

HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

Título: Política de facturación y cobranzas morosas	Capítulos: Fiscal
Autor: Director de Facturación, y vicepresidente/director de Finanzas	Partes interesadas: <ul style="list-style-type: none">▪ Todo el personal
Fecha de creación: 11/19 Fecha de revisión: Fecha de revisión (T):	7 Páginas
Referencias: Leyes, reglamentos, pautas y políticas federales y estatales	Firma ejecutiva: Vicepresidente y director de Finanzas

PROPÓSITO

HMH Carrier Clinic (Carrier Clinic) se asegura de que se sigan procedimientos precisos, coherentes y oportunos para las cobranzas morosas, y de adherirse a los reglamentos federales y estatales, incluidas, entre otras, la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo de Parto (EMTALA), la Ley de Prácticas Justas de Cobro de las Deudas, la Ley de Facturación Justa de Crédito, los requisitos de deuda incobrable de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Sección 501(r) del Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Esta política proporciona pautas generales para la adquisición y verificación de información, el cobro de pagos de compañías de seguros de terceros, pacientes, sus garantes y otras partes financieramente responsables del pago de los servicios de atención médica. La política se aplica a los servicios prestados y facturados por la clínica, lo cual no incluye aquellos servicios prestados y facturados por las entidades que se indican en el Apéndice A, incluso en el caso de que esos servicios se hayan prestado en el hospital.

Los principios rectores por los que se rige esta política son tratar a todos los pacientes por igual, con dignidad y respeto, para garantizar que se sigan de manera uniforme los procedimientos adecuados de facturación y cobranzas morosas, y para garantizar que se realicen esfuerzos razonables para determinar si la persona responsable del pago de todo o una parte de la cuenta del paciente reúne los requisitos para recibir asistencia en virtud de la Política de asistencia financiera.

PROCEDIMIENTOS

COBRANZAS MOROSAS Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Es responsabilidad del paciente proporcionar su información demográfica y del seguro completa y oportuna a la clínica. La preadmisión, admisión o registro ocurre en cualquier punto del ciclo

de acceso del paciente. La activación de la cuenta del paciente incluye revisar información demográfica, de garantes y del seguro; copiar tarjetas; obtener consentimientos y firmas. La verificación del estado y de los beneficios del seguro se realiza apenas la información completa del seguro está disponible en el sistema Health Change (asistente). Poco después, para realizar una verificación más exhaustiva, se accede al seguro en línea o se hace una consulta telefónica.

El requisito de obtener información completa tendrá en cuenta la afección del paciente y dará prioridad a las necesidades de salud inmediatas del paciente.

En el momento de la admisión, el paciente o familiar, según corresponda, pueden ser derivados al Representante de Servicios al Paciente (PSR) para que les explique la política de pago de la clínica, les comunique los gastos a su cargo estimados, las opciones de pago y la disponibilidad de asistencia financiera.

ADMISIONES DE EMERGENCIA y DE URGENCIA

Todos los servicios de emergencia se proporcionarán sin tener en cuenta la capacidad de pago. Bajo ninguna circunstancia, el personal del hospital intentará obtener información del seguro, verificar la elegibilidad o conseguir la aprobación previa de admisión de un tercero. Únicamente después de que se haya confirmado que el proveedor de admisión examinó y aprobó al paciente, se puede contactar al paciente para intentar recopilar información del seguro, hablar sobre las responsabilidades financieras, las opciones de pago y la disponibilidad de asistencia financiera.

PACIENTES en situación que no es de emergencia o de urgencia

El registro y la toma de información de pacientes en situación que no es de emergencia o de urgencia se pueden realizar antes de que se presten los servicios o en el momento de la admisión. La información demográfica, del seguro y financiera de los pacientes que regresan o se establecen se revisará y actualizará según sea necesario, lo que incluye, cuando corresponda, la verificación de la elegibilidad del seguro del paciente por medio de sistemas electrónicos o telefónicos. Los pacientes tienen la responsabilidad de actualizar el seguro y la información demográfica al registrarse.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Sujeto a las disposiciones definidas en la Política de asistencia financiera (FAP) de Carrier Clinic y en este documento, Carrier Clinic puede proporcionar asistencia financiera a pacientes sin cobertura, cuya cobertura no sea suficiente, que no sean elegibles para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica o que no puedan pagar su atención.

Para solicitar asistencia financiera, se debe completar la solicitud en formato de papel. Para acceder de forma gratuita a la solicitud en formato de papel, se puede utilizar cualquiera de los siguientes métodos:

- **Por correo:** Puede escribir a la siguiente dirección y solicitar una copia en formato de papel de la Solicitud de asistencia financiera: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 Attention: Patient Financial Services
- **En persona:** Puede presentarse en el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.) en la siguiente dirección: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
- **Por teléfono:** Para comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes, debe llamar al 908-281-1522 de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
- **Sitio web:** Puede visitar <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>.

La solicitud completa debe devolverse al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes ubicado en 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 con la documentación de respaldo, que incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- las declaraciones de impuestos federales más recientes de todos los miembros del grupo doméstico;
- los comprobantes de extracto bancario de los últimos tres meses: cuenta de ahorros, cuenta corriente y cualquier otra cuenta de inversión;
- fuentes de ingresos (los dos últimos comprobantes de talón de pago del empleo, carta de concesión de ingresos del Seguro Social o comprobante de depósito bancario, comprobante de compensación por desempleo).

Las solicitudes incompletas no se tienen en cuenta, pero se notifica a los solicitantes y se les da la oportunidad de proporcionar la documentación o información que se omitió.

Las personas cuentan con un plazo de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para presentar una solicitud de asistencia financiera.

Todas las solicitudes están sujetas a revisión y aprobación por parte del director de Finanzas. En general, los pacientes elegibles reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera, para lo cual se utiliza una escala móvil, cuando el ingreso del grupo doméstico es igual o inferior al 100 % de las pautas federales de pobreza del gobierno federal.

Si el paciente no proporciona información suficiente que respalde sus dificultades financieras, Carrier Clinic puede confiar en fuentes externas o en otros recursos de inscripción en programas para determinar la elegibilidad, la cual debe aprobarse si el paciente tiene alguna de las siguientes características:

- es indigente;
- es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales;
- es elegible para los cupones de alimentos o el programa de almuerzo subsidiado;
- es elegible para el programa de medicamentos recetados financiado por el estado;

- se considera que la dirección válida del paciente corresponde a una vivienda de bajos ingresos o subsidiada;
- el paciente recibe atención gratuita de una clínica comunitaria y es derivado a Carrier para recibir tratamiento adicional;
- el paciente vive en una pensión.

DEPÓSITOS

Se pueden solicitar montos deducibles de seguros, copagos y coseguros al momento de brindar el servicio. En el caso de que no se pueda confirmar el estado activo del seguro o no se pueda obtener la autorización, se le puede solicitar al paciente que realice depósitos.

Se puede acordar cancelar este requisito cuando se acuerde un pago alternativo y aceptable y no haya historial de deudas incobrables.

COBRANZAS MOROSAS INTERNAS

Si durante el transcurso de la estadía del paciente no se estableció la responsabilidad del paciente al momento de la admisión, se puede contactar al paciente o al garante y solicitarle que realice pagos intermedios o acuerdos de pago.

Los Representantes de Servicio al Paciente están a disposición para proporcionar información o responder preguntas sobre elegibilidad y beneficios del seguro. La información de contacto se proporciona en el Manual del paciente y en las unidades de la clínica.

VERIFICACIÓN DEL SEGURO

El personal del hospital verificará la elegibilidad y los beneficios antes de la admisión o poco después de la admisión, pero no puede garantizar la exactitud de la elegibilidad del seguro y la información de beneficios que recibe por parte de la compañía de seguros.

AUTORIZACIÓN

Para brindar atención específica, el personal de la clínica obtendrá la aprobación de pagos de otras compañías de seguros por medios escritos u orales, que confirme que los servicios prestados se autorizarán en virtud del plan de atención médica del paciente. La autorización no valida la elegibilidad o los beneficios, ni garantiza el pago.

DENEGACIONES DE AUTORIZACIÓN

Se notificará al paciente o al garante apenas la compañía de seguros deje de aprobar la continuación de la estadía. El paciente o el garante recibirán una explicación sobre el proceso de apelación, lo que incluye una apelación externa disponible para los pacientes. Se le pedirá al paciente o al garante que completen el formulario de aceptación de responsabilidad financiera por los días no autorizados y se les puede solicitar que realicen depósitos.

ACUERDOS DE PAGO

Si el paciente no puede hacer el pago completo antes de la fecha de vencimiento, se pueden aprobar pagos parciales. Se pueden solicitar comprobantes financieros que demuestren las dificultades del paciente para determinar acuerdos de pago aceptables que satisfagan las necesidades del paciente y de la clínica. Los criterios de elegibilidad financiera se hablan con cada paciente o garante cuando se presentan dificultades financieras y cuando corresponde.

MÉTODOS DE PAGO

Se aceptan los siguientes métodos de pago: efectivo, cheque, giro postal, Visa, MasterCard, American Express y Discover Card.

FONDOS INSUFICIENTES (NSF)

Se aplicará una tarifa de procesamiento de \$25.00 a la cuenta del paciente cuyos cheques sean rechazados.

REEMBOLSOS

Todos los reembolsos de pacientes se revisan semanalmente y se envían al director de PFS o al gerente de la Oficina y al director de Finanzas para su aprobación. Cualquier sobrepago del saldo de la cuenta se aplicará al saldo pendiente del mismo paciente y del mismo garante. Si no hay deudas pendientes, el pago se reembolsará en coordinación con todas las partes que realizaron pagos que crearon el saldo acreedor. Para emitir todos los reembolsos del paciente, se utilizará el mismo método que se utilizó para el pago original.

EXTRACTOS DE PACIENTE Y PUNTUALIDAD DE COBRANZAS MOROSAS

Carrier Clinic utiliza Arcadia Recovery Services (ARS), Inc. para cobrar todos los saldos de pacientes después de los pagos del seguro y de personas sin cobertura. El ciclo total de facturación es de 120 días antes de que el saldo se envíe a cobranzas morosas.

Estas son algunas de las actividades de cobranzas morosas de ARS:

- Se realizan cinco llamadas telefónicas (día 15, 40, 50, 75 y 110) cuando existe un número de teléfono válido.
- Además, se generan cuatro extractos y se envían por correo a la dirección registrada del paciente.
 - Para saldos de pacientes después del pago del seguro, se emiten extractos de acuerdo con la puntualidad en la fecha de pago del seguro los días 1, 30, 60 y 90 (extracto final).

Los extractos de facturación incluyen lo siguiente:

- nombre del paciente, datos demográficos, dirección, fecha(s) de servicio, número de cuenta, montos cobrados y montos pagados, ajustes y monto adeudado.
- Información de contacto de ARS
- Resumen de lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de Carrier Clinic

Los pacientes que tengan preguntas sobre su saldo pueden llamar al Departamento de Servicio al Cliente, al 800-888-1301 (de lunes a miércoles, de 8 a. m. a 7 p. m. o de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.) o a Servicios Financieros para Pacientes al 908-281-1554.

Dirección para pagos:
HMH Carrier Clinic, Inc.
ATT: Finance/AP
PO Box 147
Belle Mead, NJ 08502-0147

MEDIDA EN CASO DE FALTA DE PAGO

Antes de que una cuenta se derive a la agencia de cobranzas morosas, la clínica tomará medidas razonables para brindar a los pacientes la oportunidad de cumplir con sus obligaciones financieras, como se indicó anteriormente en la sección titulada “Extractos de pacientes y puntualidad de cobranzas morosas”.

Arcadia proporcionará información sobre asistencia financiera y opciones de pago. Para acceder a la Política de asistencia financiera (FAP) de HMH Carrier Clinic, los pacientes pueden ingresar al siguiente enlace del sitio web: <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>, o pueden ponerse en contacto con un representante de Facturación por uno de los siguientes medios:

- **Por correo:** Puede escribir a la siguiente dirección y solicitar una copia de la Solicitud de asistencia financiera: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
Attention: Patient Financial Services
- **En persona:** Edificio de Administración (Departamento de Servicios Financieros para Pacientes) 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.)
- **Por teléfono:** Para comunicarse con el Departamento de Servicios financieros para Pacientes, llame al 908-281-1522 de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

La cuenta del paciente cuyo saldo sea adeudado al agotarse la posibilidad de pago puntual del extracto de facturación o al finalizar cualquier tipo de asistencia financiera, se derivará a la agencia de cobranzas morosas.

DERIVACIÓN A LA AGENCIA DE COBRANZAS MOROSAS

El ciclo de facturación total es de 120 días antes de que el saldo se envíe a cobranzas morosas, como se define en la sección: EXTRACTOS DE PACIENTE Y PUNTUALIDAD DE COBRANZAS MOROSAS.

Si el pago no se recibe, la cuenta se derivará a una agencia de cobranzas morosas.

Las medidas que toman HMH Carrier Clinic, Arcadia Recovery Services y la agencia de cobranzas morosas no incluyen medidas extraordinarias de cobranzas morosas.