifica que se puede solicitar una factura detallada comunicándose con nuestro centro telefónico de Servicio al Cliente.
- Este proceso puede ser complementado con otros métodos de notificación que representen un esfuerzo genuino por contactar a la parte responsable de la obligación, tales como llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal y notificaciones por computadora.
- En el caso de estados de cuenta que se devuelvan sin entregar, se harán esfuerzos razonables para determinar la dirección postal exacta utilizando herramientas y recursos internos y externos. Estos esfuerzos se documentarán en la cuenta de cada paciente. Consulte la política de procesamiento de correo devuelto.

C. Documentación de las actividades de cobro

Roper St. Francis mantendrá los registros financieros de los pacientes según lo requieran las leyes aplicables y de acuerdo con las políticas de Roper St. Francis.

La documentación respaldará las acciones de facturación y cobro realizadas de manera regular y frecuente. El expediente del paciente incluirá toda la documentación de las actividades de cobro del hospital, tales como facturas, códigos y plantillas de cartas, informes de contacto personal y telefónico, entre otros. Dicha documentación se mantendrá hasta que una agencia estatal y/o federal lleve a cabo una revisión de auditoría del informe de costos del año fiscal en que se reporte la factura o cuenta, o durante más tiempo si así lo exige la ley o las políticas internas.

D. Poblaciones exentas de actividades de cobro

Los pacientes que estén inscritos en un programa de seguro médico público, incluidos, entre otros, los planes estatales de Medicaid, están exentos de actividades de facturación y cobro luego de la factura inicial, de acuerdo con las regulaciones estatales, a excepción de lo establecido a continuación:

- a) Roper St. Francis podrá iniciar acciones de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas mencionados arriba por los copagos y deducibles requeridos que se establezcan en cada programa específico.
- b) Roper St. Francis podrá iniciar acciones de facturación o cobro en el caso de pacientes que aleguen que participan en un programa estatal que cubre el costo de los servicios, pero que no presenten constancia de dicha participación. Roper St. Francis cesará sus actividades de facturación o cobro luego de recibir constancia satisfactoria de que el paciente es participante del programa estatal (incluido un comprobante o verificación de la solicitud firmada).
- c) Roper St. Francis podrá iniciar acciones de cobro por servicios no cubiertos.

Conforme al Programa de asistencia financiera del Hospital, Roper St. Francis podrá cesar las acciones de cobro o facturación contra un paciente que no pueda pagar una factura, en cualquier momento durante el proceso de facturación. Si el paciente o garante es elegible para la asistencia financiera, Roper St. Francis conservará toda la documentación que demuestra que el paciente cumple con el Programa de asistencia financiera del Hospital.

Roper St. Francis y sus agentes no continuarán con las actividades de facturación o cobro en el caso de pacientes que se hayan declarado en bancarota, excepto para hacer valer sus derechos como acreedores en el fallo correspondiente.

E. Depósitos y planes de pago

1. Se espera que los pacientes o las partes responsables paguen su obligación total por los servicios brindados en el plazo de treinta (30) días luego de recibir su primera factura o de conformidad con el plan de pago en cuotas establecido de mutuo acuerdo.
2. Roper St. Francis podrá solicitar un depósito a los pacientes que sean elegibles por dificultades financieras según el nivel de elegibilidad.
3. En un esfuerzo por ofrecer al garante y al sistema de salud la oportunidad de liquidar cuentas de forma eficiente y favorable, se ofrecen los siguientes planes de pago para quienes hayan indicado que no pueden pagar la totalidad. La desviación de estas pautas deberá contar con la aprobación previa de un coordinador, gerente o director. Una vez establecido el plan de pago, los garantes recibirán estados de cuenta mensuales hasta que la cuenta se cancele en su totalidad. Si el garante no cumple con sus promesas de pago, se tomarán las siguientes medidas:
 - Primer incumplimiento en el pago: se envía al garante un aviso de recordatorio o una carta de promesa no cumplida.
 - Segundo incumplimiento e incumplimientos consecutivos: se anula el acuerdo del plan de pago y la cuenta se coloca en una lista preliminar para ser remitida a una agencia de cobro.

Se aceptarán todos los montos de pago, pero deberá establecerse un plan de pago a largo plazo para evitar que la cuenta sea remitida a una agencia de cobro.

PAUTAS DE PAGO MÍNIMO MENSUAL		
Saldo de cuenta	Pago mínimo mensual	Plazo máximo
\$0 a 100	\$25.00	4 meses
\$101 – 500	\$50.00	10 meses
\$501 – 1,500	\$100.00	15 meses
\$1,501 – 3,000	\$150.00	20 meses
\$3,001 - 6,000	\$250.00	24 meses
\$6,001 – 10,000	\$375.00	27 meses
\$10,001 - 15,000	\$500.00	30 meses
\$15,001 y más	Dividir el saldo por 30 meses	30 meses

4. **Descuentos por pago rápido.** Roper St. Francis podrá ofrecer descuentos limitados por pago rápido (con el objetivo de reducir los gastos de cobro de Roper St. Francis) a pacientes que paguen los saldos pendientes dentro de un período establecido. Todos los pacientes con saldos de cuenta superiores a \$0.00 son elegibles para recibir un descuento por pago rápido del 10 % del saldo por reclamos pagados en su totalidad inmediatamente después de la solicitud. Los pacientes deben solicitar el descuento. El descuento no se puede combinar con el Programa de asistencia financiera del Hospital.

F. Liquidaciones discrecionales

Roper St. Francis puede optar por liquidar cuentas pendientes según las circunstancias atenuantes.

G. Agencias de cobro externas

Roper St. Francis contrata a agencias de cobro externas para asistir en el cobro de determinadas cuentas, incluidos los montos que son responsabilidad del paciente y que no se liquidan luego de que el hospital emite las facturas o avisos finales correspondientes. No obstante, Roper St. Francis podrá asignar tales deudas como deudas incobrables o atención de caridad (considerada incobrable) antes de los 120 días, si es capaz de determinar que el paciente no pudo pagar conforme al Programa de asistencia financieradel Hospital.

Roper St. Francis tiene autorización específica o contratos con las agencias de cobro externas y exige que tales agencias cumplan con las políticas de crédito y cobro de Roper St. Francis en las prácticas de cobranza de dichas deudas. Todas las agencias de cobro externas contratadas por Roper St. Francis ofrecerán al paciente la oportunidad de presentar una queja y remitirán al hospital los resultados de las quejas de los pacientes. Roper St. Francis exige que toda agencia de cobro externa a la que contrate tenga licencia para operar según las regulaciones del estado de Carolina del Sur. Además, las agencias de cobro contratadas deben cumplir con los requisitos de la Ley Federal de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas.

Revisión de colocación preliminar de deudas incobrables

Luego de los primeros tres contactos y de un período no inferior a 120 días después del alta, las cuentas de pago particular se colocan en una lista preliminar para pasar a clasificarse como deudas incobrables. En estos casos, se tomarán las siguientes medidas, si corresponde:

- Las cuentas se quitan de la lista preliminar si se obtiene cualquier información que indique que la cuenta se puede cobrar.

Colocación de deuda incobrable primaria

La colocación de deuda incobrable primaria es un proceso que suele tener lugar aproximadamente una semana después de que las cuentas se incluyen en la lista preliminar.

- Las cuentas se envían a una agencia de cobro primaria aprobada por el hospital. Las cuentas permanecen en la agencia de cobro primaria durante un período mínimo de 180 días.
- La agencia de cobro primaria notificará a todos los pacientes acerca de su propósito de cobrar la deuda según la Política de asistencia financiera de Roper St. Francis.
- Si, luego de 180 días, la agencia de cobro primaria no logra cobrar el saldo total, establecer un plan de pago mensual o recibir una promesa de pago, la cuenta se transferirá a una agencia de cobro secundaria para proceder con los intentos posteriores y finales de cobranza.

Colocación de deuda incobrable secundaria

La colocación de deuda incobrable secundaria tiene lugar luego de la colocación primaria de cuentas durante más de 180 días que no han tenido actividad de pago.

- La agencia secundaria notificará a todos los pacientes acerca de su propósito de cobrar la deuda según la Política de asistencia financiera de Roper St. Francis.
- Las cuentas impagas permanecerán en la agencia secundaria hasta que reúnan los criterios de antigüedad y saldo tal como se definen en la tabla de abajo:

Saldo	Regreso a RSFH
Hasta \$1,500	150 días desde el último pago (si no existe promesa de pago)
Más de \$1,500.01	365 días desde el último pago (si no existe promesa de pago)

Retiro de cuentas incobrables

Roper St. Francis retirará las cuentas de las agencias primarias y secundarias, y eliminará el expediente de los pacientes en las agencias y oficinas de informes crediticios, si corresponde, por los siguientes motivos:

- declaración en bancarrota por parte del paciente (vea la Política y procedimiento de bancarrota);
- inicio de sucesión para el paciente (vea la Política y procedimiento de sucesiones);
- error de Roper St. Francis que ocasionó que la cuenta se incluyera incorrectamente en la lista preliminar (es decir, error en el registro de pagos);
- imposibilidad de identificar una dirección y teléfono de entrega para el paciente;
- otros, según lo considere necesario la Administración.

En los intentos de cobro, Roper St. Francis y sus agentes **no harán lo siguiente:**

- fijar gravámenes sobre la propiedad;
- embargar sueldos (no está permitido en el estado de Carolina del Sur);
- iniciar acciones legales, a menos que las entidades de facturación para pago particular (internas, CAB, agencias de cobro) recomienden iniciar acciones legales contra el garante. Esto se someterá a la aprobación del director financiero y del asesor legal corporativo;
- vender cuentas;
- enviar garantes en bancarrota a agencias de cobro.