

TÉRMINOS CLAVE: facturación, cobro

I. FINALIDAD:

Esta política, junto con las Políticas de atención médica de emergencia y asistencia financiera de Carilion, tiene por objeto cumplir los requisitos de las leyes federales, estatales y locales aplicables, incluyendo, sin limitación, la sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su versión modificada, y las regulaciones correspondientes. Esta política establece las acciones que se pueden tomar en caso de falta de pago de la atención médica proporcionada por Carilion, incluidas las acciones de cobro y la presentación de informes a las agencias de crédito. Los principios rectores detrás de esta política son tratar a todos los pacientes con dignidad y respeto y garantizar que se sigan de manera uniforme los procedimientos adecuados de facturación y cobro para asegurar la administración por parte de Carilion de los recursos de nuestros pacientes y comunidades y lograr la sostenibilidad a largo plazo como proveedor de servicios de atención médica.

El objetivo de la política de facturación y cobro es garantizar el cobro oportuno de las cuentas por cobrar de la organización. Carilion no emprenderá ninguna acción de cobro extraordinaria (ECA) hasta que se haya realizado un esfuerzo razonable para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia bajo la política de asistencia financiera (FAP). La gerencia del ciclo de ingresos es responsable de tomar la decisión de que Carilion ha realizado esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera y puede participar en ECA con respecto al paciente.

II. ALCANCE:

III. DEFINICIONES:

Servicio de atención al cliente para facturación: El departamento responsable de abordar las preguntas sobre facturación y pago de los pacientes de Carilion.

Acciones de cobro extraordinarias (ECA): Cualquier acción de cobro que Carilion pueda tomar contra una persona para obtener el pago de atención médica que requiera un proceso legal o judicial (incluidos, entre otros, embargos de salario, gravámenes y demandas); y reportar información adversa a agencias de crédito.

Política de asistencia financiera (FAP): La política que describe las circunstancias y los criterios de elegibilidad bajo los cuales Carilion brindará atención gratuita o con descuento a los pacientes.

Necesidad médica: Atención médica o suministros necesarios para diagnosticar o tratar una condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Cobertura médica del empleador no contratada/fuera de la red o cobertura con "precios basados en referencias": Un acuerdo de cobertura fuera de la red y no contratado que se ofrece a los pacientes utilizando una práctica conocida como "precios basados en referencias", una metodología de fijación de precios que establece el precio de una reclamación o una factura por servicios médicos a partir de un precio de referencia determinado por el empleador o el administrador del plan, sin la participación ni el acuerdo de Carilion. La cobertura de salud de empleadores fuera de la red y otros acuerdos de cobertura con precios de referencia no son planes de seguro tradicionales y, por lo tanto, no están regulados por la oficina de seguros.

Responsabilidad del paciente: La parte de una factura médica que el paciente debe pagar personalmente en lugar de su compañía de seguros comercial, un programa gubernamental, empleador u otros pagadores, incluidos, entre otros: copagos, coaseguro, deducible y otros saldos que quedan después de aplicar los pagos o ajustes contratados de una compañía de seguros comercial, un programa gubernamental, un empleador u otro pagador.

Cobertura de terceros: (1) Una aseguradora externa, (2) planes de jubilación patrocinados por el empleador regidos por una ERISA (3) Un programa de atención médica del gobierno federal, estatal o local (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y TRICARE), y (4) compensación de trabajadores, cuentas de ahorros médicos u otra cobertura para cualquier parte de la factura, incluidas las reclamaciones contra terceros cubiertos por un seguro al que Carilion está subrogado, pero solo si dicha compañía de seguros realmente realiza el pago completo y preciso.

Sin seguro: El paciente no tiene cobertura de seguro médico privado, Medicare, Medicaid, programa de seguro médico para niños (CHIP), un plan o programa patrocinado por el estado u otro gobierno, o un plan de salud militar. Los pacientes que tienen cobertura de salud de un empleador fuera de la red u otros acuerdos de cobertura con precios de referencia no son "no asegurados" según la definición de esta política.

IV. PROCEDIMIENTO:

A su entera discreción, Carilion puede exigir el pago íntegro de cualquier responsabilidad conocida del paciente por la atención médica antes o en el momento en que se preste la atención (excepto en casos de emergencia o atención médicamente necesaria). Con respecto a la atención de emergencia o médicamente necesaria, Carilion requerirá el pago de cualquier monto de responsabilidad conocida del paciente después de que se brinde la atención. A los pacientes programados para recibir atención no urgente o médicamente necesaria con responsabilidad conocida del paciente se les informará sobre estos requisitos.

La cobertura de salud de empleadores fuera de la red y otros acuerdos de cobertura con precios de referencia no tienen contrato con Carilion. Esto significa que los pacientes pueden ser responsables de hasta el 100% de los cargos. Es responsabilidad del asegurado o garante saber si su plan es una cobertura médica del empleador no contratada/fuera de la red o una cobertura con "precios basados en referencias" y comprender qué significa eso para la responsabilidad del paciente. Si no está seguro, el paciente debe comunicarse con su empleador o proveedor de seguros para obtener información.

Los pacientes que se presenten en un centro de Carilion con dichos acuerdos de cobertura pueden presentar un reclamo a Carilion a su exclusivo criterio estrictamente como cortesía; sin embargo, Carilion no tiene la obligación de hacerlo. Se facturará al paciente cualquier responsabilidad del paciente, incluida cualquier diferencia entre los cargos facturados y los montos pagados por dichos acuerdos de cobertura. Como la cobertura de salud de empleadores fuera de la red y otros acuerdos de cobertura con precios de referencia no tienen contrato con Carilion y no están regulados por la oficina de seguros, el paciente es personalmente responsable de todo el seguimiento y la comunicación con dichos acuerdos de cobertura, sus afiliados y/o representantes legales o representación.

Los pacientes que no identifiquen su información de cobertura al momento del servicio serán registrados como personalmente responsables del pago de la totalidad de su factura médica como responsabilidad del paciente hasta que se notifique lo contrario a la oficina de servicio de atención al cliente para facturación (1-866-720-3742). Es responsabilidad del paciente proporcionar al hospital, consultorio médico u oficina de facturación una copia de la información de su cobertura.

Si un paciente no ha pagado la totalidad de los servicios en el momento en que se le presta la atención médica, Carilion le facturará al paciente cualquier importe que sea responsabilidad del paciente después de recibir cualquier pago de su compañía de seguros comercial, un programa gubernamental, su empleador o pagos de cobertura de terceros. Los pacientes recibirán hasta cuatro (4) estados de cuenta, generados en intervalos de 30 días.

Todos los estados de cuenta incluirán un aviso escrito sobre la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de la FAP de Carilion, incluida información de contacto que identifica dónde el paciente puede obtener más información, documentos relacionados con la asistencia financiera y el sitio web donde se pueden encontrar dichos documentos.

Los estados de cuenta por los montos de responsabilidad del paciente deben enviarse dentro de los 30 días siguientes a la recepción de cualquier pago de la compañía de seguro comercial del paciente, un programa gubernamental o un empleador. Las opciones de pago incluyen efectivo, giros bancarios, tarjetas de crédito, planes de pago extendidos y otras opciones de financiamiento. Las cuentas impagas sin acuerdos de pago serán entregadas a una agencia de cobranzas. Si no se recibe el pago completo dentro del periodo normal de facturación, la oficina de facturación puede recomendar que la cuenta se entregue a una agencia de cobranzas.

PACIENTES QUE NECESITAN ASISTENCIA FINANCIERA

El paciente debe solicitar asistencia financiera durante el periodo de solicitud según se define en la FAP de Carilion. Carilion ofrece asistencia financiera a cualquier paciente cuyos cargos por atención médica necesaria o de emergencia puedan exceder su capacidad de pago, según lo determinado por el FAP de Carilion. La oficina de servicio de atención al cliente para facturación pedirá a los pacientes que indiquen incapacidad de pago que completen una solicitud de asistencia financiera (FAA) para los servicios que se facturan. Se le entregará al paciente una FAA para completar (ya sea en papel o en formato electrónico (por ejemplo, sitio web) según la preferencia del paciente). Si califica y es aprobado para recibir asistencia financiera, Carilion realizará los ajustes relacionados en la cuenta del paciente. Se proporcionará a los pacientes un resumen en lenguaje sencillo de la FAP si lo solicitan.

APLICACIÓN DE PAGOS

A menos que un paciente o una parte responsable que realice el pago identifique una cuenta específica o posteriormente se determine que es elegible para recibir asistencia financiera, Carilion aplicará todos los pagos realizados para satisfacer los saldos adeudados en todas las cuentas del paciente o la parte responsable con un saldo. Carilion aplicará cualquier pago que sea (a) menor al monto total adeudado; y (b) no esté designado a una fecha específica de servicio o proveedor, primero a la fecha del servicio más antiguo que figura en el estado de cuenta; si los servicios del hospital y del médico tienen la misma fecha de servicio, los pagos se aplicarán primero a la cuenta más antigua (número de cuenta más bajo) en la factura y luego a la siguiente cuenta más baja hasta que se apliquen todos los fondos. Cualquier importe restante del pago en exceso se reembolsará al paciente.

Carilion considera que las cuentas incluidas en su proceso de elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera están cerradas y no se reembolsará ningún pago de pacientes por estos servicios. No se reembolsará ningún pago del paciente por servicios cubiertos que no se consideren asistencia financiera y que se cobren antes de la determinación de elegibilidad. (Véase FAP)

CHEQUES DEVUELTOS

Se puede agregar un cargo por servicio de \$25.00 a la cuenta por el procesamiento de cheques devueltos y el monto del cheque se cargará nuevamente a la cuenta. El cheque devuelto se envía al paciente con una carta informándole del cargo de \$25.00.

QUIEBRA

Cuando Carilion recibe la notificación de una declaración de quiebra o liquidación en virtud del Capítulo 7, la cuenta se da de baja por quiebra. Toda actividad de facturación y comunicación con el paciente se detendrá con respecto a la actividad anterior a la fecha de quiebra. Cuando la oficina de facturación recibe notificación de una quiebra del Capítulo 7, Capítulo 7 con activos o Capítulo 13, se detendrá toda comunicación con el paciente y se seguirán las instrucciones del tribunal con respecto a la actividad anterior a la fecha de quiebra.

AGENCIA DE COBRO / ACTIVIDAD DE COBRO LEGAL

Cuando se agotan los esfuerzos para cobrar las cuentas por cobrar, cualquier cuenta con un saldo pendiente puede remitirse a una agencia de cobro y se puede considerar la posibilidad de recurrir a las ECA. Las cuentas no se remitirán a una agencia de cobro antes de 120 días a partir de la fecha en que se envíe el primer estado de cuenta posterior al alta, excepto cuando los envíos por correo sean devueltos sin dirección de reenvío y se combinen varias cuentas de diferente antigüedad con las ya transferidas o para la verificación legal de otras responsabilidades. Se realizarán esfuerzos razonables para identificar direcciones de reenvío apropiadas.

Cuando se recibe una FAA durante el periodo de solicitud (según se define en el FAP de Carilion), pero después del inicio de las ECA, todas las ECA se suspenderán. Se harán los mejores esfuerzos para procesar las solicitudes completadas dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud; se determinará la elegibilidad para recibir asistencia financiera y se comunicará a la persona. Las solicitudes incompletas deben completarse dentro de los 30 días siguientes a la notificación inicial de los elementos adicionales requeridos; de lo contrario, la solicitud se considerará incompleta y se cerrará. Si una persona es elegible para recibir asistencia financiera, se revertirán todas las ECA y se reembolsarán todos los pagos relacionados con la atención elegible en la medida en que ya no se adeuden. Las ECA se restablecerán si la persona no es elegible para recibir asistencia financiera o no completa la FAA antes de la fecha límite.

Al menos 30 días antes de iniciar una ECA, y después de enviar al menos 3 declaraciones, Carilion enviará al paciente una notificación por escrito de las ECA previstas, un resumen en lenguaje sencillo que explique la asistencia financiera disponible y el proceso para determinar la elegibilidad, y la fecha límite para solicitar asistencia. Carilion también intentará llamar a las personas al menos 30 días antes de iniciar una ECA para informarles sobre la asistencia financiera disponible y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud.

Carilion deberá celebrar un contrato escrito con cualquier agencia de cobranza a la que remita deudas incobrables. El contrato obligará a la agencia de cobranza a observar y cumplir con las obligaciones de Carilion bajo esta política, la FAP y la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas. Una agencia de cobranza a la que se deriva una deuda incobrable para su cobro no puede realizar ninguna ECA sin el consentimiento previo por escrito de Carilion.

Después de realizar esfuerzos razonables para determinar si un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera y tras determinar que el paciente puede pagar pero no está dispuesto a hacerlo, si no se recibe una respuesta positiva del paciente en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta, Carilion puede emprender una o varias de las siguientes ECA: 1. Poner un gravamen sobre la propiedad de una persona; 2. Embargar o confiscar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal; 3. Iniciar una acción civil contra una persona; 4. Embargar el salario de una persona; o 5. Reportar la cuenta a las agencias de crédito.

En cualquier momento durante el proceso de cobranza, el departamento de cobro de deudas (DRD) puede investigar cualquier cuenta que requiera un manejo especial. Por ejemplo, cuando la oficina de facturación se entera de que un paciente ha fallecido, hubo un accidente automovilístico, estuvo involucrado un abogado o cualquier otra circunstancia única que requiera un manejo especial, las cuentas pueden colocarse en el DRD antes de agotar otros esfuerzos de cobro.

Cuando se hayan agotado todos los esfuerzos de cobro, todas las cuentas del hospital se devolverán y se cerrarán como incobrables. No se realizará ninguna otra actividad de cobro en ese momento. Las cuentas con arreglos de pago satisfactorios, actividad legal o cuentas con pago pendiente se considerarán activas y no se devuelven.

V. OTROS PROBLEMAS/INQUIETUDES:

Aprobaciones

Nombre	Cargo	Dpto./Comité	Fecha
Don Halliwill	Director de Finanzas	Finanzas	
Junta Directiva de Carilion Rockbridge Community Hospital			
Junta Directiva de Carilion Medical Center			
Junta Directiva de Carilion New River Valley Medical Center			
Junta Directiva de Carilion Giles Memorial Hospital			
Junta Directiva de Carilion Tazewell Community Hospital			
Junta Directiva de Carilion Franklin Memorial Hospital			