

Hospital COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL, INC.

ASUNTO: Principios para cobros	SECCIÓN: Junta de directores	POLÍTICA #:
[] NUEVA POLÍTICA [X] POLÍTICA ACTUALIZADA (Reemplaza las políticas de las fechas: 11/00, 10/03, 5/07, 1/09, 1/10, 6/10, 11/13, 3/15, 9/30/16, 9/30/17)		
ESCRITA POR: John Russell FIRMA: TÍTULO: Presidente ejecutivo/ <i>CEO</i>	APROBADO POR: Bruce Zander FIRMA: TÍTULO: Presidente del Consejo de directores	
FECHA DE EMISIÓN: 14 de agosto, 2018	FECHA DE VIGENCIA: 30 de septiembre, 2018	

PROPÓSITO:

Establecer pautas para recolectar de los garantes sus obligaciones de pagos. Estas obligaciones podrán incluir:

- Pagos complementarios, copagos y deducibles especificados en el plan de seguro del paciente
- Servicios y materiales que están excluidos de la cobertura del seguro del paciente
- Servicios y materiales que se le proporcionan a un paciente sin un seguro

POLÍTICA:

El hospital *Columbus Community Hospital, Inc.* (*CCH* por sus siglas en inglés) emplea métodos de facturación y de cobrar que reflejan la misión, visión y los valores de nuestro hospital. *CCH* reconoce su responsabilidad a las comunidades que servimos al establecer buenas prácticas de negocios. *CCH* cobra por servicios de salud basándose en los siguientes principios como están definidos por la Asociación de hospitales de América (*American Hospital Association, AHA*):

- Tratar al paciente de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión.
- Servir las necesidades urgentes de salud de cualquier persona sin importar si ese paciente es capaz de pagar.
- Asistir a pacientes que no pueden cumplir con sus obligaciones económicas.
- *CCH* actualizará regularmente sus procedimientos escritos sobre acciones extraordinarias de cobro (*extraordinary collection actions, ECA* por sus siglas en inglés) que se podrán tomar, las circunstancias bajo las cuales se podrán tomar y el nivel de autoridad requerida para la aprobación de tal acción. Estas políticas podrán permitir cobrar en el punto de servicio para servicios médicos actuales, retención de sueldo, retención de ingresos por la venta de alguna propiedad inmobiliaria, incluyendo la residencia principal del paciente, asignación a una agencia de cobros, tanto como un aviso a una agencia de crédito.

PROCEDIMIENTO:

- El gerente de servicios de negocios y el consejero de finanzas para pacientes (*Patient Financial Counselor, PFC*) se identifican como personas de contacto para responder preguntas sobre las políticas y procedimientos de cobro de *CCH*.
- Consejos y apoyo sobre temas económicos se harán disponible para todos los garantes. Esto estará disponible en los idiomas que se usan de manera común en la comunidad.
- El *PFC* y todo el personal de la oficina de servicios de negocios de *CCH* responderán de manera puntual a cualquier pregunta o duda sobre facturas.

- *CCH* le hará seguimiento a cualquier obligación de pago de manera justa y constante.
- Se tomará acción inmediata al recibir un aviso sobre el fallecimiento o la bancarrota de un paciente o un garante. Cuentas que están cubiertas bajo las reglas de la bancarrota se identificarán y acciones estándares para cobrar estas cuentas se detendrán. Reclamos en contra de propiedades se presentan a tiempo al albacea de la propiedad, cumpliendo con todos los requisitos legales.
- Toda acción con el propósito de cobrar la cuenta del paciente se detendrán si una solicitud para recibir ayuda del programa de Cuidado Comunitario, *Medicaid* u otro programa de asistencia pública es recibida hasta que la elegibilidad del paciente haya sido determinada. Si el paciente no califica para asistencia económica o de otros fondos, o si el paciente no presenta la documentación requerida dentro de treinta (30) días, el proceso normal de facturación y cobro resumirá.
- Los garantes reciben la información necesaria sobre las expectativas de pago de *CCH*, la política del programa de Cuidado Comunitario y otros tipos de asistencia para pagar. Simultáneamente, se harán esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de recibir asistencia económica antes de que se ponga en acción una *ECA*. Estos esfuerzos razonables incluyen pero no están limitados a:
 - Tres declaraciones separadas que se le entregan al paciente después de darle de alta (egreso), que incluye un aviso escrito evidente con una declaración sobre la disponibilidad de asistencia económica, el número de teléfono que se deberá llamar para hacer preguntas sobre asistencia económica, la dirección directa del sitio electrónico dónde se podrá encontrar la solicitud para recibir ayuda económica y la política correspondiente a este programa. Es la responsabilidad del garante proporcionar una dirección correcta al inscribirse o al mudarse. Si un paciente no provee una dirección correcta, se asumirá que todos los esfuerzos razonables de correspondencia se han cumplido.
 - Un resumen en lenguaje simple estará incluido en una de las comunicaciones siguiendo la salida del paciente.
 - Un aviso final que habla de la intención de tomar una acción extraordinaria de cobro *ECA* junto con una fecha final antes de que se podrá iniciar la *ECA*. Una *ECA* empezará no antes de 30 días después del envío de este aviso final o ciento y veinte (120) días después de la primera declaración después de la orden de alta, dependiendo de cuál sea de mayor cantidad.
 - Antes de iniciar una *ECA*, se hará un intento de contactar al garante por teléfono en el último teléfono conocido, si hay alguno, por lo menos una vez durante los esfuerzos razonables descritos aquí arriba para informar al garante sobre la disponibilidad de asistencia económica para las personas que califiquen.
- Cualquier solicitud para recibir pago del garante cumple con las leyes relevantes, incluyendo pero no limitados a: llamadas por teléfono, correos electrónicos, mensajes de texto, avisos enviados por correo, y servicios de una persona que hace búsquedas para obtener pago con el propósito de recibir pagos por los servicios médicos proporcionados.

- *CCH* determinará las condiciones, si hay alguna, bajo las cuales se otorgará un plan de pagos extendidos para que el paciente pueda cumplir con sus obligaciones financieras.
- *CCH* podrá referir al garante a servicios comerciales de crédito.

CCH y sus agencias de cobros de tercera parte reconocen y cumplen con las leyes que gobiernan las actividades de facturación y de cobro de servicios de salud. Las leyes más importantes que gobiernan el servicio de salud son:

- La ley *Fair Debt Collection Practices Act*,
- La ley *The Fair Credit Reporting Act*,
- La ley *The Federal Trade Commission Act*,
- La ley *The Gramm Leach Bliley Act*,
- La ley *Soldiers' and Sailor' Civil Relief Act of 1940*,
- La ley de confidencialidad *The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)* por sus siglas en inglés, y sus regulaciones proclamadas por el departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, *U.S. Department of Health and Human Services*, y
- Varias leyes y regulaciones estatales; la mayoría tienen el objetivo de proteger el consumidor.

CCH y sus agencias de cobros de tercera parte también reconocen que las siguientes prácticas de cobro están prohibidas:

- Acciones que no están permitidas por la ley o por las políticas de *CCH*.
- Amenazas de acción que no están permitidas por la ley o las políticas.
- Amenazas de arresto y otras formas de arresto.
- Acoso y demandas escritas para recibir pago.
- Ejecución hipotecaria sobre la residencia principal de un paciente o del garante mientras esa persona o la pareja de esa persona es dueño/a u ocupe la residencia.

FUENTES:

Cobro de obligaciones económicas del garante
 El plan del programa de Cuidado Comunitario
 Requisitos de depósito para servicios
 Descuentos puntuales
 Pasar un caso a una agencia de cobros
 Descuento para personas sin seguro médico