



Póliza/Procedimiento

Título: Faturación y cobranzas	Fecha: 04/13/2016
	Reemplaza la versión con fecha:
Categoría: Servicios financieros para el paciente	Aprobado por: El Directorio de BSHSI

POLÍTICA

Es política de Bon Secours Health System, Inc. ("BSHSI") proporcionar información sobre las prácticas de facturación y cobranzas de las instalaciones hospitalarias agudas del BSHSI. Esta póliza, junto con la Política de Asistencia Financiera para Pacientes, se redacta con la intención de satisfacer los requisitos de la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendado, en relación con la asistencia financiera y las políticas de atención médica de emergencia, a las limitaciones sobre cargos a personas elegibles para la asistencia financiera, y los esfuerzos razonables de facturación y cobranzas, y debe interpretarse en dicho contexto.

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.

RAZÓN FUNDAMENTAL

La razón de este procedimiento es que BSHSI facture a los garantes y a los terceros pagadores aplicables de manera precisa, oportuna y consistente con las leyes y regulaciones aplicables.

BSHSI y cualquier agencia de cobro contratada se asegurará de que los servicios proporcionados estén de acuerdo con todas las leyes, regulaciones y reglas federales, estatales y locales aplicables que rigen los Servicios, incluyendo la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (FDCPA, por sus siglas en inglés). En sus acuerdos con BSHSI, cada Agencia de Recaudación acordará tratar a todos los pacientes, empleados y socios comerciales de acuerdo con la Misión y los valores del Sistema de Salud Bon Secours. Además, cada Agencia de Recaudación garantizará la utilización de las mejores prácticas de la industria en la ejecución de los Servicios.

DEFINICIONES

Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) – Son los cargos facturados a los pacientes por servicios de emergencia y médicamente necesarios que tienen seguro para dichos servicios. Los cargos a pacientes elegibles para recibir asistencia financiera serán limitados a no ser mayor que los montos generalmente facturados (“AGB”) por dichos servicios. Estos 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), el que podrá ser enmendado periódicamente.

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 bancarrota (quiebra), no es una Acción de Cobro Extraordinaria.

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.

ECA Permitida - A pesar del amplio conjunto de actividades clasificadas como ECAs, la única acción que BSHSI realizará es reportar informes adversos a agencias de informes de crédito o bureaus de crédito, según sea necesario.

Tercer pagador – Una organización además del paciente (quien sería la primera 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.

PROCEDIMIENTO

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.