

RML SPECIALTY HOSPITAL

NOMBRE DE LA POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente

NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 04/07

FECHAS DE REVISIÓN: 06/12

FECHAS DE MODIFICACIÓN: 11/23/15, 11/26/18

RESPONSABILIDAD: Auditor

Firma: Firmas en el expediente

APROBACIÓN: VP de Finanzas y CFO

Firma: _____

APROBACIÓN: Presidente y CEO

Firma: _____

APROBACIÓN DEL COMITÉ Junta directiva de RML

Firma: _____

I. PROPÓSITO

Establecer prácticas de cobro adecuadas y coherentes para todas las obligaciones económicas a cargo del paciente que estén relacionadas con los servicios no cubiertos, coseguros, deducibles de pacientes con seguro y las obligaciones económicas de los pacientes sin seguro. RML Specialty Hospital (RML) llevará a cabo intentos de cobro exhaustivos y oportunos de conformidad con las reglamentaciones y normas estatales y federales para los saldos adeudados a cargo del paciente que resulten de la prestación de servicios médicos al paciente. RML no recurrirá a acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) en contra de una persona para obtener el pago de los servicios necesarios por razones médicas prestados, sin antes hacer todo lo posible a fin de determinar si la persona reúne los requisitos para recibir asistencia de conformidad con su Política de Asistencia Económica (FAP, por sus siglas en inglés).

II. POLÍTICA

El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS, por sus siglas en inglés) será responsable del cobro de los saldos pendientes a cargo del paciente adeudados a RML. La actividad de cobro implica, por ejemplo, lo siguiente:

- Comunicación por escrito de los estados de cuenta que detallen los saldos adeudados a cargo del paciente.
- Correos electrónicos informativos, cartas, llamadas telefónicas de seguimiento.
- Ayudar a los pacientes a entender sus opciones de asistencia económica y, cuando corresponda, ayudarlos a elaborar planes de pago razonables.
- De ser necesario, recurrir a abogados y a agencias de cobro externas para intensificar los esfuerzos de cobro cuando los intentos de cobro internos no sean eficaces y después de haber seguido de manera apropiada todas las disposiciones de esta política.

III. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones se aplican a esta política:

1. “**AGB**” hace referencia a los montos generalmente facturados por la atención necesaria por razones médicas a personas con cobertura de un seguro.

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

2. **“FAP”** hace referencia a la Política de Asistencia Económica de RML.
3. **“Paciente”** hace referencia a cualquier persona que recibe servicios médicos prestados por RML y a cualquier persona que sea el garante del pago de dichos servicios.
4. **“Persona con seguro”** hace referencia a cualquier paciente que recibe servicios médicos en RML y que está asegurado por un plan de atención médica.
5. **“Persona sin seguro”** hace referencia a cualquier paciente que recibe servicios médicos en RML, que no está asegurado por un plan de atención médica y que no es beneficiario de un programa financiado por el gobierno, de compensación de los trabajadores ni de un seguro de responsabilidad civil.
6. **“Cobros de pagos a cargo del paciente”** hace referencia a las obligaciones económicas de un paciente ante RML que resultan de la prestación de servicios médicos a los pacientes con seguro (es decir, deducibles, coseguros, servicios no cubiertos, etc.) y los pacientes sin seguro.
7. **“ECA”** hace referencia a las acciones extraordinarias de cobro —una lista de actividades de cobro según lo definido por el Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos o IRS, por sus siglas en inglés) y el U.S. Treasury (Tesoro de EE. UU.)— que las organizaciones de atención médica solo pueden llevar a cabo en contra de una persona para obtener el pago de la atención *después* de haber hecho los intentos razonables a fin de determinar si una persona es elegible para recibir asistencia económica.
8. **“Período de solicitud de asistencia económica”** hace referencia al período durante el cual RML debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia económica conforme a su FAP presentada por una persona, para hacer todo lo posible a fin de determinar si la persona es elegible para recibir asistencia económica de conformidad con la política. El período de solicitud comienza el día en que se proporciona la atención y finaliza 240 días después de la fecha en que se proporcionó, luego del alta, el primer resumen de cuenta de la atención o al menos 30 días después de que RML le entregue a la persona un aviso por escrito en el que se establezca la fecha límite después de la cual se puede dar inicio a las ECA, lo que sea posterior.

IV. PROCEDIMIENTO

Comunicación al paciente sobre la responsabilidad económica a cargo del paciente

Si un paciente con seguro adeuda un saldo a su cargo después del pago del seguro (es decir, copagos, deducibles, servicios no cubiertos), el PFS le enviará al paciente un estado de cuenta a su cargo. En caso de que el paciente no pueda pagarlo en su totalidad, se detallarán instrucciones en el estado de cuenta sobre la manera en que el paciente puede solicitar un plan de pago razonable dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado del pago a cargo del paciente. Los pacientes sin seguro recibirán los estados de las obligaciones económicas a su cargo dentro de los 30 días posteriores al alta, junto con la información sobre la disponibilidad de la asistencia económica y sobre el proceso para solicitarla. Los estados de cuenta generados internamente se enviarán a los pacientes cada 30 días hasta que se complete el pago o

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

se remita el caso a agencias de cobro externas para su seguimiento. Todos los estados de cuenta incluirán la siguiente información:

1. Nombre del paciente
2. Fechas o períodos en que se prestó el servicio
3. Breve descripción del servicio prestado
4. Monto en dólares adeudado por los servicios prestados
5. Cualquier pago recibido en la cuenta (seguro o pago a cargo del paciente)
6. Cualquier ajuste aplicado a la cuenta producto de los contratos de seguro
7. Información de contacto del hospital para resolver las consultas relacionadas con la facturación
8. Comunicado de que los pacientes sin seguro pueden ser elegibles para recibir asistencia económica
9. Aviso de que el paciente/garante puede obtener una factura detallada previa solicitud
10. Número de teléfono al que pueden llamar los pacientes
11. Dirección del sitio web de RML Specialty Hospital

B. Requisitos de cumplimiento y responsabilidades de cobro

1. Consultas relacionadas con la facturación de todos los pacientes:

El PFS debe devolver las llamadas de los pacientes tan pronto como sea posible dentro de los 2 días hábiles posteriores a la llamada. Si el proceso de consultas de facturación del hospital incluye correspondencia por escrito del paciente, el PFS debe responder dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la correspondencia del paciente.

2. Actividad de cobro para los pacientes sin seguro:

- a. Si un paciente sin seguro ha indicado que no puede pagar el monto total en un solo pago, el PFS deberá colaborar con el paciente y ofrecer un plan de pago razonable. Dichos planes de pago tendrán en cuenta las circunstancias económicas del paciente, incluidas las fuentes de ingresos y activos.
- b. Si el paciente sin seguro indica que no puede pagar el monto adeudado, incluso después del ofrecimiento de un plan de pago razonable, se remitirá el caso al Departamento de Ingresos (Admitting Department) a fin de determinar si es elegible para recibir asistencia económica. Dicho departamento indicará la razón por la cual el paciente no presentó la solicitud en el momento del ingreso y si el paciente podría reunir los requisitos de Medicaid de manera retroactiva. Si se considera que es posible que el paciente reúna los requisitos para recibir asistencia económica del hospital o los beneficios de Medicaid, el Departamento de Ingresos iniciará el proceso de solicitud correspondiente.

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

3. RML puede continuar demandando el pago a los pacientes sin seguro a través de una agencia externa únicamente en los siguientes casos:
 - a. El PFS ha hecho lo siguiente:
 - 1) Le ha dado al paciente la oportunidad de solicitar y evaluar la precisión del estado de cuenta.
 - 2) Le ha dado al paciente la oportunidad de solicitar asistencia económica a RML.
 - 3) Le ha proporcionado al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Económica.
 - 4) Ha ofrecido un plan de pago razonable.
 - 5) Le ha notificado al paciente que el hospital pretende continuar con los intentos de cobro a través de una agencia externa.
 - b. El paciente ha indicado que no puede pagar el monto total en un solo pago, y el hospital le ha ofrecido un plan de pago razonable.
 - c. Las circunstancias del paciente sin seguro parecen indicar que existe la posibilidad de que este sea elegible para recibir asistencia económica, y al paciente se le han otorgado al menos 240 días tras el primer resumen de cuenta posterior al alta por la atención necesaria por razones médicas para que presentara una solicitud de asistencia económica.
 - d. El paciente sin seguro ha acordado un plan de pago razonable con RML y no ha hecho los pagos conforme a dicho plan.
 - e. El paciente sin seguro le informa a RML que ha solicitado cobertura de atención médica de Medicaid o de otro programa subvencionado por el gobierno (y hay fundamentos razonables para creer que el paciente reunirá los requisitos de dicho programa), pero se rechaza la solicitud del paciente.
4. Acción de cobro remitida a abogados o a agencias de cobro externas
 - a. RML no puede transferir una factura, o una parte de esta, a un abogado ni a una agencia de cobro para que se encarguen de la acción de cobro en contra de un paciente con seguro, sin primero haberle ofrecido al paciente la oportunidad de solicitar un plan de pago razonable para el monto adeudado por este. Se debe dar dicha oportunidad durante los 30 días posteriores a la fecha de la factura inicial después del alta. Si un paciente con seguro solicita un plan de pago razonable pero no acuerda un plan dentro de los 30 días posteriores a la solicitud, RML puede proceder con la acción de cobro en contra del paciente.
 - b. Ninguna agencia de cobro, estudio jurídico ni ninguna persona puede iniciar una acción legal contra un paciente (con o sin seguro) por la falta de pago de una factura del hospital sin la aprobación por escrito del presidente/CEO (director general) o del vicepresidente de Finanzas/CFO (director financiero) que tenga razones para creer que se han cumplido todas las condiciones de esta política para continuar con los cobros.

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

- c. RML solo deberá remitir las cuentas para su cobro a agencias de cobro externas, estudios jurídicos o personas que contrate el hospital para obtener el pago de las obligaciones pendientes a cargo del paciente y que acepten por escrito cumplir con la Ley de Facturación Justa a los Pacientes de Illinois (Illinois Fair Patient Billing Act).
 - d. RML no iniciará ninguna acción legal por falta de pago de una factura del hospital en contra de los pacientes sin seguro que hayan demostrado claramente que no tienen activos ni ingresos suficientes para cumplir con sus obligaciones económicas, siempre que el paciente haga lo siguiente:
 - 1) Actúe de manera razonable y coopere de buena fe con RML.
 - 2) Le proporcione a RML la documentación financiera y de otro tipo que sea razonablemente solicitada y que resulte necesaria para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia económica y acceder a las opciones de planes de pago razonables.
 - 3) Proporcione la información dentro de los 30 días posteriores a la solicitud del hospital.
 - 4) Le notifique al hospital cualquier cambio significativo en la situación económica que pueda afectar la capacidad del paciente para cumplir con los planes de pago o la elegibilidad para recibir asistencia económica del hospital dentro de los 30 días posteriores a dicho cambio.
5. Acciones de cobro extraordinarias (ECA) que puede realizar RML
- a. RML puede derivar a un paciente a un abogado o a una agencia de cobro externa tras obtener una aprobación por escrito del presidente/CEO o del vicepresidente de Finanzas/CFO en virtud de las secciones II.3 y II.4 de esta política.
 - b. RML o el abogado/la agencia de cobro externa pueden tomar las siguientes medidas:
 - 1) Imponer un gravamen sobre la residencia principal del paciente, pero no lo harán si esta es el único bien inmueble del paciente, a menos que el valor de la propiedad indique claramente que el paciente puede asumir obligaciones económicas importantes. RML no impondrá un gravamen con el fin de forzar la venta o la ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente para que se pague una factura médica pendiente.
 - 2) Entablar una acción civil.
 - 3) Informar la deuda pendiente a una o más agencias de informes.
 - 4) Embargar sueldos.

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

- c. RML se abstendrá de recurrir a prácticas de cobro agresivas, como el embargo de cuentas bancarias u órdenes judiciales de detención, para exigir que el paciente o la parte responsable comparezcan ante un tribunal.

C. Determinación de la elegibilidad para recibir asistencia económica antes de recurrir a las ECA

1. Antes de recurrir a cualquier ECA, RML hará todos los esfuerzos razonables a fin de determinar si las personas son elegibles para recibir asistencia económica. Para ello, RML informará a las personas sobre la FAP antes de iniciar cualquier ECA para obtener el pago de la atención y se abstendrá de iniciar dichas ECA durante al menos los primeros 120 días posteriores a la fecha en la que RML proporcione el primer resumen de cuenta de la atención después del alta.
2. RML tomará las siguientes medidas al menos 30 días antes de iniciar por primera vez una o más de las ECA anteriores para obtener el pago de la atención:
 - a. Le proporcionará a la persona un aviso por escrito en el que se indique la disponibilidad de la asistencia económica para personas elegibles, se señalen las ECA que RML (u otra parte autorizada) pretende iniciar para obtener el pago de la atención y se indique una fecha límite después de la cual se pueden iniciar dichas ECA, a partir de los 30 días posteriores a la entrega del aviso por escrito.
 - b. Le proporcionará a la persona un resumen en lenguaje sencillo de la FAP con el aviso anterior por escrito.
 - c. Hará un esfuerzo razonable para informar de manera verbal a la persona sobre la FAP de RML y sobre la manera en que la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud conforme la FAP.
3. Si RML agrega facturas pendientes de una persona por múltiples episodios de atención antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de esas facturas, RML se abstendrá de iniciar dichas acciones durante los primeros 120 días posteriores a la primera entrega del resumen de cuenta después del alta por el último episodio de atención incluido en el agregado.
4. RML no posterga ni deniega la atención necesaria por razones médicas, ni exige el pago antes de proporcionarla, debido a que una persona no ha pagado una o más facturas de la atención ya proporcionada cubierta en virtud de la FAP de RML.

D. Procesamiento de las solicitudes conforme a la FAP

RML procesará las solicitudes conforme a la FAP de acuerdo con las disposiciones establecidas a continuación.

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

1. Presentación de una solicitud conforme a la FAP completa
 - a. Si una persona presenta una solicitud conforme a la FAP completa durante el período de solicitud, RML hará lo siguiente:
 - 1) Suspenderá toda ECA en contra de la persona (con respecto a los cargos con los que se relaciona la solicitud conforme a la FAP en revisión).
 - 2) Determinará si la persona es elegible conforme a la FAP e informará a la persona por escrito sobre la determinación de elegibilidad (incluida, si corresponde, la asistencia para la cual es elegible) y las razones por las cuales se tomó la determinación.
 - 3) Si RML determina que la persona es elegible conforme a la FAP, RML hará lo siguiente:
 - a) Le proporcionará a la persona una declaración donde se indique el monto que debe, como persona elegible conforme a la FAP, por la atención (si es elegible para recibir asistencia que no sea la atención gratuita) y la manera en que se fijó dicho monto, y donde se explique o describa cómo puede obtener información relacionada con los AGB por la atención.
 - b) Le reembolsará a la persona cualquier monto que haya pagado por la atención (ya sea al hospital o a cualquier otra parte a la cual el hospital haya remitido o vendido la deuda de la persona por la atención) y que sea superior a la suma que, según lo determinado, esta debía pagar como persona elegible conforme a la FAP, a menos que dicho importe excedente sea menor de \$5 (o de otra suma publicada en el Boletín de Impuestos Internos).
 - c) Tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revocar cualquier ECA (con excepción de una venta de deuda) llevada a cabo en contra de la persona para obtener el pago de la atención.
2. Si, después de recibir una solicitud conforme la FAP completa por parte de una persona que, según la opinión de RML, podría reunir los requisitos para recibir Medicaid, RML puede postergar la determinación de elegibilidad para la atención conforme a la FAP hasta después de que se haya completado y presentado la solicitud de la persona para Medicaid y de que se haya tomado una determinación sobre la elegibilidad de la persona para Medicaid.
3. Presentación de una solicitud conforme a la FAP incompleta
 - a. Si una persona presenta una solicitud conforme a la FAP incompleta durante el período de solicitud, RML hará lo siguiente:

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

- 1) Suspenderá toda ECA en contra de la persona (con respecto a los cargos con los que se relaciona la solicitud conforme a la FAP en revisión).
 - 2) Le proporcionará a la persona un aviso por escrito en el que se detalle la información o la documentación adicionales requeridas en virtud de la FAP o el formulario de solicitud conforme a la FAP que la persona debe presentar ante RML para completar su solicitud conforme a la FAP.
- b. Si una persona que ha presentado una solicitud conforme a la FAP incompleta durante el período de solicitud completa posteriormente esa solicitud durante dicho período (o, si lo hace después de este, dentro de un plazo razonable otorgado para cumplir con los pedidos de información o documentación adicionales), se considerará que la persona ha presentado una solicitud conforme a la FAP completa durante el período de solicitud.

E. Notificación relacionada con los proveedores fuera de la red

En el momento del ingreso o inmediatamente después de este, el PFS deberá informarles a los pacientes por escrito:

1. Que es posible que los pacientes reciban las facturas por separado de los servicios provistos por profesionales de atención médica afiliados al hospital.
2. Que es posible que algunos profesionales de atención médica del hospital no sean proveedores participantes de los mismos planes de seguro y redes que el hospital.
3. Que es posible que el paciente tenga una mayor responsabilidad económica por los servicios prestados por los proveedores fuera de la red.
4. Que los pacientes deben dirigirse a su plan de atención médica si tienen preguntas relacionadas con la cobertura o los niveles de beneficios.

F. Circunstancias especiales

Se deberán postergar o suspender los intentos de cobro cuando así lo indique el presidente/CEO o el vicepresidente de Finanzas/CFO de RML. Las instrucciones pueden darse en circunstancias especiales que involucren acusaciones por negligencia profesional u otras determinaciones administrativas similares. El PFS deberá dejar constancia de manera adecuada en las notas de las órdenes administrativas del sistema de facturación de postergar o suspender los intentos de cobro.

G. Disposiciones varias

1. Norma antiabuso: RML no basará su determinación de que una persona no es elegible conforme a la FAP en información que RML considere, por alguna razón, que es incorrecta o poco fiable ni en información proporcionada por una persona bajo coerción u obtenida a través del uso de prácticas coercitivas.
2. Cláusula de no renuncia a la solicitud conforme a la FAP: RML no intentará obtener una renuncia firmada que indique que la persona no desea solicitar la

RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de cobro y facturación a cargo del paciente NÚMERO DE LA POLÍTICA: PFS 004

asistencia en virtud de la FAP ni intentará recibir la información descrita anteriormente con el fin de determinar que una persona no es elegible conforme a la FAP.

3. Autoridad máxima para determinar la elegibilidad conforme a la FAP: autoridad máxima que determina que RML ha hecho todos los esfuerzos razonables para decidir si una persona es elegible conforme a la FAP y que puede, por lo tanto, iniciar las ECA en contra de los saldos de la persona con el presidente/CEO o el vicepresidente de Finanzas/CFO de RML.
4. Acuerdos con otras partes: Si RML vende o remite la deuda de una persona relacionada con la atención a otra parte, RML celebrará un acuerdo por escrito legalmente vinculante con la parte, el cual estará razonablemente diseñado para garantizar que no se lleve a cabo ninguna ECA a fin de obtener el pago de la atención hasta que se hayan hecho todos los intentos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir la atención conforme a la FAP.
5. Envío electrónico de documentos: RML puede proporcionarles electrónicamente (por ejemplo, por correo electrónico) cualquier comunicación o aviso escrito que se describan en esta política a toda persona que indique que prefiere recibirlos de manera electrónica.

H. Información de contacto del hospital

Hinsdale

Admitting Department
5601 S. County Line Rd.
Hinsdale, IL 60521
N.º de teléfono: 630-286-4516
N.º de fax: 773-826-2851

Chicago

Admitting Department
Disponible con cita previa
3435 West Van Buren Street
Chicago, IL 60624
N.º de teléfono: 630-286-4516
N.º de fax: 773-826-2851

Sitio web: <https://www.rmlspecialtyhospital.org/discharge-planners/financial-information/#financiamiento>