

|  |                            |                              |
|--|----------------------------|------------------------------|
|  <b>Sheppard Pratt</b><br>HEALTH SYSTEM |                            | Policy Number: HS-130.12.a   |
|  |                            | Page 1 of 7                  |
| Manual: Sheppard and Enoch Pratt Hospital Administrative Manual  |                            | Effective:                   |
| Section: 100 - Health System   | Sub-section: 130 - Finance | Prepared by: Ray Dzieszinski |
| Title: Billing and Collections Policy Spanish  |                            |                              |

|  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  <b>Sheppard Pratt</b><br>HEALTH SYSTEM |                             | Número de Política: HS-130.12  |
|  |                             | Página 1 de 6                  |
| Manual: Manual Administrativo de Sheppard and Enoch Pratt Hospital   |                             | Efectivo: 10/9/2018            |
| Sección: 100 – Sistema de Salud  | Sub-sección: 130 - Finanzas | Preparado por: Ray Dzieszinski |
| Título: Política de Facturación y Cobro  |                             |                                |

## POLÍTICA

Sheppard Pratt Health System (“Sistema de Salud”) está dedicado a proveer a los pacientes con servicios y cuidados de la más alta calidad. En apoyo de este objetivo, el Sistema de Salud se compromete a facturar de manera precisa y puntual a los pacientes y pagantes aplicables consistentemente con esta Política de Facturación y Cobro (“Política”). Todas las cuentas pendientes se manejarán justamente y de acuerdo con el Código Sección 501(r) e independientemente de la raza, el color, el credo, la religión, el género, el origen nacional, la edad, el estado marital, el estado familiar, la discapacidad u otros factores discriminatorios.

## PROPÓSITO

Instituir un enfoque de ciclo de ingresos integral utilizando prácticas de cobro aceptadas mientras se presta la debida atención a los derechos y la dignidad del paciente, los garantes y otras partes responsables.

## PROCEDIMIENTOS

1. **Definiciones.** Los siguientes términos deben ser interpretado de la siguiente manera dentro de esta Política:
  - a. **Código de la Sección 501(r):** Sección 501(r) del Código de Ingresos Internos de 1986 y los reglamentos promulgados en el mismo, con modificaciones cada cierto tiempo.
  - b. **Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs):** Actividades de cobro, según se definen en la Sección 501(r) del Código, que las organizaciones de atención médica solo pueden tomar contra un individuo para obtener el pago del cuidado después de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera. Las ECA son aquellas actividades identificadas en la Sección 501(r) del Código, que pueden incluir:
    - i. Vender la deuda de un individuo a otra parte, a menos que el comprador sea objeto de ciertas restricciones como se provee en la Sección 501(r) del Código.
    - ii. Reportar información adversa sobre el individuo a agencias de informe de crédito al consumidor.

iii. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, salvo reclamos formulados en quiebra o procedimiento de lesiones personales.

- c. Política de Asistencia Financiera (FAP): Una política separada que describe el programa de asistencia financiera de Sistema de Salud para servicios médicos. Esta política incluye los criterios que deben cumplir los pacientes para ser elegibles para recibir asistencia financiera como también el proceso mediante el cual las personas pueden solicitar asistencia financiera.
- d. Parte Responsable: Con respecto a los servicios provistos por el Sistema de Salud, el paciente, el garante de la cuenta, u otra persona responsable de pagar por dichos servicios.

## 2. Política de Pago/Cuentas Vencidas

- a. Para los servicios cubiertos por seguro, se hará un intento de cobrar todo copago y deducibles al momento del servicio. Si el paciente no puede pagar en el momento del servicio, se deben hacer arreglos para el pago de cualquier monto de auto-pago que se deba al momento de la visita.
- b. Todos los montos de auto-pago debidos se facturarán a la parte responsable a través de un estado de cuenta mensual. Estos montos incluyen copagos y/o deducibles impagos, coseguros y otros montos adeudados después del seguro. El estado de cuenta mensual indica claramente que los cargos son solo por servicios hospitalarios y que los cargos por servicios médicos no están incluidos. El número de teléfono de contacto aparece en el estado de cuenta para la conveniencia de la parte responsable.
- c. Todos los montos de auto-pago debidos deben pagarse en su totalidad por la parte responsable al recibir el estado de cuenta mensual. Si la parte responsable no puede pagar el monto total adeudado, se espera que se comunique con la Oficina de Finanzas para hacer los arreglos adecuados para el pago. Si la parte responsable indica una dificultad financiera, la FAP del Sistema de Salud, el formulario de solicitud de la FAP y el resumen en lenguaje sencillo se reenvían para que sean completados por todas las partes responsables en la cuenta. Para adaptarse a las solicitudes de pago, puede que se solicite información financiera y, en espera de una revisión de las circunstancias financieras por parte de un Gerente de Servicios Fiscales para Pacientes, se puede ofrecer un plan de pago.
- d. Si los esfuerzos de pre-cobranza son exitosos pero la cuenta no se cancela, se harán arreglos de pago aceptables con el Gerente de Servicios Fiscales para Pacientes y la cuenta se removerá del proceso de cobranza. Aquellas cuentas que no hayan respondido a los esfuerzos de pre-cobranza ni hayan realizado acuerdos de pago satisfactorios pueden estar sujetas a nuevas medidas de conformidad con la Sección 3 y los plazos establecidos en ella. En este punto, la cuenta quedará clasificada como deuda incobrable de las cuentas por cobrar activas.
- e. Bajo la dirección del Supervisor de Cobros, el Director de Contabilidad de Pacientes u otra gerencia superior, una cuenta morosa puede omitir tanto el proceso de pre-cobranza como el de cobranza y puede ser enviada directamente al abogado para el cobro. La cuenta también se puede retirar del proceso de pre-cobranza o cobranza en cualquier momento según las instrucciones del personal antes mencionado y se

enviará al abogado para su cobro. Todas las cuentas enviadas directamente al abogado para su cobro son clasificadas como deudas incobrables. Además, como parte de este proceso, el abogado tiene la obligación bajo contrato de asegurarse de que no se tome ninguna ECA para obtener el pago de la atención hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la atención según FAP.

- f. En esas cuentas remitidas a un abogado para su cobro, el abogado hará esfuerzos razonables, de acuerdo con la Sección 3, para resolver la cuenta antes de buscar un juicio. Si el abogado no puede negociar una resolución aceptable, se seguirá el juicio. Después de obtener el juicio, el abogado puede emitir los documentos adjuntos de salarios y/o cuentas bancarias u otras acciones legales para hacer cumplir el juicio. Si el abogado determina que hay bienes disponibles para satisfacer la totalidad o parte de la deuda, ninguna acción de ningún tipo puede iniciarse sin la autorización específica del Vicepresidente de Finanzas.
- g. Estas políticas de cobranza se aplican a todas las partes responsables, independientemente del cobro anterior o el historial de pagos, con la excepción de las cuentas actualmente en la agencia de cobranza o con el abogado. En esas circunstancias, las cuentas pueden omitir el proceso de pre-cobranza si se cumplen los requisitos de la Sección 3.
- h. El Sistema de Salud no cobra intereses, cargos por tardanza o multas en ninguna cuenta.
- i. El Sistema de Salud no permite que ninguna de sus agencias de cobranza reporte cuentas a ninguna agencia de informes de crédito o emprenda acciones legales sobre cualquiera de sus cuentas.

### 3. Esfuerzos Razonables y Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECAs)

- a. Antes de participar en las ECA para obtener el pago de la atención, el Sistema de Salud debe hacer esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera según la FAP. El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente es responsable de garantizar que el Sistema de Salud realice esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera de conformidad con la FAP y esta Política.
- b. Aplicaciones FAP Completas. En el caso de un paciente que presente un formulario de solicitud de asistencia financiera completo, el Sistema de Salud deberá, de manera rápida, suspender cualquier ECA para obtener el pago de la atención, hacer una determinación de elegibilidad y proporcionar una notificación por escrito, según lo dispuesto en esta Política.
- c. Determinaciones Presuntivas de Elegibilidad. Si se presume que un paciente es elegible para recibir menos de la asistencia más generosa disponible según la FAP (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en un formulario de solicitud presentado con respecto a atención previa), el Sistema de Salud notificará al paciente la base para la determinación y proveerá al paciente un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.
- d. Aviso y Proceso Donde No Se Presenta la Solicitud. A menos que se envíe un formulario de solicitud completo o se determine la elegibilidad según los criterios de presunta elegibilidad de la FAP, el Sistema de Salud se abstendrá de iniciar las ECA

durante al menos 120 días a partir de la fecha en que se envíe al paciente el resumen de facturación posterior a darle de alta. En el caso de la atención de episodios múltiples, estas disposiciones de notificación pueden agregarse, en cuyo caso los plazos se basarían en el episodio de atención más reciente incluido en la agregación. Antes de iniciar una (1) o más ECA(s) para obtener el pago de la atención de un paciente que no haya presentado un formulario de solicitud, el Sistema de Salud tomará medidas razonables para informar al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera para los pacientes elegibles, incluida la provisión de aviso por escrito treinta (30) días antes de iniciar una o más ECA.

- e. Notificación de Aprobación o Denegación de Asistencia. Según lo dispuesto en la FAP, el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente notificará al paciente por escrito dentro de un período de tiempo razonable a partir de la recepción del formulario de solicitud en cuanto a si la solicitud fue aprobada o rechazada. Si la solicitud fue aprobada, la carta incluirá la cantidad de asistencia aprobada. Si la solicitud fue rechazada, el motivo de la denegación se proporcionará en esta carta.
- f. Aplicaciones FAP Incompletas. Para solicitudes incompletas, a los pacientes se les proporcionará una lista por escrito de la información y/o la documentación que aún se necesita para completar el formulario de solicitud y dónde enviar la información faltante. Los pacientes deben tener al menos treinta (30) días de calendario para enviar información adicional. Cualquier ECA pendiente será suspendida durante este tiempo.
- g. ECAs. Después de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la asistencia financiera como se describe anteriormente, el Sistema de Salud puede tomar una o más de las ECA para obtener el pago de la atención.
- h. Reversión de ECA(s). En la medida en que se determine que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera según la FAP, el Sistema de Salud tomará toda medida razonablemente disponible para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente para obtener el pago de la atención. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, pero no están limitadas a medidas para eliminar cualquier juicio contra el paciente, levantar cualquier demanda o gravamen sobre la propiedad del paciente, y eliminar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se haya reportado a una agencia de informes del consumidor o la oficina de crédito.
- i. Reembolsos. Según lo dispuesto en la FAP, un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento del ciclo de cobranza. Sin embargo, solo se permitirá un reembolso durante el "período de solicitud". El período de solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención y finaliza a más tardar el día 240 después de la fecha en que se proporciona la primera declaración posterior al día de alta de la atención o bien: (i) la fecha especificada en una notificación escrita del Sistema de Salud con respecto a su intención de iniciar ECAs; o (ii) en el caso de un paciente que ha sido considerado presuntamente elegible para asistencia financiera en menos del 100%, el final del tiempo razonable para solicitar asistencia financiera. Sistema de Salud proporcionará un reembolso por la cantidad que un paciente ha pagado por la atención que excede la cantidad que se determina que el paciente es personalmente responsable de pagar según la FAP, a menos que dicha cantidad sea inferior a \$ 5.00. Además, esta disposición de reembolso no se aplicará a pagos realizados por un paciente que sean anteriores a la modificación de un paciente en las circunstancias que causan que un paciente sea elegible para recibir

asistencia según la FAP, según se determine a criterio exclusivo del Sistema de Salud.

- j. **Restricciones Para Aplazar o Denegar la Atención.** Si el Sistema de Salud tiene la intención de diferir o denegar, o requerir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria, según se define en la FAP, debido a que el paciente no paga una o más facturas por la atención proporcionada anteriormente cubierta por la FAP, entonces el paciente recibirá un formulario de solicitud y un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para pacientes elegibles y que establece la fecha límite, si la hubiera, después de lo cual el Sistema de Salud ya no aceptará ni procesará una solicitud presentada (o, si corresponde, completada) por el paciente por la atención previamente brindada en cuestión. Esta fecha límite no deberá ser antes de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que se proporcionó la notificación por escrito o 240 días después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta para la atención proporcionada anteriormente.

#### 4. Revisión Adicional de Asistencia Financiera Pre-Facturación y Pre-Cobranza

- a. **Revisión de Asistencia Financiera Pre-Facturación.** De acuerdo con el procedimiento para las determinaciones de elegibilidad presunta anteriores, las cuentas pueden ser revisadas por dificultades financieras antes del inicio del ciclo de facturación. Si se puede determinar que el saldo de la cuenta creará una dificultad financiera, se tomará una decisión para otorgar asistencia financiera por el monto adeudado. Además, cualquier otro saldo abierto de pago por auto-pago existente, independientemente del monto adeudado, también se considerará asistencia financiera hasta la fecha de la decisión (pero no estará sujeto a la provisión de reembolso que figura anteriormente).
- b. **Revisión de Asistencia Financiera Pre-Cobranza.** Posteriormente, las cuentas pueden ser revisadas por dificultades financieras antes de transferir una cuenta para cobranza. Si se puede determinar que el saldo de la cuenta crea una dificultad financiera, se tomará la decisión de otorgar asistencia financiera por el monto adeudado y la cuenta no se transferirá para cobranza. Además, cualquier otro saldo abierto de pago por auto-pago existente, independientemente del monto adeudado, también se considerará asistencia financiera hasta la fecha de la decisión (pero no estará sujeto a la provisión de reembolso que figura anteriormente).

#### 5. Deudas Incobrables de Medicare

- a. Al finalizar el proceso de cobranza, todas las cuentas elegibles de Deudas Incobrables de Medicare deben revisarse para la conversión de las deudas incobrables regulares a las de Deudas Incobrables de Medicare.
- b. Se moverán directamente a Deudas Incobrables de Medicare los montos deducibles y de coseguro de Medicare que reúnen los requisitos o puede demostrar la necesidad financiera a través de la solicitud de Asistencia Financiera de conformidad con la FAP.

#### 6. UR y Cancelaciones Contractuales

- a. Las cuentas que no cumplan con los criterios de Revisión de Utilización se cancelarán en el momento en que se notifique a un Gerente de Servicios Fiscales

para el Paciente. Todas las cancelaciones deben ser aprobadas por el Gerente o por la alta gerencia.

- b. Los montos de los ajustes contractuales se toman en o antes del momento en que se publican los pagos. Estos montos son publicados por los carteles de pago y no requieren autorización previa del Gerente o de la alta gerencia.
- c. Las cuentas que no cumplan con los requisitos de autorización previa u otro tipo de cumplimiento de los términos de los contratos con terceros pagadores se cancelaran con el código de cancelación apropiado y aprobadas por el Gerente o la alta gerencia.

#### 7. Cancelaciones Misceláneas

- a. Un Gerente de Servicios Fiscales para Pacientes, el Director de Contabilidad del Paciente u otra gerencia superior debe aprobar todas las demás cancelaciones de deudas incobrables. Las razones de estas cancelaciones son variadas, incluyendo, pero no se limitarían a errores de facturación, incumplimiento de los requisitos de presentación a tiempo, cuentas con información de seguro incorrecta, etc.

8. Información General. El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente tendrá la autoridad y la responsabilidad finales para determinar que el Sistema de Salud ha realizado esfuerzos razonables para determinar si una parte responsable es elegible para recibir asistencia financiera y para decidir que el Sistema de Salud participará en ECAs contra la parte responsable. Puede encontrar más información sobre la FAP, esta Política, el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente:

- a. En Línea: [www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/](http://www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/)
- b. Por Correo: Patient Financial Services Department  
Attn: Financial Assistance  
P.O. Box 6815  
Baltimore, MD 21285-6815
- c. En Persona: All Patient Registration and Admissions Locations; or  
The Conference Center at Sheppard Pratt  
6501 N. Charles Street  
Baltimore, MD 21204
- d. Por Teléfono: Llame al Servicio al Cliente al (410)-938-3370 o al número gratuito (800)-264-0949.

#### Referencias:

#### Adjuntos:

#### Fechas de Revisión:

#### Fechas Revisadas:

10/18

#### Firmas:

Armando Colombo: 10/09/18

Harsh Trivedi: 10/04/18

**References:**

**Attachments:**

**Revision Dates:**

**Reviewed Dates:**

**Signatures:**