



Departamento: Oficina comercial	Vigencia: 1/1/2018	Número de póliza: BO-01
Póliza: Póliza de facturación y cobranza		
Director de integridad de ingresos:		
Vicepresidente de servicios financieros de:		
Director de cumplimiento:		
Presidente, Junta de directores:		

## I. Propósito:

A. Esta póliza de facturación y cobranza (la "**póliza**") se aplica a cada Hospital que sea de propiedad, alquilado u operado por Owensboro Health, Inc. ("**OH**"), proveedor de servicios de salud de Owensboro Health Medical Group, y Servicios de Salud Domiciliaria. Esta póliza tiene por objeto identificar las acciones que puede tomar con respecto a la cobranza de los cargos por servicios proporcionados a los pacientes de OH. Esta póliza también describe el proceso y los plazos que se utilizan para iniciar estas acciones de cobranza, incluido el requisito de "esfuerzos razonables" que deben realizarse para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera antes de iniciar "Acciones extraordinarias de cobranza" (**ECA**), tal como se definen a continuación, bajo la póliza de asistencia financiera ("**FAP**"). Esta póliza tiene por objeto cumplir con los requisitos impuestos por la Sección 501(r) del código de ingresos internos de 1986, modificada (el "**código**") y las regulaciones allí incluidas.

B. Esta póliza será efectiva al momento de la aprobación por la Junta Directiva (la "**Junta**"), en su capacidad de órgano rector de cada Hospital de OH. La Junta Directiva revisará esta póliza una vez por año, en nombre de cada uno de los hospitales de OH

## II. Definiciones:

A. Cantidades generalmente facturadas (AGB) tiene el mismo significado que en la póliza de asistencia financiera (FAP).

B. Período de solicitud significa el período durante el cual OH debe aceptar y procesar una solicitud para recibir asistencia financiera. El período de aplicación comienza en la fecha en que se proporciona la atención y termina en el día 240 después de que OH proporciona el primer estado de autopago o al final del período de notificación, lo que ocurra último.

C. Fecha límite de facturación significa la fecha después de la cual OH puede iniciar una acción de cobranza extraordinaria contra una persona responsable que omitió presentar una solicitud para recibir asistencia financiera, se haya determinado que no es elegible para recibir asistencia financiera, o se haya determinado que es elegible para recibir asistencia financiera, pero tenga un saldo pendiente después de la aplicación de cualquier descuento disponible. La fecha límite de facturación será especificada en una notificación por escrito a la persona responsable proporcionada por lo menos 30 días antes de dicha fecha límite, pero no antes del último día del período de notificación.

- D. Fecha límite de la finalización significa el día después del cual OH puede iniciar o retomar una ECA contra una persona responsable que ha presentado una solicitud de asistencia financiera incompleta, si esa persona no ha proporcionado la información que falta o la documentación necesaria para completar la solicitud. La fecha límite de la finalización será especificada en una notificación por escrito a la persona responsable no antes del último de los (1) 30 días después de que OH proporciona a la persona esta notificación; o (2) el último día del período de solicitud.
- E. Acción extraordinaria de cobranza (ECA) significa cualquier acción contra una persona relacionada con obtener el pago de una cuenta de autopago que requiere de un proceso judicial o legal (incluido embargo del sueldo), que incluye información adversa sobre la persona responsable a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de créditos, venta de deuda de la persona responsable a una tercera persona, y/o posponer la atención. OH puede, en cualquier momento, agregar gravámenes al seguro (auto, responsabilidad, vida y salud) en relación con su proceso de cobranza en la medida en que exista un seguro de responsabilidad de terceros o presentar reclamos en cualquier procedimiento de bancarrota, debido a que estas acciones legales no se consideran ECA.
- F. Asistencia financiera significa los servicios gratuitos o con descuentos proporcionados a personas responsables que se ha determinado que son elegibles para dichos descuentos bajo la FAP.
- G. Póliza de asistencia financiera (FAP) significa la póliza de asistencia financiera de la salud de Owensboro, Póliza número: BO-02, que incluye los criterios de elegibilidad, la base para calcular los cargos, el método para la aplicación de la póliza, las medidas para dar a conocer la póliza, y establece el programa de asistencia financiera disponible para los pacientes que cumplen con ciertos lineamientos de ingresos.
- H. Hospital significa cada centro hospitalario autorizado por el estado de propiedad o alquilado por OH, incluido el Hospital de Regional de salud de Owensboro y el Hospital Owensboro Muhlenberg Community, y cada hospital operado por OH en el que el Consejo de directores de OH tiene autoridad de gobierno sobre las operaciones de dicho hospital.
- I. Período de notificación es el período durante el cual OH debe notificar a una persona acerca de los "esfuerzos razonables" realizados por su FAP, como se los define para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. El período de notificación comienza el primer día de la atención proporcionada a la persona y finaliza el día 120 después de que OH proporciona a la persona el primer estado de facturación después del alta por la atención recibida. Deben transcurrir sesenta 60 días entre la primera y la última notificación dentro del período de la notificación. No se iniciará ninguna ECA durante este período.
- J. Cuenta del paciente significa un estado por cuenta de autopago de médicos y hospitales de OH y servicios de salud en el hogar.
- K. Resumen de lenguaje simple significa un resumen de lenguaje simple específico del Hospital que notifique a una persona que OH ofrece asistencia bajo el programa de asistencia financiera. El Resumen de lenguaje simple se adjunta en el **Anexo C** de FAP.
- L. PFS significa servicios financieros para pacientes, la unidad operativa de OH responsable de facturar y cobrar cuentas de autopago por los servicios del Hospital o clínica.

- M. Período de restricción significa el período de tiempo durante el cual no se pueden iniciar ECA. El período de restricción finaliza a los 120 días después de la fecha del primer estado de cuenta.
- N. Persona responsable significa el paciente y cualquier otra persona que tiene la responsabilidad financiera sobre una cuenta de autopago. Puede haber más de una persona responsable.
- O. Cuenta de autopago significa esa parte de la cuenta del paciente que es la responsabilidad individual del paciente o de otra persona responsable, neta de la aplicación de los pagos hechos por cualquier seguro de atención médica disponible u otro tercero pagador (incluidos copagos, coaseguro y los deducibles), y neta de cualquier reducción o cancelación realizada con respecto a la cuenta de dicho paciente después de que el programa de asistencia financiera sea aplicable.

### III. Póliza:

- A. De acuerdo con los términos de esta póliza, OH puede tomar acciones legales, incluidas ECA, para obtener el pago por servicios médicos proporcionados.
- B. OH no iniciará ninguna ECA, directa o indirectamente, antes de que se hayan realizado "esfuerzos razonables" como se los define en la sección 501(r) del código y los reglamentos correspondientes, para determinar si una persona responsable es elegible para recibir asistencia financiera. OH no llevará a cabo ninguna ECA durante el período de restricción. Las decisiones para iniciar una ECA deben ser aprobadas por el Director de integridad de ingresos o el Vicepresidente de servicios financieros.
- C. Todos los pacientes recibirán copias del Resumen de lenguaje simple y una solicitud para recibir asistencia financiera antes de ser dados de alta del hospital.
- D. **Avisos de períodos de notificación.** Durante el período de la notificación, por lo menos tres estados de cuenta del paciente por separado (por lo general 30, 60 y 90 días) para la cobranza de cuentas de autopago se le enviarán por correo a la última dirección conocida de cada persona responsable, antes de que finalice el período de notificación. OH no necesitará enviar estados de cuenta adicionales al paciente por correo después de que una persona responsable presente una solicitud completa para recibir asistencia financiera.

**Contenido del aviso.** Todos los estados de cuenta del paciente incluirán:

1. Un resumen preciso de los servicios proporcionados por el hospital, médicos y servicios de salud en el hogar cubiertos en el estado de cuenta;
2. Los cargos por dichos servicios;
3. El importe que debe pagar la persona responsable (o, si dicho monto no se conoce, estimaciones de buena fe de dicho monto a partir de la fecha del estado de cuenta inicial); y
4. Un aviso visible que le informe a la persona responsable acerca de la disponibilidad de asistencia financiera por escrito, incluido un número de teléfono de la oficina o departamento que puede proporcionar información acerca de la FAP y del proceso de solicitud de la FAP, y el sitio web de donde se pueden obtener copias del formulario de solicitud de FAP y del resumen de lenguaje simple de FAP.

Antes de iniciar o reanudar cualquiera de las ECA descritas en esta póliza, cada Hospital de OH emitirá una notificación por escrito a la última dirección conocida de cada persona responsable que (i) describa las actividades de cobranza específicas que tiene la intención de iniciar (o reanudar), (ii) proporcione un plazo después del cual dicha acción se iniciará (o reanudará) y (iii) incluya una copia del Resumen de lenguaje simple (la "Notificación de inicio de ECA"). El Hospital también hará un esfuerzo razonable por vía oral de notificar a la persona responsable sobre la FAP y la forma en que puede obtener ayuda con el proceso de solicitud. El Hospital no puede iniciar acciones de cobranza antes de 30 días a partir de la fecha en que emite la notificación del inicio de la ECA, ya sea por correo o correo electrónico.

Nota: Se proporcionará una declaración detallada de los cargos del hospital a la persona responsable cuando esta lo solicite al PFS.

E. **Planes de pago.** OH ofrece planes de pago sin interés para las personas responsables por los montos que sean personalmente responsables de pagar, después de aplicar cualquier reembolso de seguro o descuentos bajo esta póliza. Para ser elegible para participar en los planes de pago del OH, el saldo pendiente de la persona responsable debe ser un mínimo de \$25 por mes y/o cancelado en 36 meses sin interés. Ejemplo: Saldos pendientes en cuentas de autopago O grupo de cuentas totalizan \$1.000. El pago mínimo mensual sería de \$27,78 y cumpliría con el criterio de ser más de \$25 al mes y pagado dentro de los 36 meses. Bajo circunstancias limitadas, los planes de pago se pueden extender por plazos más largos con la aprobación del Supervisor de la oficina comercial o su superior.

F. **Descuento por pronto pago.** OH ofrece un descuento por pronto pago de 10% sobre el primer estado de cuenta facturado a una persona responsable de la cuenta, si la cuenta se paga por completo dentro de los siguientes 30 días calendario posteriores a la fecha de envío por correo del estado de cuenta y si la responsabilidad del punto de servicio se paga al momento del registro. OH proporciona un período de gracia de dos a cinco días, según las circunstancias. El pago debe remitirse a la cuenta de la persona responsable o debe llevar matasellos de envío a OH inferior a treinta y dos días. En la ausencia de un matasello, se utilizarán treinta y cinco días suponiendo que un retraso de cinco días en el correo. No se considerará ningún otro porcentaje y la póliza no ofrecerá ningún otro descuento fuera el descuento de autopago. La única excepción a esta sección de la póliza sería si la persona responsable fuera a calificar para otro tipo de asistencia. (Los descuentos por pronto pago no se aplican a copagos, en la clínica por vacunas, exámenes físicos para deportes, procedimientos cosméticos o servicios en cualquier clínica ambulatoria, incluido pero no limitado a la atención de urgencia MultiCare, Urgent Care-Ford y Urgent Care-Parrish).

G. **Descuento de autopago.** Para recibir el descuento, la persona responsable debe carecer de cobertura de seguro médico (sin incluir las pólizas de indemnización y seguro de beneficio limitado) y podría tener que ser examinada por programas existentes, tales como Medicaid o asistencia financiera, según lo requiera la PFS. Se realizará un descuento automático de 10% de autopago sobre el total de los cargos cuando OH produce la factura. Si la persona responsable no califica para estos programas, recibirá un descuento adicional del 25% del total de los cargos. Las personas responsables pueden ser elegibles para el descuento de OH por pronto pago del 10% si sus cuentas de autopago no figuran como pasivo o están dentro de los 30 días del estado de cuenta inicial. Por el saldo restante, a la persona responsable se le permitirá a establecer un plan de pago. Una vez aprobado para el descuento:

1. El Supervisor de la oficina de negocios tomará nota de la fecha de aprobación en las notas de la cuenta.
2. Futuras cuentas pueden tener el descuento de autopago hasta seis meses a partir de la fecha de la solicitud de asistencia financiera original.

H. **Elegibilidad presunta.** Si el paciente o la persona responsable tiene una determinación de elegibilidad FAP dentro de los seis 6 meses previos a la cuenta actual/fecha del servicio en cuestión y dicha determinación proporciona un descuento del 100%, PFS puede confiar presuntamente en su determinación anterior para volver a ofrecer un descuento del 100%. Si la determinación de elegibilidad previa de FAP proporciona un descuento de inferior al 100%, PFS le enviará un aviso al paciente o a la persona responsable, para notificarle sobre el presunto descuento que le están ofreciendo, la base de dicha determinación y un plazo de vencimiento razonable (es decir, por lo menos treinta (30) días o el último día del período de solicitud, lo que sea más lejano) en que la persona responsable debe completar una solicitud de FAP si desea solicitar un descuento más generoso. Los pacientes que reciben Asistencia financiera y que requieren de atención médicamente necesaria (pero no servicios de atención de emergencia) serán evaluados para la elegibilidad de Medicaid o cobertura de seguro médico de intercambio, y si es elegible, el paciente debe cooperar completamente con los requisitos de elegibilidad antes de que se programe el procedimiento o los servicios que se están prestando. Los Defensores financieros del paciente están disponibles para ayudar con el proceso de registro del Medicaid y del seguro médico de intercambio. Los pacientes elegibles que no se inscriben o rechazan la inscripción en la cobertura de Medicaid o del seguro médico de intercambio accesible no serán elegibles para la Asistencia financiera. Solo para este propósito, el seguro es accesible si la prima anual del paciente es menor que el 9.5% de los ingresos brutos de él o de su familia

I. **Esfuerzos razonables.** Solo pueden iniciarse ECA en las siguientes circunstancias:

1. **No aplicable.** Si todas las personas responsables no aplican para recibir asistencia financiera de FAP antes de la fecha límite de facturación y las personas responsables han recibido la notificación escrita con 30 días de anticipación como se describe en la sección III. D anterior, entonces OH puede iniciar una ECA.
2. **Descuento inferior al 100%.** Si todas las personas responsables solicitan asistencia financiera, y PFS definitivamente determina que las personas responsables no son elegibles para un descuento del 100%, entonces OH puede iniciar las ECA para cobrar el saldo restante una vez que las personas responsables han recibido la notificación escrita con 30 días de anticipación que se describe en la sección III. D anterior.
3. **Solicitudes incompletas.** Si una persona responsable presenta una solicitud incompleta para recibir asistencia financiera durante el período de solicitud, OH le:
  - a. Suspenderá cualquier actividad de cobranza que esté en curso contra la persona; y
  - b. Proporcionará a la persona una lista de la información o documentación faltante y le dará a la persona 30 días para proporcionar la información que falta. La notificación con relación a la información faltante incluirá información de contacto con el personal de PFS que le ayudará a la persona a llenar su solicitud.

- c. Si la persona responsable no proporciona la información que falta dentro de este período de 30 días, el Hospital podrá iniciar (o retomar) una ECA suponiendo que ha proporcionado el aviso de inicio de la ECA se describió anteriormente.
  - d. Si la persona responsable completa la solicitud para recibir asistencia financiera antes de la fecha de finalización, PFS hará una determinación de elegibilidad según se establece en la Sección 4 a continuación.
4. **Solicitudes completas.** Si una persona responsable presenta una solicitud completa para recibir asistencia financiera durante el período de solicitud, PFS revisará la solicitud y hará y documentará su determinación de elegibilidad de manera oportuna.
- a. **No elegible para recibir asistencia financiera.** Si PFS determina que la persona responsable no es elegible para ningún tipo de asistencia financiera, OH puede iniciar una ECA después de proporcionar una notificación a la persona responsable sobre la determinación de FAP y la justificación de dicha determinación.
  - b. **Elegible para recibir asistencia financiera.** Si PFS determina que la persona responsable es elegible para recibir asistencia financiera, entonces OH hará lo siguiente:
    - a. Enviará una notificación escrita a la persona responsable de la determinación de la asistencia, y
    - b. Si el descuento es menor al 100%, OH hará todo lo posible para:
      - i. Proporcionar a la persona responsable un estado de cuenta que muestre el importe que adeuda, cómo se determinó el importe, y que describa cómo la persona puede obtener más información acerca de cómo el Hospital calcula el AGB;
      - ii. Emitir reembolsos a la persona responsable si esta ha pagado previamente a OH un importe superior al que le corresponde pagar personalmente; y
      - iii. Tomar todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA iniciada contra la persona responsable en la medida de lo posible.

J. A cualquier persona responsable o representante de la misma, que se comunique con PFS para obtener información acerca de cualquier tipo de asistencia financiera posible, se le proporcionará la información solicitada.

K. **Acciones extraordinarias de cobranza.** A partir de que el inicio de la ECA está permitido bajo la sección III.I anterior, el Hospital tiene el derecho a proseguir ECA directamente o por medio de una – agencia de cobros externa. El Hospital dará seguimiento a sus acciones de cobranza contra las personas que se determine que no son elegibles para recibir asistencia, personas elegibles para recibir descuentos pero atención sin cargo, o personas que no cooperaron con el Hospital y que no están haciendo los pagos de acuerdo con los planes de pago establecidos.

- 1. Si Medicaid u otros tipos de financiamiento gubernamental no están disponibles, y no se hacen los arreglos de plan de pago con la persona responsable, OH puede entonces considerar

sus cuentas como incobrables y derivarlas a una agencia externa de cobranzas para que realice las gestiones de proceso y cobranza.

2. Una vez que ha sido derivada la cuenta de la persona responsable a una agencia de cobranzas, la agencia está autorizada para comunicarse con la persona para establecer un plan de pago.
3. Las agencias también estarán autorizadas a denunciar el estado negativo de la deuda a las agencias de créditos correspondientes.
4. El Hospital o agencias externas de cobro estarán autorizados a promover litigios. Por ejemplo, OH, o su agencia externa, se reserva el derecho a embargar los salarios de una persona responsable. OH puede, en cualquier momento, agregar gravámenes al seguro (auto, responsabilidad, vida y salud) en relación con su proceso de cobranza en la medida en que exista un seguro de responsabilidad de terceros o presentar reclamos en cualquier procedimiento de bancarrota, debido a que estas acciones legales no se consideran ECA. No se presentará ningún otro juicio personal o gravamen.

L. **Ampliamente disponible.** Esta póliza estará disponible en el sitio web del OH [www.owensborohealth.org](http://www.owensborohealth.org). Además, cualquier persona del público puede obtener una copia gratuita de la póliza de facturación y cobranza a solicitud a la oficina comercial o llamando al 270-685-7500. También hay copias disponibles en la oficina de admisión de cada hospital PFS.

M. **Terceras partes vinculantes.** Si OH deriva deudas de personas responsables a un tercero durante el período de solicitud, el acuerdo escrito con dicha parte obliga a tal parte a:

1. Abstenerse de iniciar ECA hasta la fecha límite de facturación;
2. Suspender cualquier ECA si la persona presenta una solicitud de FAP durante el período de solicitud
3. Si se determina que la persona responsable es elegible para recibir asistencia financiera, asegurar de que la persona no pague y no esté obligada a pagar más de lo requerido y revertir cualquier ECA previamente iniciada.

N. **Estatuto de limitaciones.** OH intentará cobrar y aceptar pagos de cualquier cuenta de un paciente después de calificada como incobrable hasta por 5 años.

O. **Acuerdos.** Cualquier acuerdo proveniente de abogados, agencias externas, o personas responsables, será dirigido al gerente de la oficina comercial o instancia superior para su aprobación.

P. **Sucesoria.** Si la persona responsable tiene saldos pendientes, esas cuentas se le enviarán a la agencia de deudas incobrables y se codificará como "Verificar inmuebles". Si la Agencia encuentra una propiedad, entonces se presentará una prueba de reclamo. En el caso que no se encuentren propiedades, será devuelto a OH como incobrable.