



## ADM1.1.91- Servicios financieros del paciente – Asistencia financiera del hospital, Facturación y cobro

**Fechas previamente revisadas:** N/D  
**Revisado nuevamente por:** F&A 9/2012, BOT  
9/2012, HPRC 1/2015  
**Fecha de aprobación:** 6/2017 **Fecha vigente:** 7/2017

**Propietario:** Director, Servicios financieros del paciente

**Cargo del Aprobador:** Director Financiero

Archivado

Firma de aprobación

**Alcance:** Anne Arundel Medical Center, Inc. (AAMC). Otros proveedores que ofrecen atención médicamente necesaria y de emergencia en AAMC no están cubiertos por esta póliza.

**Declaración de Política:** Promover el acceso para todos los servicios médicamente necesarios de la capacidad de la persona para pagar, proveer un método de documentar la atención no compensada y garantizar un tratamiento justo de todos los solicitantes y las solicitudes.

Objetivo:

- Garantizar que el hospital comunica las partes de responsabilidad del paciente de manera justa y coherente.
- Proveer oportunidad para resolver preguntas relativas a gastos o beneficios de seguro pagos.
- Garantizar que el hospital cumple con los requisitos de las normas de Maryland para las prácticas de cobro y facturación del hospital.
- Proveer oportunidad para resolver preguntas relativas a gastos o beneficios de seguro pagos.
- Definir el proceso de toma de decisiones del hospital para derivación para cobro o acción legal.
- Garantizar que el hospital cumple con los requisitos de las normas de Maryland para las prácticas de cobro y facturación del hospital.

**Definiciones:** Ninguna

**Política / Procedimiento:**

Comunicaciones de Asistencia Financiera del Hospital:

- La señalización de asistencia financiera se muestra visiblemente en inglés y en español en el Departamento de Emergencia, Asesoramiento Financiero y Caja.
- La póliza de asistencia financiera al igual que la solicitud de asistencia financiera uniforme impresa se publica en el sitio web AAMC.
- Las tiendas superiores inglés/español muestran esta información en todos los puntos de entrada del paciente en cada guía del paciente ubicada en las salas del paciente hospitalizado.

- El personal de registro y los Coordinadores Financieros están capacitados sobre cómo derivar a los pacientes para asistencia financiera.
- La solicitud de asistencia financiera está disponible en todos los puntos de inscripción, pero en especial en el Departamento de Emergencia.
- Un folleto “Lo que necesita saber sobre el pago de sus servicios de salud” está disponible en todos los puntos de acceso del paciente. El folleto se desarrolló por los Servicios Financieros del Paciente con guía de las Relaciones Públicas. Este folleto incluye información referente a los puntos de contacto y de asistencia financiera y está disponible en inglés y español. Además, se publica en el sitio web de AAMC.
- Es obligatorio que todos los pacientes hospitalizados reciban el folleto “Lo que debe saber sobre el pago de sus servicios de salud” como parte del paquete de admisión.
- Las “tarjetas comerciales” informativas están disponibles a través del personal de registro/acceso al paciente para suministrar al no asegurado o a cualquier persona preocupada por el pago de sus facturas de hospital dirigiéndolo a la oficina de asesoramiento financiero del hospital para obtener asistencia.
- El personal de Servicio Financiero del Paciente del Hospital recibe una capacitación integral sobre el ciclo de ingreso y están incentivados para obtener la certificación Técnica AAHAM (CRCS) para demostrar su experiencia en facturación y los requisitos del ciclo de ingresos.

#### Asistencia Financiera:

- El pago de un paciente por atención de costo reducido no puede superar el importe facturado generalmente (AGB), conforme lo indica la Comisión de Revisión de Costo de Servicios de Salud (Health Services Cost Review Commission, HSCRC).
- Determinación de Elegibilidad Probable: En el plazo de dos días hábiles posteriores a la solicitud del paciente para recibir asistencia financiera, solicitud de asistencia financiera o ambas, el hospital debe realizar una determinación de elegibilidad probable.
- Una vez aprobada la solicitud para asistencia financiera, las fechas de servicio doce meses previos a la aprobación y doce meses posteriores a la aprobación se incluirán en el ajuste. Las fechas de servicio fuera de esta ventana de veinticuatro meses pueden ser incluidas si se aprueban por un Supervisor, Gerente o Director del Departamento de Servicios Financieros del Paciente.
- AAMC provee 100% de asistencia financiera a las personas con ingresos por vivienda en o inferiores a 200% del lineamiento de Pobreza de los Estados Unidos, pero se consideran no elegibles para cualquier Condado, Estado o Medicaid Federal u otro programa de financiamiento.
- AAMC provee 100% de asistencia financiera a personas inscritas en un programa local o estatal probado por medios. Los pacientes que presentan prueba de inscripción en uno de estos programas no tienen que completar una solicitud ni presentar documentación de soporte de ingresos a ser aprobada para asistencia financiera.
- Un paciente que ha calificado para Asistencia Médica (Medicaid) se considera calificado en forma automática para asistencia financiera conforme esta política. El importe adeudado de un paciente en estas cuentas puede ser desgravado para asistencia financiera con verificación de elegibilidad de Medicaid. Los requisitos de documentación estándar se condonan o no se aplican.
- AAMC provee una escala de tarifa proporcional a las personas con ingresos por vivienda en o inferiores a 330% del lineamiento de Pobreza de los Estados Unidos, pero se consideran no elegibles para

cualquier Condado, Estado o Medicaid Federal u otro programa de financiamiento. La escala proporcional o móvil provee 80% de asistencia financiera a personas hasta un 230% del lineamiento de pobreza; 60% de asistencia financiera para personas hasta 260%; 40% de asistencia financiera para personas hasta 300%; y 20% de asistencia financiera para personas hasta 330%.

- AAMC provee asistencia financiera no solo al no asegurado, sino también a los pacientes con una incapacidad demostrada de pagar sus deducibles, copagos y saldos después del seguro.
- El hospital excluye activos, como la vivienda principal del paciente, el método de transporte y los activos efectivos inferiores a \$15,000.
- Para todos los niveles de ingresos, AAMC tomará en cuenta circunstancias especiales, como el importe de la factura en comparación con los ingresos y el impacto acumulativo de todas las facturas médicas.
- AAMC desarrolló una iniciativa con el Departamento de Salud del Condado de Anne Arundel (AA) para ayudar a proveer una prueba de diagnóstico prenatal gratuita para inmigrantes no registrados y no asegurados. Estas personas no son elegibles para ningún programa de Medicaid.
- AAMC participa con un programa específico para el Condado AA (REACH) administrado a través del Departamento de Salud del Condado AA para brindar atención gratuita a personas de bajos ingresos no aseguradas o personas infra-aseguradas (por debajo de 200% del Lineamiento de Pobreza de los Estados Unidos). Estas personas se presentan a AAMC en una base electiva y son pre-examinadas por el Departamento local de Servicios Sociales.
- Los servicios de tratamiento y diagnóstico se ofrecen sin cargo para derivaciones de la iniciativa de AAMC Alcance de Clínica Gratuita ubicada en el centro de Annapolis.
- Los planes de pago son sin interés.

#### Facturación:

#### Resumen de Gastos del Paciente:

- Un resumen de los gastos, referidos formalmente como la Factura de Resumen Uniforme se envía por correo a todos los pacientes en el plazo de 15 días de alta del hospital. Esto contiene información sobre la compañía de seguros facturada al igual que la forma de comunicarse con la oficina de Servicios Financieros del Paciente para preguntas o asistencia.
- Los pacientes no asegurados reciben también este Resumen.
- Cada factura de servicios ambulatorios incluye una información de gastos detallada sobre la primera solicitud para el pago.
- En cualquier momento, el paciente puede solicitar una copia de su factura desglosada detallada.
- Los datos de Información de Facturación del Paciente solicitada HSCRC se imprime en la Factura de Resumen Uniforme y en el dorso de todos los resúmenes de facturación del paciente.
- Una lista representativa de servicios y gastos está disponible al público en el sitio web del hospital y en un formulario escrito. El sitio web será actualizado en forma trimestral con el costo promedio más reciente por caso para cada uno de los servicios.
- Las solicitudes y consultas para gastos actuales para servicios y procesos específicos se dirigirá al Coordinador Financiero ACP o si corresponde, al Coordinador Financiero del departamento específico. El Coordinador se comunicará con el paciente y el proveedor de atención del paciente para ofrecer la

mejor estimación posible de los gastos. Con el uso del código CPT, la descripción del servicio y/u otras estimaciones de gastos de tiempo de insumo y hospitalización se basan en, a) revisión del máster de gastos para la descripción de servicio/código CPT, y/o b) revisión de costo de estadías de hospital, tratamientos, procedimientos quirúrgicos similares. El paciente será informado de las cotizaciones de costo que son estimaciones y pueden variar según el procedimiento propiamente dicho realizado, los insumos usados, estadía de hospital / O horarios y cambios en tasas HSCRC. Si el Coordinador requiere lineamientos o información adicional para brindar una estimación, se comunicará con el Departamento de Reintegro. Se harán todos los esfuerzos para responder al pedido por gastos en el plazo de dos (2) días hábiles según la información necesaria para completar el pedido del paciente.

#### Facturación de Saldo del Paciente:

- Desde el momento en que se conoce que el paciente tiene un saldo por el cual es responsable, el hospital comienza a facturar al paciente para solicitar el pago.
- Cada paciente recibe un mínimo de 3 pedidos para un pago en un período de 90 días.
- Cada factura del paciente incluye información de contacto para asistencia financiera e indica donde debe llamar para solicitar un plan de pago.
- Cada factura informa al paciente que puede recibir facturas de médicos u otros profesionales.
- Están disponibles planes de pago sin interés a corto y largo plazo. El hospital toma en cuenta el saldo de la factura y las circunstancias financieras del paciente para determinar el acuerdo correspondiente.
- Si el paciente se comunica con la unidad de Servicio al Cliente Servicios Financieros del Paciente en relación con la incapacidad de pago, se ofrece asistencia financiera y comienza el proceso de examen de asistencia financiera.

#### Proceso de Agencia de Cobranza:

- Si no hay indicación del paciente o un representante de que no pueden pagar y no se efectúan intentos de pago o acuerdos razonables de pago, la cuenta se deriva a una agencia de cobranza.
- La derivación a una agencia de cobranza se llevará a cabo típicamente entre 90 y 110 días desde el primer pedido al paciente para pagar, considerando que el paciente no demostró ninguna intención de elaborar acuerdos de pago ni indicar necesidad financiera.
- El resumen final al paciente comunica que la cuenta será derivada a una agencia externa si no se cancela el saldo.

#### Cobros:

- El Director de Servicios Financieros del Paciente supervisa la relación comercial del hospital con la Agencia de Cobranza. El Departamento de Servicios Financieros del Paciente es responsable de determinar que se han realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera antes de comenzar con las acciones de cobranza extraordinarias (ECA).
- Si se recibe una solicitud de asistencia financiera en el plazo de 240 días del primer resumen de facturación posterior al alta y la cuenta se encuentra en una agencia de cobranza, la agencia será notificada para suspender todas las ECA hasta procesar la solicitud y todos los derechos de apelación.
- AAMC no utiliza una oficina de informe de crédito.
- AAMC no cobra interés a los pacientes.

- La agencia de cobranza realiza un control financiero antes de tomar el próximo paso hacia una acción legal, incluso la elegibilidad potencial de asistencia financiera conforme esta política.
- El personal de AAMC revisa cada caso antes de derivarlo a una acción legal.
- La agencia de cobranza está entrenada sobre cómo hacer las derivaciones al departamento de asesoría financiera de AAMC para personas que indiquen tener una discapacidad de pago.
- La agencia de cobranza establecerá unos acuerdos de pago en cumplimiento con el compromiso libre de interés de AAMC.
- Como último recurso, AAMC presentará una demanda para el cobro de deudas.
- Si el tribunal presenta una sentencia a favor del hospital, una marca de crédito legal formal referida como una «sentencia» se coloca en un crédito individual y permanece intacta durante 10 años. Una vez realizado el pago completo, el paciente puede solicitar que la sentencia se refleje como cumplida en la clasificación de crédito.
- AAMC entablará una demanda contra los patrimonios y, en algunos casos, cuando corresponda, fondos fiduciarios.
- AAMC aplica en forma activa un gravamen contra la vivienda principal de la persona.

**Referencias:** Ley de Atención Razonable y Protección al Paciente artículo reglamentario 501 (r) Departamento del Tesoro, Servicio de Ingresos Internos, Requisitos Adicionales para Hospitales Benéficos; Volumen 77, No. 123, Parte II, 26 CFR, Parte 1

**Referencias cruzada:** Ninguna