

Procedimiento No: 20245
Oficial (Rev 3)
Departamento: Patient Financial Services
(Servicios financieros de los pacientes)

Política de Seguimiento a los Pagos Personales

Política y Procedimientos de Cobranza para los Pagos Personales

Política

El Overlake Hospital Medical Center, en español como Centro Médico Hospitalario Overlake (abreviado en inglés OHMC) y Overlake Medical Clinics, en español como Las Clínicas Médicas Overlake (abreviado en inglés como OMC) reconocen la importancia del cobro de la porción de las cuentas que le corresponde pagar personalmente a los pacientes, como parte clave de la salud fiscal y del ciclo de ingresos del hospital. En el caso de un paciente que paga por su cuenta propia (pago privado), el 100% de la cuenta es responsabilidad del paciente. OHMC y OMC también reconocen las dificultades financieras que pueden acompañar el recibir servicios de cuidados de salud, por lo que es sensible a este hecho dentro de sus políticas y procedimientos de cobranza al igual que con sus Programas de Asistencia Financiera. OHMC y OMC utilizan un método de facturación con “Aval”, en el cual se combinan los adeudos de los gastos médicos del paciente en una sola factura, la cual es enviada a la persona responsable por el pago de los saldos de la cuenta (en este caso el aval o fiador de las cuentas). Esta estructura se denomina Single Billing Office, en español como Facturación Única de Oficina (abreviada en inglés como SBO) cuyas políticas referentes a los adeudos del paciente aplican a los saldos de cuenta para OHMC y para OMC.

Procedimiento

Después de que todos los seguros médicos que cubren a un paciente hayan pagado o rechazado un reclamo por gastos médicos, la responsabilidad del paciente, según se describe en el aviso de pago de los deudores, pasa a la línea de Responsabilidad del Paciente (abreviado en inglés como PR) en el sistema de facturación. En el caso de que sea un pago a cuenta propia del paciente, quién no cuente con un seguro que cubra el pago, el saldo total del reclamo pasa a la línea PR del sistema de manera inmediata, una vez que los departamentos de Abstracting/Coding (Abstracción/Codificación) finalicen su parte con la cuenta.

Una vez que el saldo de paciente se ha pasado a la línea de Responsabilidad del Paciente y mientras el saldo del fiador o aval para todas las cuentas involucradas sobrepase los \$14.99 (el balance pequeño borra el límite) el sistema genera el Mensaje de Estado de Cuenta apropiado en la factura a emitirse. El Mensaje del Estado de Cuenta es la factura del paciente/fiador o aval y contiene el saldo de la cuenta por lo cual ellos son responsables. Si el paciente/fiador o aval no han realizado los pagos en su totalidad o no han hecho otros arreglos (como se describe en los Programas de Asistencia Financiera en la sección de abajo), en un plazo de 30 (treinta) días de

que el sistema generó el Mensaje del Estado de Cuenta #1, el sistema genera un Mensaje del Estado de Cuenta #2.

Si el paciente no ha realizado la totalidad de sus pagos o no han hecho otros arreglos con OHMC en un plazo de treinta (30) días de que el sistema generó el Mensaje del Estado de Cuenta #2, el sistema genera el Mensaje del Estado de Cuenta #3. Este mensaje advierte al paciente que continúa faltando con el pago total o acción de establecer otros arreglos con OHMC y que puede resultar en ser remitido a una agencia de colección o cobranza. Si el paciente falla en hacer su pago total o tomar acción treinta (30) días después de que el sistema genera el Mensaje del Estado de Cuenta #3, el sistema genera un Mensaje del Estado de Cuenta #4, que informa al paciente que debe pagar en un plazo de treinta (30) días o será enviado a una agencia de colección externa. La falta de acción del paciente en este punto, dará como resultado considerar que el paciente tiene una Deuda Incobrable (Bad Debt) y la cuenta será pasada a una agencia de cobranza externa.

Los representantes de la Cuenta del Paciente que reciben llamadas de los fiadores o realizan llamadas hacia ellos, utilizarán las siguientes herramientas de Asistencia Financiera para apoyar a los fiadores o avales a resolver los saldos de sus cuentas.

Programas de Asistencia Financiera

OHMC ofrece varios programas para brindar asistencia a los pacientes para gestionar su carga financiera sobre los pagos de sus servicios de cuidado de la salud. Los Consejeros Financieros son responsables de utilizar los programas que apliquen al paciente para brindarles asistencia en el cobro de la totalidad de su saldo. En el caso del cuidado que es de caridad o sin compensación monetaria, se realiza una exención de entre el 65% al 100% del saldo del paciente. El programa de Atención de Beneficencia Financiera de OHMC (Charity Care en inglés) es descrito en un apartado diferente de política y procedimientos. Los programas son los siguientes:

Programa de Descuento por Pago Oportuno (En inglés como Prompt Pay Discount Program) Este programa está disponible solamente para los servicios de necesidad médica y donde no existe cobertura de seguro. Este programa también aplica a los pacientes que son elegibles bajo un programa de seguro médico, pero no tienen cobertura de su seguro porque han maximizado el límite de sus beneficios. Se le otorga al paciente 30% de descuento del total de sus cargos al pagar el 50% del saldo de la cuenta a OHMC en un plazo de 30 días de la fecha que fue dado de alta. El paciente puede calificar también para un descuento del 30% al pagar su saldo total a OHMC en un plazo de 30 días a partir de la fecha de que se emite su primera factura, incluso si no hizo ningún pago parcial del balance estimado de su saldo al momento del servicio.

Programas de Plan de Extensión de Pagos (En inglés como Extended Payment Plan Program) Este programa está disponible para proporcionar asistencia financiera al paciente en su porción restante del reclamo de la que es responsable, después de que el seguro haya cubierto su parte del pago, o en el caso de que no exista ningún beneficio de un seguro médico. El Representante de Cuenta del Paciente puede trabajar con un paciente para establecer un plan de extensión de pagos. OHMC tiene la siguiente estructura de pago:

<u>Cantidad adeudada</u>	<u>Meses máximos a pagar</u>
< \$75	1
\$ 76 to \$ 250	3
\$ 251 to \$ 750	6
\$ 751 to \$1,500	12
\$1,501 to \$2,500	18
> \$2,500	25

Los arreglos de pago no deberán exceder los 25 meses de duración. Si el paciente no puede realizar los pagos bajo estos términos, se podrá ejecutar un arreglo de pagos temporal a través de una reevaluación, después de un periodo de tiempo designado. Los arreglos de pagos temporales deberán caer dentro de los mínimos establecidos en esta política, realizando el primer pago una vez que se establezca el plan de pagos.

Los Representantes de Cuenta del Paciente están equipados con correspondencia y acuerdos por escrito para enviárselos a los pacientes que elijan utilizar el plan de extensión de pagos. Si un paciente no cumple con un pago, los Representantes de Cuenta del Paciente se comunicarán con el paciente para determinar la razón y agilizar el pago. Un retraso continuo en su pago dará como resultado pasar la cuenta a colección como una deuda incobrable.

Atención de Beneficencia Financiera (En inglés como Charity Care/Financial Assistance). Este programa está disponible para proporcionar asistencia financiera al paciente en su porción restante del reclamo de la que es responsable, después de que el seguro haya cubierto su parte del pago, o en el caso de que no exista ningún beneficio de un seguro médico. El paciente puede solicitar o un Representante de Cuenta del Paciente puede ofrecer enviar al paciente una solicitud de Atención de Beneficencia Financiera. Una vez que el paciente devuelva su solicitud llenada (incluyendo la documentación que la sustente), un Representante de Cuenta del Paciente revisará la solicitud para ver si está completa y para calcular el ingreso del paciente como se describe en la Política de Atención de Beneficencia Financiera. El Representante de Cuenta que le envía al paciente la solicitud de cuidado de caridad es el responsable de detener (on hold) la cuenta del paciente en el sistema de facturación, para que el paciente no continúe recibiendo los Mensajes de su Estado de Cuenta durante el tiempo en que OHMC está calculando la elegibilidad del paciente para su atención de beneficencia financiera. Además, el Representante de la Cuenta del Paciente que revisa la solicitud, deberá informar al paciente por escrito de su aprobación (incluyendo la cantidad descontada) o la negación de dicho de atención de beneficencia. La gerencia de Servicios Financieros del Paciente está involucrada en la revisión y cálculo de los ajustes por la atención de beneficencia, cuyo porcentaje es monitoreado por el Controlador o Regulador de OHMC. Los pacientes que no califiquen para los descuentos de Atención de Beneficencia Financiera, tienen el derecho de apelar la decisión inicial por escrito con atención al Director de Ciclos de Ingresos (en inglés como Revenue Cycle).

Correo devuelto y números de teléfono incorrectos

Si los mensajes de Estados de Cuenta son retornados por el servicio de correo a OHMC, se harán intentos de obtener el domicilio correcto. El primer paso es de verificar el historial del paciente con OHMC para determinar si el paciente tiene otras cuentas en el sistema con el domicilio correcto. Si esta información no está disponible, se llamará a todos los números telefónicos que proporcionó el paciente para solicitar un domicilio correcto para enviar la factura. Una vez que se obtenga la información corregida, los Representantes de Cuenta o el Coordinador de Acceso de Servicio al Paciente actualiza la información en la facturación de todas las cuentas abiertas que se atribuyan al paciente. Si la información corregida no está disponible por ninguno de estos medios, la cuenta del paciente se considera como deuda incobrable y se asigna a una agencia externa para su manejo.

Paso de cuentas a colección o cobranza y monitoreo del desempeño de las agencias de colección-

Las cuentas que hayan recibido los 4 estados de cuentas y no tengan ninguna actividad de pago en los previos 30 días, serán automáticamente pasadas a agencias de cobranza o colección para seguir la actividad. Las cuentas entran a las filas de trabajo específicas para su cobro, conforme las agencias las califican bajo los criterios de su sistema. El director de los ciclos de ingresos procesa las cuentas para crear los archivos de la asignación semanal. Las tasas de liquidación de las agencias de cobranza son marcadas como punto de referencia en el informe de Indicadores Claves de Desempeño.