



BON SECOURS HEALTH SYSTEM

Póliza/Procedimiento

Título: Faturación y cobranzas	Fecha: 04/01//2016
	Reemplaza la versión con fecha:
Categoría: Servicios financieros para el paciente	Aprobado por:

OBJETIVO

El objetivo de esta póliza es proveer información sobre las prácticas de facturación y cobranzas de los hospitales de cuidado agudo de Bon Secours Health System, Inc., (BSHSI, por sus siglas en inglés).

ALCANCE

Esta póliza aplica a todas las instalaciones de cuidado agudo y salas de emergencia autónomas de BSHSI. Cualquier agencia de cobranzas trabajando en nombre de BSHSI lo hará observando las prácticas de cobranzas de BSHSI tal como explicadas en este documento. Salvo como especificado, esta póliza no aplica a cargos de médicos u otros proveedores médicos, incluyendo pero no limitándose a médicos de sala de emergencia, anestesistas, radiólogos, hospitalistas ni patólogos.

DEFINICIONES

Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) – Son los cargos facturados a los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera. Los cargos se basan en los montos promedio permitidos por Medicare, así como por pagadores comerciales por servicios de emergencia y por otros cuidados médicamente necesarios. Los montos permitidos incluyen ambos, el monto que el asegurador pagará, y el monto, si alguno, por el cual el individuo es personalmente responsable. El AGB es calculado utilizando el método retrospectivo de acuerdo a la regulación 26 CFR §1.501(r). Más información sobre el descuento por AGB se encuentra disponible en el www.fa.bonsecours.com, o llamando al servicio de atención al cliente (llamada local) al 804-342- 1500, o (llamada gratuita de larga distancia) al 1-877- 342-1500. Para servicio al cliente del Rappahannock General Hospital, por favor llamar al 804-435- 8529.

Deudas Morosas – El balance de una cuenta adeudado por un paciente o por un garante, que se da de baja como incobrable.

Agencia de cobranzas – Una “agencia de cobranzas” es cualquier entidad involucrada por el Hospital para procurar o cobrar pagos de los garantes.

Periodo de elegibilidad – El periodo de tiempo por el que se le brinda asistencia financiera al garante.

Acción extraordinaria de cobranza (ECA, por sus siglas en inglés) – Una ECA es cualquiera de lo siguiente:

- La venta de la deuda de un individuo a un tercero, sujeto a algunas excepciones
- El reporte adverso a agencias de reporte de crédito o agencias de crédito
- Posponer, negar o requerir pago antes de proporcionar cuidado médicamente necesario dado a la falta de pago por atención previamente brindada
- Acciones que requieren un proceso legal, incluyendo pero no limitándose a:
 - Embargar una propiedad
 - Ejecutar un juicio hipotecario sobre una propiedad
 - Embargar o apoderarse de una cuenta bancaria o de otra propiedad personal
 - Iniciar acción civil contra un individuo
 - Causar el arresto de una persona
 - Causar que un individuo sea objeto de un embargo corporal
 - Embargar el sueldo de un individuo

Presentar una alegación en un procedimiento de quiebra no es una acción de extraordinaria de cobro.

Garante – El paciente, su cuidador, o una entidad responsable por el pago de las cuentas médicas.

Programa de asistencia financiera para el paciente – Un programa diseñado para reducir el saldo adeudado por el garante. Este programa es provisto a garantes sin seguro o sin suficiente seguro, y para aquellos para quienes el pago total o parcial de la obligación financiera causara excesivas dificultades de orden económico.

Responsabilidad del paciente asegurado – La “responsabilidad del paciente” es el monto por el cual un paciente asegurado es responsable a abonar de su bolsillo después que su asegurador haya determinado el monto de los beneficios del paciente.

Responsabilidad del paciente no asegurado – Es el monto por el cual es paciente es responsable después de haberse aplicado el AGB local.

Tercer pagador – Una organización además del paciente (quien sería la primer parte), o del proveedor de servicios para la salud (o segunda parte), involucrada en el financiamiento de servicios personales para el cuidado de la salud.

Sin suficiente seguro – Un individuo que tiene seguro pero a quien se le facturan los cargos totales por servicios no cubiertos de acuerdo a su plan de beneficios. Ejemplos de esta incluyen, pero no se limitan a: medicamentos personalmente administrados de Medicare, el monto máximo de los beneficios alcanzados, seguros de maternidad, etc.

Desasegurado – Pacientes que no tienen seguro.

PÓLIZA

Es póliza de BSHSI, facturar a los garantes y a los terceros pagadores (de ser aplicable), correcta y oportunamente, y consistentemente con las leyes y regulaciones aplicables.

Resumen de cuenta detallado

Los garantes pueden pedir un resumen detallado de su cuenta, en cualquier momento, de forma gratuita.

Disputas

Cualquier garante puede disputar un cargo en su cuenta. Los garantes pueden iniciar una disputa por escrito o por teléfono, llamando a un representante de servicio al cliente. Si un garante pide documentación respecto a su factura, los miembros del personal harán todos los esfuerzos razonables para proveer la documentación al garante dentro de los tres días hábiles de haber sido solicitados.

Ciclo de facturación

El ciclo de facturación de BSHSI comienza a partir de la fecha del primer estado de cuenta y termina 120 días después de dicha fecha. Durante el ciclo de facturación, los garantes pueden recibir llamados, estados de cuenta y cartas. También podrán realizarse llamadas telefónicas al garante durante dicho ciclo. A continuación está el orden en que se pueden enviar los estados de cuenta y las cartas:

- Se le envía un estado de cuenta al garante cuando es determinado que éste es quien adeuda el balance
- Una carta de seguimiento es enviada a los 30 días después de la fecha del estado de cuenta, informado al garante que la cuenta está vencida
- Una segunda carta es enviada 30 días más tarde, informándole al garante que su cuenta ya está en carácter de morosa
- Una tercera y última carta le es enviada 30 días después de la segunda carta, informándole al garante que su cuenta está seriamente vencida y que podrá ser puesta en manos de una agencia de cobranzas
- A los 120 días del ciclo de facturación la cuenta del garante se pone en manos de una agencia de cobros reconocida

Cada estado de cuenta y cada carta usados durante nuestro ciclo de facturación contiene información sobre métodos de pago, opciones de pago, la dirección web para asistencia financiera, y un número telefónico de contacto para servicio al cliente.

PROCEDIMIENTO

Facturación sin garante

1. Obteniendo información para cobertura: BSHSI hará todo lo posible para obtener información de los pacientes sobre si algún seguro para la salud, privado o público, pudiese cubrir total o parcialmente los servicios prestados por el Hospital al paciente.

2. Facturación a terceros pagadores: Los hospitales procurarán de cobrar todos los montos de terceros pagadores, incluyendo pero sin limitarse a, pagadores tanto contratados como no contratados, pagadores de indemnización, aseguradores de auto y responsabilidad, y pagadores de programas gubernamentales que pudiesen ser financieramente responsables por el cuidado del paciente. BSHSI facturará a todos los terceros pagadores aplicables basándose en información provista por, o verificada por el paciente o por su representante, de manera oportuna.

Facturación al garante

Un estado de cuenta y una serie de cartas son usados para informarle al garante sobre un balance pendiente en la cuenta. Cada estado de cuenta y cada carta contienen información respecto a métodos de pago, asistencia financiera, y un número de contacto para preguntas.

1. Facturación a pacientes asegurados: Los hospitales facturarán rápidamente al garante el monto computado por la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), o como lo indique el tercer pagador.
2. Facturación a pacientes sin seguro: Los hospitales facturarán rápidamente al garante el monto adeudado. El monto adeudado por el garante es determinado utilizando la calculación del Hospital de Montos Generalmente Facturados (AGB). Los cálculos a continuación de BSHSI reflejan el porcentaje de descuento de los cargos totales por área geográfica.

AGB:

- Bon Secours Richmond: 75% de reducción de los cargos facturados por servicios como paciente internado y ambulatorio.
- Bon Secours Hampton: 75% de reducción de los cargos facturados por servicios como paciente internado y ambulatorio.
- Bon Secours Rappahannock: 65% de reducción de los cargos facturados por servicios como paciente internado y ambulatorio.
- Bon Secours Kentucky: 75% de reducción de los cargos facturados por servicios como paciente internado y ambulatorio.
- Bon Secours South Carolina: 80% de reducción de los cargos facturados por servicios como paciente internado y ambulatorio.

Prácticas de cobranza

1. Prácticas generales de cobro: De acuerdo con esta política, BSHSI puede emplear esfuerzos razonables para la cobranza para obtener pago de los garantes. Actividades generales de cobranzas pueden incluir en envío de cartas y estados de cuenta al garante, llamados telefónicos, y la referencia de cuentas a empresas asociadas, tales como, pero sin límites a, proveedores de pre-cobranza, cobranzas acordadas y de deudas morosas.

2. Acciones extraordinarias de cobro: BSHSI y su agencia de cobros asociada pueden llevar a cabo un ECA mediante el reporte a una agencia de crédito. El reporte de un garante a la agencia de crédito por falta de pago de un monto adeudado no se llevará a cabo hasta los 60 días después de haber finalizado el ciclo de facturación. El garante será notificado 30 días antes de que la agencia de cobros reporte el caso a la agencia de crédito. Ni BSHSI ni su agencia de cobros asociada llevarán a cabo ninguna ECA contra los garantes sin antes haber hecho todo lo razonablemente posible para determinar si ellos califican para recibir asistencia financiera.
3. No ECA durante el proceso de solicitud para asistencia financiera: BSHSI, ni su agencia de cobros asociada tratarán de implementar ninguna ECA contra un garante que haya presentado una solicitud para asistencia financiera. Si se determinara que el garante califica para asistencia financiera completa y el garante hubiese ya hecho un pago, BSHSI reembolsará todo monto recibido del garante, mayor de \$5.00, durante el periodo de elegibilidad. Si el garante es aprobado para recibir asistencia financiera parcial, BSHSI reembolsará todo monto que exceda el amonto por el cual se considere que el garante sea personalmente responsable de pagar. BSHSI no reembolsará al garante ninguna cantidad menor de \$5.00. Si un solicitante califica para asistencia parcial, las ECA no se reanudarán por 30 días a partir de la fecha en que la asistencia financiera parcial fuera aprobada.
4. Planes de pago:
 - a. Pacientes elegibles: BSHSI y cualquier agencia de cobros actuando el nombre de BSHSI ofrecerán a los garantes una opción de entrar en un acuerdo para un plan de pago. El acuerdo de pago le permite al garante pagar el monto adeudado a través de un periodo de tiempo.
 - b. Términos del plan de pago:
 - Todos los planes de pago serán sin intereses
 - Todos los pagos mensuales estarán basados en un monto mutuamente acordado, entre BSHSI y el garante
 - El balance en la cuenta deberá ser pagado dentro del tiempo acordado
 - Los pagos vencen el día 15 de cada mes
 - c. Declarando un plan de pago como moroso: Un plan de pago puede ser declarado moroso si el garante fallara hacer todos los pagos acordados consecutivamente. Si esto ocurriese, el garante recibirá un aviso de cuenta morosa. El aviso será enviado a la última dirección conocida del garante. Una vez que un plan de pago ha sido declarado moroso, BSHSI o la agencia de cobros podrán comenzar actividades de colección consistentes con lo explicado en ésta póliza.
5. Agencias de cobros: BSHSI puede referir al garante a una agencia de cobros, sujeto a la siguientes condiciones:
 - A. La agencia de cobros debe tener un acuerdo por escrito con BSHSI.
 - B. El acuerdo escrito entre BSHSI y la agencia de cobros debe especificar que las acciones de la “agencia” deben adherirse a la misión, visión y valores fundamentales de

BSHSI, a los términos de su póliza de asistencia financiera, así como a su política de facturación y cobros.

C. La agencia de cobros debe acordar en notificar al garante 30 días antes de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro (ECA). Este aviso deberá incluir una copia del resumen sencillo de la página del reglamento de ayuda financiera.

D. BSHSI mantendrá la propiedad de la deuda (ej.: la deuda no es “vendida” a la agencia de colecciones)

E. La agencia de cobros debe tener procesos implementados para identificar a los garantes que puedan calificar para recibir asistencia financiera. La agencia debe comunicar la disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera y referir a los garantes que estén en busca de asistencia financiera nuevamente al Departamento de Servicio al Cliente de BSHSI, llamando (con llamada local) al 804-342-1500, o (llamada gratuita de larga distancia) al 1-877-342-1500, o vía internet, al www.fa.bonsecours.com. Para el Rappahannock General Hospital, los garantes deben ser referidos al 804-435-8529. La agencia de cobros no podrá procurar ningún pago de un garante que haya ya presentado una solicitud para asistencia financiera.

F. Deberán haber pasado por lo menos 120 días de la fecha en que BSHSI enviara la factura inicial al garante de la cuenta.

G. El garante no está negociando un plan de pago ni está dentro de un plan ya acordado.