

|                 |   |
|-----------------|---|
| Número:         | 11488                                       |
| Fecha Efectiva: | 06/05                                       |
| Revisado:       |   |
| Revisado:       | 12/10, 06/12, 09/16, 06/20, 07/23, 1/1/2025 |
| Propietario:    | Donna Finley                                |
| Aprobado:       | David O'Connor                              |
| Autorizado:     | David O'Connor                              |

## Pólizas de Créditos & Cobros

### *PÓLIZA*

El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente es responsable de la facturación precisa y el cobro inmediato de los cargos por los servicios prestados por el Centro Médico Regional CaroMont y todos los demás departamentos del hospital.

### *PROPÓSITO*

Se espera que los pacientes paguen los deducibles, copagos y/o coseguros correspondientes antes o en el momento en que se prestan los servicios. Si no se puede realizar el pago, es posible que se requiera que los pacientes proporcionen información financiera que permita determinar las fuentes y responsabilidades de pago, la provisión de crédito o la referencia para programas de asistencia financiera.

Nuestro objetivo es mantener la solvencia financiera de las organizaciones para seguir prestando servicios sanitarios excepcionales cumpliendo con todos los requisitos reglamentarios.

### *RESPONSABILIDAD/ALCANCE*

Los Servicios Financieros para Pacientes, que consisten en Administración de Acceso, Servicios Comerciales y Revisión de Utilización, son responsables del cumplimiento de esta política.

### *PROCEDIMIENTOS/DIRECTRICES*

#### **SERVICIOS PREVIOS/SERVICIOS INTERNOS**

#### **PRE-REGISTRACIÓN/REGISTRACIÓN**

Se hace todo lo posible para preinscribir a los pacientes programados para procedimientos definidos antes de la fecha del servicio. Los pacientes que no se hayan registrado antes del servicio se registrarán en el momento del servicio. Los pacientes también tienen la opción de actualizar/verificar la información de registro antes del servicio en el portal del paciente MyChart.

#### **VERIFICACIÓN DEL SEGURO**

Intenta verificar los beneficios del seguro, obtener niveles de cobertura e iniciar y/u obtener una autorización para las cuentas de pacientes hospitalizados y de observación, así como para las cuentas de pacientes ambulatorios registradas antes del servicio. Cuando se obtiene información sobre la cobertura del seguro antes del servicio, la organización intentará ponerse en contacto con el paciente para organizar la resolución financiera de su cuenta mediante la recepción del pago por teléfono, la promesa de pago en el momento del servicio, la presentación de una solicitud para la opción de financiación de la compañía financiera externa/interna, o la remisión del paciente a un programa de asistencia disponible.

## **AUTORIZACIÓN FINANCIERA PARA PERSONAS NO ASEGURADAS**

Los pacientes sin seguro deberán hacer arreglos financieros aceptables antes de ser programados para servicios que no sean de emergencia. Si los pacientes no pueden hacer arreglos financieros aceptables, el asesor financiero notificará a la clínica del médico por teléfono y remitirá al paciente a la clínica del médico. La clínica del médico tiene entonces la opción de determinar otras opciones de tratamiento o hacer una Solicitud formal de Reconsideración de la decisión.

## **PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS**

Los procedimientos cosméticos deben pagarse en su totalidad antes de que se brinde el servicio. Dado que los descuentos ya se consideran en el cargo, no se aplican los descuentos de Pronto Pago y Asistencia Financiera para No Asegurados.

## **FACTURACIÓN DEL SEGURO DE SALUD**

### **SEGURO DE ATENCIÓN COMERCIAL/ADMINISTRADA**

Participamos en la mayoría de los principales planes de atención administrada y presentaremos un reclamo de salud para los pacientes que proporcionen toda la información requerida sobre el seguro de atención comercial/administrada y asignen beneficios a CaroMont Health.

Si el paciente, la parte responsable o el pagador no proporcionan la información del seguro de atención comercial/administrada hasta después de la fecha de admisión o servicio, se le facturará al paciente si se niegan los servicios debido a una notificación tardía o falta de cobertura.

Los copagos, deducibles, coseguros y cargos por servicios no cubiertos se deben pagar en el momento del servicio.

### **MEDICARE/MEDICAID**

Nuestras entidades y proveedores inscritos en Medicare y Medicaid presentarán un reclamo de salud para los pacientes cubiertos por estos programas.

Los deducibles para pacientes hospitalizados y los copagos de Medicare se deben pagar en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros aceptables.

### **Necesidad Médica**

No rechazaremos servicios para pacientes con órdenes médicamente necesarias que no cumplan con las políticas de revisión locales de Medicare. En el caso de esos servicios

potencialmente no cubiertos, los pacientes pueden ser financieramente responsables del costo del servicio.

### **Medicamentos Autoadministrados**

El programa Medicare no paga por los medicamentos autoadministrados recetados a los pacientes ambulatorios. Facturaremos a los pacientes AMBULATORIOS de Medicare por los medicamentos orales o autoadministrados, lo cual será responsabilidad financiera del paciente.

### **Cobertura de Responsabilidad Civil Cuando Medicare O Medicaid Son Secundarios**

Buscaremos y presentaremos la cobertura de responsabilidad civil de acuerdo con las pautas del pagador secundario (MSP) de Medicare. Se presentarán gravámenes médicos sobre estas reclamaciones para proteger los intereses de la organización. Elegimos no esperar un acuerdo de responsabilidad, Medicare y/o Medicaid se facturarán 120 días (o después) a partir de la fecha del servicio. Estos procedimientos cumplen con todas las reglas y regulaciones gubernamentales relacionadas con la cobertura de responsabilidad civil. Podemos optar por retener la facturación de Medicare cuando parezca que un acuerdo puede ser inminente.

## **RESPONSABILIDAD**

Las reclamaciones se presentan ante las compañías de seguros de responsabilidad civil y/o los abogados que representan al paciente. Se presentarán gravámenes médicos sobre estas reclamaciones para proteger los intereses de la organización. Se recomienda a los pacientes que también presenten su seguro médico privado para asegurarse de que se cumplan todas las autorizaciones y los plazos de facturación, ya que la responsabilidad no tiene garantía de pago. El paciente y/o el garante seguirán siendo responsables de todos los cargos.

## **COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES**

Las reclamaciones de compensación para trabajadores se presentarán después de que se proporcione la información del pagador de compensación para trabajadores y se verifique la cobertura a través del empleador del paciente. Si se deniega, trataremos de presentar una reclamación ante la compañía de seguros principal del paciente o ante el paciente.

## **SEGUIMIENTO DEL SEGURO DE SALUD**

Ayudaremos a los pacientes con el seguimiento de reclamos de terceros según sea necesario para obtener un pago o resolución pronta. Podemos emplear el uso de proveedores subcontratados para ayudar con el seguimiento de reclamaciones denegadas, no pagadas o mal pagadas.

## **APELACIÓN DE SEGUROS**

El personal de Revisión de Utilización, Mejora de la Documentación Clínica y/o Servicios Comerciales hace apelaciones de seguros a los pagadores.

Las apelaciones relacionadas con el saldo del paciente después de los procesos de seguro serán responsabilidad de los pacientes/asegurados.

## **RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LOS PACIENTES**

Los pacientes que no tienen cobertura de seguro, que no pueden proporcionar información adecuada para presentar un seguro de salud o que desean presentar sus propias reclamaciones de seguro deben realizar el pago en su totalidad o hacer otra resolución financiera satisfactoria en el momento del servicio.

Los pacientes son responsables de pagar los deducibles, copagos, coseguros u otros montos no cubiertos por el seguro cuando se prestan los servicios. Estas solicitudes de pago son montos ESTIMADOS adeudados y no se consideran el saldo final adeudado.

Las reclamaciones de seguros se presentan como cortesía a nuestros pacientes. Los pagos pendientes o retrasados del seguro no eximen a los pacientes de su obligación financiera. Cualquier saldo adeudado después de que el seguro pague su parte se enviará al paciente en un estado de cuenta.

## **SIN FACTURAS MÉDICAS SORPRESA**

La atención de emergencia está cubierta por los planes de seguro y los beneficios para pacientes dentro de la red se aplican cuando los servicios se reciben en cualquier hospital fuera de la red.

## **ESTIMACIONES DE BUENA FE**

Los pacientes programados sin seguro que reciben servicios que no son de emergencia recibirán una estimación de buena fe antes del servicio. Esto incluye los costos relacionados de otros proveedores.

## **DESCUENTOS POR ASISTENCIA FINANCIERA PARA PERSONAS NO ASEGURADAS**

Se aplica un descuento para personas sin seguro a todas las cuentas de pacientes sin seguro en el momento en que se baja la factura y antes de que se produzca un estado de cuenta. El descuento para personas sin seguro garantiza que a los pacientes sin seguro se les facturen las mismas cantidades que generalmente se facturan a los pacientes asegurados por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.

## **DESCUENTO POR PAGO RÁPIDO**

Se pueden ofrecer descuentos por pronto pago a pacientes sin seguro que paguen su factura según los términos y plazos del Procedimiento de Descuento por pronto pago. Los procedimientos cosméticos no están sujetos al descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago se suma al descuento para personas sin seguro.

## **OPCIONES DE PAGO PARA PACIENTES**

Nos damos cuenta de que muchos de los servicios prestados resultan en gastos inesperados para nuestros pacientes. Por lo tanto, ofrecemos muchas opciones de pago que se pueden hacer por teléfono, electrónicamente, correo, en línea en CaroMontHealth.org o en el portal del paciente MyChart:

- Efectivo
- Cheque/Giro Postal
- Tarjetas de Débito
- Tarjetas de Crédito: Visa, MasterCard, Discover, American Express
- Tarjeta Médica Flex
- Plan de Pago a Corto Plazo
- Plan de Pago a Largo Plazo
- Deducción de Nómina para Empleados
- Pagos de PTO para Empleados

## **DEDUCCIÓN DE NÓMINA PARA EMPLEADOS**

CaroMont Health reconoce el valioso recurso de sus empleados. Todos los empleados activos que mantienen un horario regular son elegibles para la deducción de nómina.

El personal de Servicios Financieros para Pacientes utilizará las pautas de la "Política de deducción de nómina" para determinar el monto de los pagos necesarios para satisfacer el saldo total adeudado dentro de los períodos de pago máximos permitidos.

El empleado es responsable de iniciar y firmar la autorización para la deducción de nómina, y debe comunicarse con Servicios Financieros para Pacientes para agregar nuevas cuentas a los saldos existentes. La deducción de la nómina del empleado puede aplicarse a cualquier cuenta de la que el empleado sea financieramente responsable.

Al finalizar el empleo, todos los saldos vencidos se cobrarán como parte del cheque de pago final si hay fondos disponibles.

En ausencia de acuerdos satisfactorios, la cuenta se procesará de la misma manera que las de los no empleados.

## **SOLICITUD DE CRÉDITO FINANCIERO**

Los pacientes que no puedan cumplir con sus obligaciones financieras de las opciones antes mencionadas llenarán una Solicitud Financiera/de Crédito (Apéndice A). Esta información y/o la información obtenida de una Agencia de Informes de Crédito se utilizará para determinar los términos de financiamiento del banco y la posible elegibilidad para cualquier programa de asistencia financiera.

## **FINANCIACIÓN/PLANES DE PAGOS**

### Plan de Pago a corto Plazo

- Planes de seis a doce meses, lo mismo en efectivo, sin interés
- Pago Mínimo mensual de \$25.00

### Planes de Pagos a Largo Plazo

- Planes de pagos de tres años sin o con interés bajo
- Planes de pagos de cinco años con interés bajo

## **ASISTENCIA GUBERNAMENTAL**

Contamos con personal capacitado que ofrece asistencia para determinar la elegibilidad y solicitar programas de asistencia gubernamental en función de la necesidad financiera y otras circunstancias. Los pacientes deben proporcionar la documentación requerida para calificar para la asistencia.

## **ASISTENCIA FINANCIERA**

Los servicios médicamente necesarios se ofrecen de forma gratuita o con una responsabilidad reducida del paciente a través de nuestro Programa de Asistencia Financiera. Los residentes de Carolina del Norte pueden calificar cuando los servicios se consideran médicamente necesarios. La determinación de la calificación para la asistencia financiera se basará en los ingresos del paciente y el tamaño de la familia.

Las visitas al Departamento de Emergencias, tanto para pacientes asegurados como no asegurados, estarán sujetas a un costo compartido del paciente de \$35.00, pero no excederán el costo compartido según el plan de salud del paciente, incluso cuando se apruebe el 100% de asistencia financiera.

La elegibilidad potencial existe solo después de que se hayan agotado los esfuerzos de reembolso de todos los demás recursos de terceros, programas de asistencia federales, estatales y locales.

## **HEALTHNET GASTON**

HealthNet Gaston es una empresa conjunta entre CaroMont Health y otras organizaciones comunitarias. Este programa ayuda a los pacientes sin seguro que cumplen con los criterios financieros y clínicos establecidos al referir al paciente a médicos de atención primaria y/o especialistas participantes para la continuación de la atención sin costo alguno. Los pacientes de HealthNet Gaston deberán completar una evaluación de Servicios Financieros para Pacientes antes de que se programen los servicios. La determinación final de los servicios programados aprobados se determinará después de la evaluación de Servicios Financieros para Pacientes.

Se aplicará un costo compartido de \$35.00 para los pacientes de HealthNet Gaston atendidos en el Departamento de Emergencias igual que todos los demás pacientes que califican para recibir asistencia financiera.

## **COBROS A PACIENTES**

Las cartas de comunicación se envían por correo a los pacientes cuando la cobertura de terceros está pendiente o denegada. Después de recibir el pago de terceros y en la medida en que lo permita la ley, cualquier saldo restante adicional se facturará al paciente y se pagará al recibir el estado de cuenta. Si el saldo total no se paga antes de la fecha de vencimiento, es responsabilidad del paciente hacer arreglos financieros aceptables.

Los retrasos en los pagos del seguro no eximen a los pacientes de su obligación de pagar los saldos a su vencimiento; La responsabilidad sigue siendo suya.

## **DEUDAS INCOBRABLES**

Si bien nos esforzamos por cobrar el dinero adeudado en las cuentas pendientes de los pacientes, aquellos que se consideren incobrables por los Servicios Financieros para Pacientes se cancelarán hasta el estado de deuda incobrable. En ese momento, las cuentas se colocarán para su cobro en una agencia de cobranza.

### **Colocación en Agencias de Cobranza**

Las cuentas de pacientes consideradas incobrables pueden ser colocadas con una agencia de cobro externa para intentar más esfuerzos de recuperación. Después de que se realiza la colocación con una agencia externa, se siguen las medidas apropiadas para notificar nuevamente al paciente de la deuda y dar tiempo para la disputa.

### **Pacientes Fallecidos**

Se facturará al patrimonio o a cualquier parte responsable del saldo de la cuenta de un paciente fallecido (por ejemplo, cónyuge, padre de un menor, etc.). Cuando no existe un patrimonio o una parte responsable, la cuenta puede calificar para la aprobación de Asistencia Financiera.

### **Bancarrota**

Las actividades de cobro de pacientes, incluidos los estados de cuenta, cartas y llamadas telefónicas, se suspenderán al recibir la notificación de bancarrota. Si la cuenta se asignó a una agencia de cobro antes de recibir la notificación, se cerrará y se devolverá.

Las reclamaciones para los programas de pago del Capítulo 11 (negocios) y del Capítulo 13 (individuales) se presentarán según corresponda.

## **SALDOS ACREEDORES**

Nos comprometemos a reembolsar de inmediato a la parte correspondiente cuando exista un crédito en la cuenta de un paciente de la siguiente manera:

- Los informes de saldo de crédito de Medicare y Medicaid se presentan trimestralmente según las pautas gubernamentales establecidas.
- Los pagos en exceso realizados por el paciente o el pagador privado que aparecen en una cuenta determinada se pueden utilizar para satisfacer otras cuentas pendientes antes de que se emita un reembolso.
- Los sobrepagos realizados por los pagadores de atención comercial/administrada se reembolsan cuando se descubren durante la revisión o cuando el pagador de atención comercial/administrada lo solicita adecuadamente.

## **CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES**

En circunstancias atenuantes, se puede renunciar a algunos contenidos de esta política si se considera que es lo mejor para la organización y/o el paciente.

## ***DEFINICIONES***

Asistencia financiera- servicios que se brindan a pacientes indigentes sin costo o a una tarifa reducida según los ingresos y el tamaño de la familia.

Deudas incobrables- saldos de las cuentas del paciente considerados incobrables por los Servicios Financieros para Pacientes.

Monto generalmente facturado (AGB)- montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a pacientes que tienen seguro para dicha atención.

Servicios programados- atención médica programada antes de la prestación anticipada de la atención. Se espera que los pacientes en esta categoría reciban una evaluación financiera y asesoramiento antes de que se brinde el servicio.

Servicios no programados- atención médica que es de emergencia y/o urgente por naturaleza. En estos casos, no es posible realizar una evaluación financiera antes de la admisión o el servicio; Sin embargo, dependiendo de las circunstancias y en la medida en que lo permita la ley, se espera asesoramiento financiero de seguimiento en el momento del registro, durante la estadía del paciente o en el momento del alta