

**Política de facturación y cobranzas**

**Objetivo**

Columbus Regional Healthcare System busca asignar los recursos financieros disponibles de manera efectiva para reducir el costo de los servicios de atención médica para aquellos pacientes dentro de la comunidad, que más lo necesitan, de acuerdo con sus respectivas obligaciones legales. Esta política reconoce que los recursos financieros del Sistema Regional de Salud de Columbus son limitados; y que el Sistema Regional de Salud de Columbus tiene la responsabilidad fiduciaria de facturar y cobrar adecuadamente los servicios al paciente. Columbus Regional Healthcare System no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, preferencia sexual, edad o discapacidad en sus políticas, o en la aplicación de sus políticas, incluida la adquisición y verificación de información financiera, depósitos previos a la admisión o al tratamiento, planes de pago, admisiones diferidas o rechazadas, determinaciones de estado de elegibilidad, o en sus prácticas de facturación y cobro.

Columbus Regional Healthcare System reconoce que el costo de los servicios de atención médica necesarios puede imponer una carga financiera a los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y ha actuado para disminuir esa carga para los pacientes. Columbus Regional Healthcare System también reconoce que el proceso de facturación y cobro es complejo y ha implementado procedimientos para que el proceso sea más comprensible para los pacientes; e informar a los pacientes sobre las opciones de descuento y asistencia financiera.

De acuerdo con estos compromisos, Columbus Regional Healthcare System mantiene una política de facturación y cobro que cumple con las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables. Esta política describe los programas de asistencia financiera y descuentos, así como los procesos de facturación, pago y cobro aplicables a los servicios prestados a los pacientes. La política aborda solo aquellos programas y procesos aplicables a los pacientes (y a los garantes de los pacientes) y no a terceros pagadores. La política se desarrolla para garantizar el cumplimiento de las regulaciones aplicables requeridas bajo (1) los Requisitos de Deudas Incobrables de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (42 CFR § 413.89), (2) el Manual de Reembolso de Proveedores de Medicare (Parte I, Capítulo 3) y (3) la Sección 50 I (r) del Código de Rentas Internas.

* **Definiciones**

**Programa de Asistencia Financiera**: Un programa destinado a ayudar a pacientes de bajos ingresos que de otra manera no tienen la capacidad de pagar sus servicios de atención médica. Dicha asistencia debe tener en cuenta la capacidad de cada persona para contribuir al costo de su atención. También se considera a los pacientes que han agotado sus beneficios de seguro y / o que exceden los criterios de elegibilidad financiera pero enfrentan costos médicos extraordinarios. Un programa de asistencia financiera no sustituye a los programas de seguro patrocinados por el empleador, comprados individualmente o a la asistencia financiera disponible públicamente

**Servicio médicamente necesario:** Un servicio que se espera razonablemente que prevenga, diagnostique, prevenga el empeoramiento, alivie, corrija o cure condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultan en enfermedades o dolencias. Los servicios médicamente necesarios incluirán servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios según lo dispuesto en el Título XIX de la Ley Federal del Seguro Social.

**Electivo:** Aquellos servicios que, en opinión de un médico, no son médicamente necesarios o pueden posponerse de manera segura.

**Atención de Emergencia:** Atención inmediata que es necesaria en opinión de un médico para evitar poner en grave peligro la salud del paciente, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Servicios no cubiertos**: Servicios no médicos, como servicios sociales, educativos y vocacionales; cirugía estética; medicamentos autoadministrados.

**Atención primaria**: La atención primaria consiste en servicios de atención médica proporcionados habitualmente por médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeras practicantes de atención primaria o asistentes médicos, con fines de prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones agudas o crónicas, pero excluye los servicios auxiliares y los servicios de atención de maternidad.

**Descuento por pronto pago:** Un descuento proporcionado en los gastos de bolsillo de un paciente cuando dichos gastos se pagan dentro de un número predeterminado de días a partir de la fecha del estado de cuenta inicial

**Estimación de la responsabilidad del paciente:**  Un monto esperado de desembolso en dólares proporcionado al paciente en función del procedimiento específico del paciente, el médico tratante y el plan de seguro. Una estimación no debe interpretarse como un costo exacto o final.

**Deudas incobrables:** Cuentas que se han determinado como incobrables porque el paciente no ha estado dispuesto a pagar por su atención médica.

**Ingresos financieros del hogar:** Los ingresos financieros del hogar medidos con respecto a las Pautas federales anuales de pobreza incluyen, entre otros, los siguientes:

Ingresos laborales anuales antes de impuestos del hogar

Compensación por desempleo

Compensación para trabajadores

Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario

Pagos de veteranos

Ingresos de pensión o jubilación

Otros ingresos aplicables que incluyen, entre otros, alquileres, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente miscelánea

**Aseguradoras de terceros**: Cualquier parte que asegure el pago en nombre de un paciente que incluya, entre otros: compañías de seguros, compensación para trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales / federales, asistencia a las víctimas, etc., o responsabilidad de terceros como resultado de accidentes automovilísticos u otros.

**Sin seguro:** Pacientes que no están cubiertos por un plan de seguro de salud, compensación para trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales / federales, asistencia a las víctimas, etc., o responsabilidad civil de terceros como resultado de accidentes automovilísticos u otros.

**Con seguro insuficiente**: Pacientes cubiertos por una fuente de financiamiento de terceros, pero en riesgo de altos gastos de bolsillo debido a su paquete de beneficios del plan. Esto puede incluir, entre otros, planes con deducibles altos, planes de coseguro/copago altos, pólizas de viáticos bajos, etc>>

* **Prestación de servicios de atención médica**

Columbus Regional Healthcare System evalúa la prestación de servicios de atención médica para todos los pacientes que se presentan para recibir servicios en el Departamento de Emergencias, independientemente de su capacidad de pago. La urgencia del tratamiento asociado con los síntomas clínicos que presenta cada paciente será determinada por un profesional médico de acuerdo con los estándares locales de práctica, los estándares clínicos nacionales y estatales de atención y las políticas y procedimientos del personal médico del hospital. Es importante tener en cuenta que la clasificación de la condición médica de los pacientes es solo para fines de manejo clínico, y dichas clasificaciones están destinadas a abordar el orden en que los médicos deben ver a los pacientes en función de sus síntomas clínicos que presentan. Estas clasificaciones no reflejan la evaluación médica de la condición médica del paciente reflejada en el diagnóstico final. Columbus Regional Healthcare System también cumple con la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA) al realizar un examen médico para determinar si existe una condición médica de emergencia cuando lo exige esa ley. (Consulte Transferencia de instalaciones interhospitalarias)

Las consideraciones clínicas y financieras, así como los beneficios ofrecidos por los seguros privados o los programas gubernamentales, pueden afectar el momento o el acceso a los servicios de atención médica que no sean de emergencia o no urgentes (es decir, servicios electivos). Dichos servicios pueden retrasarse o diferirse según la consulta con el personal clínico del hospital y, si es necesario, y si está disponible, el proveedor de atención médica del paciente. Columbus Regional Healthcare System puede negarse a proporcionar a un paciente servicios que no sean de emergencia y no urgentes en aquellos casos en que no se pueda identificar una fuente de pago.

Para los pacientes cubiertos por seguros privados o programas gubernamentales, las opciones del paciente relacionadas con la prestación y el acceso a la atención a menudo se definen en las pautas de cobertura del plan de seguro o del programa gubernamental.

Para los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, Columbus Regional Healthcare System trabajará con los pacientes para encontrar un Programa de Asistencia Financiera que pueda cubrir parte o la totalidad de sus facturas hospitalarias impagas. Para aquellos pacientes con seguro privado, Columbus Regional Healthcare System debe trabajar a través del paciente y la aseguradora para identificar qué servicios pueden estar cubiertos por la póliza de seguro del paciente. Para los pacientes que buscan servicios que no sean de emergencia y no urgentes, es responsabilidad del paciente saber qué servicios estarán cubiertos antes de buscar atención.

Un. Servicios de atención de emergencia y urgencia

Cualquier paciente que acuda a Columbus Regional Healthcare System será evaluado en cuanto al nivel de los servicios de atención de emergencia o urgencia sin tener en cuenta la identificación, la cobertura del seguro o la capacidad de pago del paciente.

1. Los servicios de nivel de emergencia incluyen:

Servicios médicamente necesarios prestados después de la aparición de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifieste por síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente esperarse por parte de un profano prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina para poner en grave peligro la salud de la persona o de otra persona, deterioro grave de la función corporal o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, como se define con más detalle en la sección 1867 (e) (1) (B) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. § 1295dd (e) (l) (B). Un examen de detección médica y cualquier tratamiento posterior para una condición médica de emergencia existente o cualquier otro servicio similar prestado en la medida requerida de conformidad con el EMTALA federal (42 USC 1395 (dd) califica como un Servicio de Nivel de Emergencia.

2. Los servicios de atención de urgencia incluyen:

Servicios médicamente necesarios prestados después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) que un profano prudente creería que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría razonablemente esperar que resulte en: poner en peligro la salud del paciente, deterioro de la función corporal, o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de atención de urgencia se brindan para afecciones que no ponen en peligro la vida y no representan un alto riesgo de daño grave a la salud de una persona, pero se necesitan servicios médicos inmediatos.

3. Requisitos de nivel EMTALA:

De acuerdo con los requisitos federales, EMTALA se activa para cualquier persona que acuda a la propiedad del hospital solicitando un examen o tratamiento de un servicio de nivel de emergencia (condición médica de emergencia), o que ingrese al departamento de emergencias solicitando un examen o tratamiento por una condición médica. Lo más común es que las personas no programadas se presenten en el departamento de emergencias. Sin embargo, las personas no programadas que soliciten servicios por una afección médica de emergencia mientras se presentan en otra unidad para pacientes hospitalizados, clínica u otra área auxiliar también pueden estar sujetas a un examen médico de emergencia de acuerdo con EMTALA. El examen y el tratamiento de condiciones médicas de emergencia o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por EMTALA, se proporcionarán al paciente y calificarán como atención de emergencia. La determinación de que existe una condición médica de emergencia es realizada por el médico examinador u otro personal médico calificado del hospital como se documenta en el registro médico. La determinación de que existe una condición médica urgente o primaria también la realiza el médico examinador u otro personal médico calificado del hospital como se documenta en el registro médico.

B. No Emergente, No urgente Servicios:

Para los pacientes que (1) llegan a Columbus Regional Healthcare System en busca de atención de nivel que no sea de emergencia o no urgente o (2) buscan atención adicional después de la estabilización de una condición médica de emergencia , Columbus Regional Healthcare System puede proporcionar servicios electivos después de consultar con el personal clínico y revisar las opciones de cobertura del paciente. Los servicios electivos pueden ser servicios médicamente necesarios que no cumplen con la definición de servicios de nivel de emergencia o servicios de atención de urgencia definidos anteriormente. Por lo general, estos servicios son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados con anticipación por el paciente o por su proveedor de atención médica (hospital, consultorio médico, otros).

* **Recopilación de información sobre cobertura de pacientes y recursos financieros**

Un. Paciente Obligaciones:

Antes de la prestación de cualquier servicio de atención médica (excepto en los casos que requieren servicios de nivel de emergencia o servicios de atención de urgencia), se espera que el paciente proporcione información oportuna y precisa sobre el estado de su seguro, información demográfica, cambios en sus ingresos familiares o estado de seguro, e información sobre cualquier deducible o copago que se adeudan en función de las obligaciones de pago de su seguro o programa financiero existente. La información detallada puede incluir:

1. Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones actuales de cobertura de seguro médico, ciudadanía, información de residencia y los recursos financieros aplicables del paciente que pueden usarse para pagar su factura;

2. Nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro médico actuales y sus recursos financieros aplicables que pueden usarse para pagar la factura del paciente; y

Otros recursos que pueden usarse para pagar su factura, incluidos otros programas de seguro, pólizas de seguro de vehículos motorizados o propietarios de viviendas si el tratamiento se debió a un accidente, programas de compensación laboral y pólizas de seguro para estudiantes , entre otros.

En última instancia, es obligación del paciente realizar un seguimiento y pagar oportunamente su factura hospitalaria impaga, incluidos los copagos y deducibles existentes. Además, se requiere que el paciente informe a su aseguradora de salud actual (si está asegurada) o a la agencia gubernamental que determinó el estado de elegibilidad del paciente en un programa gubernamental (si participa) de cualquier cambio en los ingresos familiares o el estado del seguro.

B. Hospital Obligaciones:

Columbus Regional Healthcare System hará todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar el seguro del paciente y otra información para verificar la cobertura de los servicios de atención médica que se proporcionarán. Estos esfuerzos pueden ocurrir durante la programación de los servicios, durante el pre-registro, mientras el paciente está ingresado en el hospital, al ser dado de alta o durante el proceso de recolección que puede ocurrir durante un tiempo razonable después del alta. Esta información se puede obtener antes de la prestación de cualquier servicio de atención médica que no sea de emergencia y no urgente (es decir, procedimientos electivos como se define en esta política de facturación y cobro). Columbus Regional Healthcare System diferirá cualquier intento de obtener esta información durante la prestación de cualquier servicio de atención de emergencia o urgencia de nivel EMTALA, si el proceso para obtener esta información retrasará o interferirá con el examen de detección médica o los servicios realizados para estabilizar una condición médica de emergencia.

Si el paciente o garante/tutor no puede proporcionar la información necesaria y el paciente da su consentimiento, Columbus Regional Healthcare System hará todos los esfuerzos razonables para comunicarse con familiares, amigos, garante/tutor y el tercero para obtener información adicional.

Columbus Regional Healthcare System mantiene toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad aplicables.

* **Aviso al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera**

**Un. Principios generales**

Columbus Regional Healthcare System se compromete a garantizar que los pacientes o posibles pacientes de la comunidad conozcan la disponibilidad de los programas de asistencia financiera. Una copia de la política de asistencia financiera y esta política de facturación y cobro se publica en el sitio web del Sistema Regional de Atención Médica de Columbus.

Para ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a identificar los programas de asistencia financiera disponibles y apropiados , el hospital proporcionará un aviso general de la disponibilidad de programas en cada estado de cuenta, así como avisos generales publicados en todo el hospital.

**B. Señalización**

Los letreros, colocados en lugares visibles, notificarán a los pacientes sobre la disponibilidad de Programas de Asistencia Financiera tanto en inglés como en cualquier otro idioma que represente el 10% del área de servicio de la población.

Los letreros serán lo suficientemente grandes como para ser claramente visibles y legibles para los pacientes en el área de servicio del hospital.

**C. Prácticas de notificación**

1. Columbus Regional Healthcare System incluirá un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera en cada estado de cuenta

2. Columbus Regional Healthcare System incluirá un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todas las acciones de cobro por escrito.

* **Política**

Columbus Regional Healthcare System generalmente espera que los pacientes o sus terceros pagadores paguen en su totalidad por los servicios prestados. Columbus Regional Healthcare System facturará a terceros pagadores de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable, los contratos con terceros pagadores o las pautas de facturación aplicables. Los pacientes también son responsables de los cargos que no sean pagados por un tercero pagador dentro de un plazo razonable o de cualquier saldo que exista después del pago por parte del tercero pagador. Es posible que se solicite a los pacientes que buscan servicios (que no sean servicios de emergencia) que paguen por adelantado los servicios que no estarán cubiertos por terceros pagadores, incluidos los copagos y deducibles relacionados con los servicios cubiertos. La falta de pago o de los arreglos financieros satisfactorios por parte del paciente hará que la cuenta se convierta en morosa. El hospital se reserva el derecho de tomar medidas de cobro según lo permita la ley con respecto a los saldos adeudados por el paciente o por aseguradoras externas.

**Pre Servicio**

Columbus Regional Healthcare System se compromete a ayudar a los pacientes a comprender y administrar el costo de los servicios que reciben antes de que se brinden esos servicios. Para ayudar a los pacientes a prepararse y administrar el costo de la atención que reciben, un miembro del equipo de registro puede realizar pasos de revisión previos al servicio para garantizar que toda la información recopilada sea precisa. La información precisa es fundamental para evitar problemas de facturación y garantizar que se pueda acceder a los beneficios del seguro para minimizar los gastos de bolsillo.

Antes de que se presten servicios que no sean de emergencia o **después de**  que se hayan estabilizado las condiciones de emergencia, el equipo de registro puede realizar las siguientes actividades:

* Validar y proteger la identidad del paciente: para proteger la información médica y financiera, Columbus Regional Healthcare System puede utilizar fuentes de datos disponibles comercialmente para validar la precisión de los nombres y direcciones. Para recibir servicios que no sean de emergencia, Columbus Regional Healthcare System puede pedirle al paciente o al garante una identificación con foto y puede incluir una copia de su identificación con foto con su registro médico.
* Verificar los beneficios del seguro: según la información proporcionada por los pacientes y los garantes, Columbus Regional Healthcare System puede usar nuestros sistemas de datos para comunicarse con las compañías de seguros para verificar la elegibilidad y los beneficios. Si no se proporciona información del seguro, Columbus Regional Healthcare System puede consultar con las principales compañías de seguros y el programa estatal de Medicaid correspondiente para verificar la cobertura.
* Verifica la necesidad médica: no todos los servicios están cubiertos por pólizas de seguro. Para minimizar el costo asociado con los servicios no cubiertos por el seguro, Columbus Regional Healthcare System puede verificar la idoneidad de los códigos de diagnóstico y procedimiento por servicio para que los pacientes puedan tomar una decisión informada sobre la recepción de los servicios recomendados.
* Obtenga autorizaciones previas: si los servicios que se brindarán requieren autorización previa de una compañía de seguros, Columbus Regional Healthcare System intentará obtener esa autorización de su compañía de seguros. Cada paciente es responsable de asegurarse de que los beneficios de su seguro cubran el costo de los servicios que se proporcionarán. Si Columbus Regional Healthcare System no puede obtener la autorización adecuada, los pacientes pueden ser responsables del costo de los servicios prestados.
* Identificar cuentas abiertas de deudas incobrables: si el paciente o garante tiene cuentas impagas previamente que no se han inscrito en un plan de pago, es posible que se requiera que esos saldos se paguen en su totalidad o en parte y se inscriban en nuestro plan de pago.
* Producir una estimación de la responsabilidad del paciente: para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre la compra de atención médica, se puede proporcionar una estimación de los costos del servicio y las responsabilidades del paciente. Columbus Regional Healthcare System utilizará todos los datos descritos en esta sección para estimar los gastos de bolsillo en función de los beneficios específicos del seguro, los requisitos de autorización previa y cualquier cuenta previa abierta.
* En caso de que nuestro equipo de registro no pueda identificar la cobertura de los servicios que se proporcionarán, los pacientes pueden ser referidos a un asesor financiero.
* Se solicitará a los pacientes que paguen la totalidad o una parte de los copagos estimados, los montos de coseguro y / o los montos deducibles. Si el paciente no tiene seguro, se solicitará un porcentaje de los cargos brutos
* Nuestro proceso de autorización financiera previa al servicio está diseñado para ayudar a los pacientes a manejar los costos inesperados asociados con los servicios de atención médica. Columbus Regional Healthcare System también ofrece opciones de pago para ayudar a los pacientes a administrar los saldos dentro de sus presupuestos.

**Programas de asistencia financiera**

Los pacientes del Sistema Regional de Salud de Columbus pueden ser elegibles para recibir servicios de atención médica gratuitos o de costo reducido a través de varios programas estatales o el Programa de Asistencia Financiera del Hospital según las circunstancias financieras del paciente.

*Consulte la Política de asistencia financiera de PFS para obtener más detalles.*

Se informa a los pacientes que los servicios médicos (ya sea que se brinden o no en un entorno 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. Columbus Regional Healthcare System alienta a los pacientes a discutir la disponibilidad de descuentos o atención gratuita directamente con sus médicos o con un representante de facturación .

**Acuerdo por dificultades económicas**

Este programa está diseñado para ayudar a los residentes de Carolina del Norte y Carolina del Sur que han tenido un evento médico catastrófico, independientemente de su cobertura de seguro, lo que ha resultado en facturas hospitalarias muy grandes en comparación con sus recursos financieros. Los pacientes que hayan incurrido en un saldo después de todos los pagos del seguro o de terceros que sea superior al 20% de los recursos financieros totales de su hogar pueden ser elegibles para un descuento por Liquidación por dificultades. Los pacientes que buscan un acuerdo por dificultades económicas deben consultar sobre este programa llamando al departamento de servicio al cliente después de recibir su primer estado de cuenta de saldo adeudado.

* **Proceso de facturación y cobro**

**Un. General**

Columbus Regional Healthcare System utiliza los mismos esfuerzos razonables y sigue el mismo proceso razonable para cobrar los montos adeudados por los servicios prestados a todos los pacientes, incluidos los pacientes asegurados, con seguro insuficiente o sin seguro. Las actividades de cobro pueden ocurrir durante el proceso de preinscripción y continuarán hasta la resolución de la cuenta, la determinación de que la cuenta es incobrable o la determinación de 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, sin embargo, no incluirá a las agencias que informan la deuda de un paciente a una agencia de informes crediticios. El proceso de cobro está documentado en los archivos de la cuenta del paciente accesibles para el hospital y sus socios comerciales involucrados en el proceso de cobro. (Sin embargo, el cobro no se llevará a cabo contra pacientes que se encuentren dentro de poblaciones exentas de acción de cobro por ley).

Columbus Regional Healthcare System hará esfuerzos razonables y diligentes para investigar si un recurso externo puede ser responsable de los servicios prestados por el hospital, incluidos, entre otros: (1) una póliza de responsabilidad civil del propietario de un vehículo motorizado o de una vivienda, (2) pólizas generales de protección contra accidentes o lesiones personales, (3) programas de compensación laboral, (4) estudiantes Pólizas. De acuerdo con las regulaciones estatales aplicables o el contrato de seguro, para cualquier reclamo en el que los esfuerzos razonables y diligentes hayan resultado en una recuperación del reclamo de atención médica facturado a una aseguradora privada o programa público, Columbus Regional Healthcare System informará la recuperación y la compensará con el reclamo pagado por el aseguradora privada o programa público. Si Columbus Regional Healthcare System tiene conocimiento previo y es legalmente capaz, intentará asegurar la asignación del derecho de un paciente a la cobertura de terceros (o acuerdo) sobre los servicios prestados debido a un accidente. Consulte la política de sobrepago y/o saldo de reembolso / crédito del Sistema Regional de Salud de Columbus.

**B. Avisos de cobro**

Columbus Regional Healthcare System tiene el deber fiduciario de buscar el pago de los servicios que ha brindado a los pacientes que se consideran capaces de pagar. Columbus Regional Healthcare System se reserva el derecho de utilizar proveedores externos para ayudar a la instalación y a los pacientes con respecto a los saldos adeudados, procesar planes de pago, etc. Cuando el paciente debe un saldo, el pago se considera "pago por cuenta propia" y se espera el pago completo.

* Se determina que una cuenta es de pago por cuenta propia si:
	+ No hay seguro registrado.
	+ Se han pagado todos los pagos esperados de las compañías de seguros, Medicare y otros terceros pagadores.

Un paciente no ha respondido oportunamente a las solicitudes de información/documentación necesarias para determinar la elegibilidad según las Políticas de Asistencia Financiera.

* + El paciente no proporciona información solicitada a aseguradoras externas para procesar reclamos
* Todas las cuentas de pago por cuenta propia se procesan a través de ciclos de estado de cuenta específicos.
* Debido a las demoras inherentes y otros problemas con los procesos de elegibilidad de Medicaid, Columbus Regional Healthcare System puede realizar verificaciones de elegibilidad de Medicaid en todas las cuentas de pago por cuenta propia después del alta.  Si se identifica la cobertura de Medicaid, la cuenta se reclasificará a Medicaid desde Self-Pay y se facturará a Medicaid.
* A todas las cuentas de Self-Pay se les enviará un mínimo de tres estados de cuenta con el último contacto o el próximo al último notificando al paciente que si la factura sigue sin pagarse, en 30 días serán referidos para acciones de cobro adicionales.
* En cualquier estado de cuenta de pago por cuenta propia, se notifica que se puede solicitar una factura detallada comunicándose con nuestro centro de llamadas de Servicio al Cliente.
* Todas las comunicaciones previas a la colocación de deudas incobrables, incluidas las comunicaciones verbales de cobradores externos, incluyen la notificación de la disponibilidad de Asistencia Financiera.
* Este proceso puede complementarse con otros métodos de notificación que constituyan un esfuerzo genuino para comunicarse con la parte responsable de la obligación, incluidos, por ejemplo, llamadas telefónicas, cartas de cobro, avisos de contacto personal y notificaciones por computadora.
* Para los estados de cuenta que se han devuelto como no entregables, se harán esfuerzos razonables para determinar una dirección postal precisa utilizando herramientas y recursos internos y externos.  Estos esfuerzos se documentarán en la cuenta de cada paciente.  La política detallada está disponible en la Política de contabilidad del paciente, Procesamiento de correo devuelto.

**C. Documentación del esfuerzo de recopilación**

Columbus Regional Healthcare System mantendrá los registros financieros de los pacientes según lo exija la ley aplicable y de acuerdo con las políticas del hospital.

La documentación respaldará las acciones de facturación y cobro e incluirá toda la documentación del esfuerzo de cobro del hospital, incluidas las facturas, códigos y plantillas de cartas, informes de contacto telefónico y personal, y cualquier otro esfuerzo realizado. Dicha documentación se mantiene hasta que una agencia federal y/o estatal revise la auditoría del informe de costos del año fiscal en el que se informa la factura o cuenta o más tiempo si así lo exige la ley o la política interna. Consulte Política de retención de documentos.

Columbus Regional Healthcare System no usará, ni permitirá que una agencia de cobranza contratada use ningún método de cobro de deudas que se considere un ECA o que esté prohibido por la ley estatal o federal.

**D. Poblaciones exentas de actividades de recolección**

Los pacientes que están inscritos en un programa de seguro de salud público, incluidos, entre otros, los planes estatales de Medicaid, están exentos de la acción de facturación o cobro después de la factura inicial de conformidad con las regulaciones estatales, sujeto a las siguientes excepciones:

(a) Columbus Regional Healthcare System puede solicitar una acción de cobro contra cualquier paciente inscrito en los programas mencionados anteriormente por sus copagos y deducibles requeridos que se establecen en cada programa específico.

(b) Columbus Regional Healthcare System puede iniciar actividades de facturación o cobro para un paciente que alega que participa en un programa estatal que cubre los costos de los servicios, pero no proporciona prueba de dicha participación. Al recibir una prueba satisfactoria de que un paciente participa en un Programa Estatal (incluida la recepción o verificación de la solicitud firmada), Columbus Regional Healthcare System cesará sus actividades de facturación o cobro.

(c) Los proveedores pueden solicitar una acción de cobro por servicios no cubiertos.

2. Bajo el Programa de Asistencia Financiera del Hospital, Columbus Regional Healthcare System puede cesar cualquier acción de cobro o facturación contra un paciente que no pueda pagar una factura en cualquier momento durante el proceso de facturación. Si el paciente/garante es elegible para recibir asistencia financiera, Columbus Regional Healthcare System conservará toda la documentación que valide que el paciente cumplió con el Programa de Asistencia Financiera del Hospital y notificará al paciente que la deuda médica se ha aliviado dentro de los 30 días.

3. Columbus Regional Healthcare System y sus agentes no continuarán cobrando o facturando los saldos de un paciente que formen parte de un procedimiento de bancarrota, excepto para garantizar sus derechos como acreedor en el orden apropiado.

**E. Depósitos y planes de pago**

* Se espera que los pacientes o sus partes responsables paguen su responsabilidad total por los servicios prestados dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su primera factura o de acuerdo con un plan de pago a plazos acordado mutuamente
* Columbus Regional Healthcare System, en la medida permitida por la ley, solicitará depósitos de "preadmisión" o "pretratamiento" equivalentes a $350 por los servicios que se brindarán si los servicios están: (1) no cubiertos por el seguro; (2) servicios electivos (i.e., no los servicios de nivel de emergencia ni los servicios de atención de urgencia. Columbus Regional Healthcare System puede requerir depósitos de "preadmisión" o "pretratamiento" para otros servicios en la medida permitida por la ley.
* Columbus Regional Healthcare System puede solicitar un depósito a los pacientes elegibles para dificultades financieras según el nivel de elegibilidad.
* Columbus Regional Healthcare System entiende que no todos los pacientes pueden pagar su factura médica en su totalidad. Por lo tanto, CRHS ofrece opciones de planes de pago. Los pagos realizados en una cuenta sin un plan de pago establecido se aplicarán al saldo, pero no se considerarán un plan de pago establecido.
* Columbus Regional Healthcare no vende deudas incobrables ni cobra intereses sobre deudas médicas.

5. Columbus Regional Healthcare System puede ofrecer descuentos limitados por pronto pago (que están destinados a reducir los gastos de cobranza para Columbus Regional Healthcare System) a los pacientes que paguen saldos pendientes dentro de un período de tiempo predefinido. Todos los pacientes con saldos de cuenta superiores a $0.00 son elegibles para recibir un descuento por pronto pago del 12% del saldo por reclamos pagados en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura inicial. Los pacientes deben solicitar el descuento. El descuento no se puede combinar con el Programa de Asistencia Financiera del Hospital .

**F. Acuerdos discrecionales**

Columbus Regional Healthcare System puede optar por liquidar cuentas pendientes en función de circunstancias atenuantes .

**G. Agencias de cobranza externas**

Columbus Regional Healthcare System contrata a agencias de cobranza externas para ayudar en el cobro de ciertas cuentas, incluidos los montos de responsabilidad del paciente que no se resuelven después de la emisión de facturas hospitalarias o avisos finales. Sin embargo, Columbus Regional Healthcare System puede asignar dicha deuda como deuda incobrable o atención caritativa (que de otro modo se consideraría incobrable) antes de los 120 días si Columbus Regional Healthcare System puede determinar que el paciente no pudo pagar bajo el Programa de Asistencia Financiera del Hospital.

Columbus Regional Healthcare System tiene una autorización o contrato específico con las agencias de cobranza externas y requiere que dichas agencias cumplan con las políticas de crédito y cobranza de Columbus Regional Healthcare System para aquellas deudas que la agencia está persiguiendo. Todas las agencias de cobranza externas contratadas por Columbus Regional Healthcare System brindarán al paciente la oportunidad de presentar una queja y enviarán al hospital los resultados de dichas quejas de los pacientes. Columbus Regional Healthcare System requiere que cualquier agencia de cobranza externa con la que contrate siga las regulaciones y los requisitos de licencia dentro de los estados en los que la agencia realiza negocios. . Además, las agencias de cobranza contratadas deben cumplir con los requisitos de la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas.

**Revisión previa a la colocación de deudas incobrables**

Después de los tres contactos iniciales y después de un período de no menos de 120 días desde el alta, las cuentas de pago por cuenta propia se enumeran previamente para el movimiento a deudas incobrables. A continuación, se adoptan las siguientes medidas, si procede:

* Las cuentas se eliminan si se ha obtenido información posterior a la inclusión previa que indique que la cuenta es coleccionable.

Ninguna persona será responsable de la deuda médica de otra persona de 18 años o más.

Los cónyuges recibirán las mismas políticas de mitigación que el paciente.

Las cuentas aún pendientes con pagadores de terceros no serán referidas para el cobro de deudas incobrables.

**Colocación primaria de deudas incobrables**

La colocación de deudas incobrables primarias es un proceso que generalmente ocurre aproximadamente una semana después de que las cuentas alcanzan el estado de pre-lista.

* Las cuentas se envían a una agencia de cobranza primaria aprobada por el hospital. Las cuentas permanecen con la agencia de cobranza principal por un período de al menos 270 días
* Las agencias de cobranza primarias notificarán a todos los pacientes con los que se comuniquen con el propósito de cobrar deudas de la política de Asistencia Financiera del Sistema Regional de Salud de Columbus.

**Colocación de deudas incobrables secundarias**

La colocación secundaria de deudas incobrables ocurre después de la colocación principal para todas las cuentas de más de 270 días que no han tenido actividad de pago.

* Las agencias secundarias notificarán a todos los pacientes con los que se comuniquen con el fin de cobrar deudas de la política de asistencia financiera del Sistema Regional de Salud de Columbus.
* Las cuentas impagas permanecen en agencias secundarias durante al menos 24 meses

**Retiro de cuentas de deudas incobrables**

Columbus Regional Healthcare System retirará las cuentas de las agencias primarias y secundarias y "limpiará o limpiará" el archivo de los pacientes tanto con las agencias como con las agencias de crédito, si corresponde, por las siguientes razones:

* Paciente se declara en bancarrota
* Presentación de un patrimonio para el paciente
* Error de Columbus Regional Healthcare System que causó que la cuenta se incluyera incorrectamente en la lista previa (es decir, error de publicación de pago)
* Recuperación de costos de Medicare
	+ Anualmente, Columbus Regional Healthcare System realiza un retiro de cuentas de pacientes según las calificaciones descritas en la Política de Retiro / Recuperación de Deudas Incobrables.
* El paciente califica para Medicaid y tiene una deuda médica pendiente

**Acciones de cobro legales**

Columbus Regional Healthcare no emprenderá ninguna acción legal.

Aprobado por: Marvin J Armstrong

Título: CFO