


Highpoint Health

with  Ascension
Saint Thomas

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRANZA

1. OBJETIVO

Highpoint Health, en asociación with Ascension Saint Thomas, ("Highpoint Health") ha elaborado esta política para describir sus procedimientos de facturación y cobranza, que incluyen los procesos para determinar la elegibilidad de un paciente según la Política de asistencia financiera de **Highpoint Health**, antes de iniciar ciertas actividades de cobranza. Los centros de Highpoint Health son Highpoint Health, Sumner; Highpoint Health, Riverview; y Highpoint Health, Trousdale.

2. ALCANCE

Esta política se aplicará a los hospitales, a su Oficina Comercial Extendida (EBO) y a las agencias de cobranza contratadas por los hospitales.

En Highpoint Health nos comprometemos a informar a nuestros pacientes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones de asistencia financiera disponibles. Además, nos aseguramos de comunicarnos con ellos respecto a las cuentas pendientes de pago de una manera que refleje nuestro respeto y consideración por su dignidad.

Highpoint Health llevará a cabo esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente de acuerdo con su Política de asistencia financiera. Se pueden obtener de forma gratuita copias de la Política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje claro de dicha política, la Solicitud de asistencia financiera y las instrucciones correspondientes, previa solicitud por escrito dirigida a: **Highpoint Health with Ascension Saint Thomas, P.O. Box 1558, Gallatin, TN 37066**. También puede encontrar copias en la sala de emergencias y en las áreas de admisión del hospital. Estos documentos están disponibles en línea en highpointhealthsystem.com.

3. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Highpoint Health proporcionará atención médica en situaciones de emergencia a todas las personas, sin discriminación y de acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA), independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta práctica se especifica con mayor detalle en la política de EMTALA del sistema de salud. Se puede obtener de forma gratuita, previa solicitud por escrito, una copia de la política de EMTALA dirigida a **Highpoint Health with Ascension Saint Thomas, P.O. Box 1558, Gallatin, TN 37066**; la política también se puede descargar en highpointhealthsystem.com. El sistema de salud no llevará a cabo acciones que desalienten a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir el pago por adelantado a los pacientes de la sala de emergencias antes de recibir tratamiento o permitir actividades de cobranza que interfieran con la provisión, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

Highpoint Health

with  Ascension
Saint Thomas

4. DEFINICIONES DE LA POLÍTICA

Período de notificación: el intervalo que inicia en la fecha en que se brinda la atención y concluye 120 días calendario después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

Servicios cubiertos: la atención médica necesaria y de emergencia.

Asistencia financiera: la reducción del saldo de la cuenta de un paciente elegible de acuerdo con los términos de la Política de asistencia financiera.

Política de asistencia financiera: un documento que describe por escrito el programa del Hospital para brindar atención médica necesaria y de emergencia de forma gratuita o con descuento a pacientes elegibles. Esto incluye los criterios de elegibilidad, las bases para calcular los cargos y los procedimientos para solicitar asistencia financiera.

Hospitales: **Highpoint Health, Sumner; Highpoint Health, Riverview; y Highpoint Health, Trousdale.** Las referencias en esta política a "Hospital(es)" incluirán su Oficina Comercial Extendida y sus agencias principales, si corresponde.

Paciente: se refiere a la persona que recibe tratamiento médico o, en el caso de un menor no emancipado u otro dependiente, al padre, tutor legal u otra persona (garante) responsable financieramente del paciente.

Período de solicitud: este período inicia en la fecha en que se brinda la atención y concluye 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

5. DIRECTRICES DE LA POLÍTICA

5.1 Generales

- a. Por lo general, el Hospital espera que los pacientes y terceros pagadores cumplan totalmente con sus obligaciones con el Hospital.

- b. Las responsabilidades del paciente son las siguientes:
- Proporcionar al hospital la información demográfica y sobre seguros de forma completa y puntual.
 - Notificar al hospital sobre posibles fuentes de pago por parte de terceros, como la indemnización por accidente laboral, póliza del seguro automotriz o un acuerdo por lesiones personales.
 - Obtener y mantener la cobertura de seguro médico, si está disponible de manera asequible, y cumplir con los copagos, deducibles y coseguros correspondientes.
 - Comprender y cumplir con los requisitos y limitaciones de su cobertura de seguro médico, lo cual incluye, entre otros, limitaciones de la red, requisitos de derivación y autorización previa, así como la presentación oportuna de los formularios de reembolso.
 - Cumplir con cualquier plan de pago alternativo acordado.
 - Los pacientes que buscan asistencia financiera deben presentar una Solicitud de asistencia financiera completa y dentro del plazo establecido, además de cooperar según lo requerido en las solicitudes de Medicaid u otros programas gubernamentales.
- c. El hospital mantendrá registros para documentar la facturación y los intentos de y cobranza, así como las comunicaciones relacionadas con la cuenta de cada paciente. (Los registros mencionados estarán sujetos a las políticas de privacidad y retención de documentos correspondientes del hospital).

5.2 Facturación a pacientes y terceros pagadores

- a. El hospital tomará las medidas correspondientes para recopilar la información sobre el seguro y de otro tipo del paciente, y verificar la cobertura de los servicios que se van a prestar. Esta información se puede obtener antes de que se brinden servicios de atención médica que no sean de emergencia. El hospital pospondrá cualquier intento de obtener esta información durante la prestación de atención médica de emergencia en los niveles descritos en EMTALA para evitar retrasar o interferir con exámenes de detección o servicios destinados a estabilizar una afección médica de emergencia.
- b. El hospital facturará a terceros pagadores de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable y los términos de los contratos de terceros pagadores correspondientes. En términos generales, se espera que los pacientes abonen puntualmente los saldos pendientes de cualquier cuenta que no haya sido pagada por un tercero pagador. A los pacientes que soliciten servicios de atención médica no urgentes se les puede requerir que abonen por adelantado los servicios que no sean cubiertos por terceros pagadores, lo cual incluye los copagos, los deducibles y los importes de coseguro.
- c. El área de Servicios financieros de pacientes puede aprobar, caso por caso, acuerdos de planes de pago para pacientes que indiquen que podrían tener dificultades para pagar el saldo de su cuenta en una sola cuota.

- d. Cuando un paciente no cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera, Servicios financieros de pacientes puede aplicar otros descuentos a su entera discreción, por ejemplo, descuentos para incentivar el pronto pago o para casos específicos de dificultades financieras. Estos descuentos no están incluidos en la Política de asistencia financiera y no pueden combinarse con los descuentos de asistencia financiera.

5.3 Cobranza y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para asistencia financiera

- a. Durante el período de notificación, el hospital no remitirá ninguna cuenta a una agencia de cobranza. En primer lugar, según lo establecido en esta sección 5.3, llevará a cabo esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
- b. Durante el proceso de admisión o alta en el hospital, se proporcionará a todos los pacientes un resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje claro.
- c. Todos los estados de cuenta de los pacientes incluirán un aviso sobre la Política de asistencia financiera, el cual contendrá información sobre cómo obtener copias de dicha política y una Solicitud de asistencia financiera.
- d. Si un paciente sin seguro incumple el pago de los cargos por servicios cubiertos:
 - i. *No se presentó una Solicitud de asistencia financiera durante el período de notificación.* Si el paciente no presenta una Solicitud de asistencia financiera durante el período de notificación, se puede derivar una cuenta a una agencia de cobranza si se cumplen todos los siguientes criterios:
 - A. El hospital le ha enviado al paciente un aviso por escrito indicando que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles.
 - B. Dicho aviso por escrito incluye una copia del resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje claro.
 - C. El hospital ha tomado las medidas correspondientes para informar verbalmente al paciente sobre la Política de asistencia financiera y la disponibilidad de ayuda para completar la Solicitud de asistencia financiera.
 - D. El período de notificación ha finalizado.

- E. El director de la Oficina comercial/director de Servicios financieros de pacientes o su representante ha revisado la cuenta del paciente y la documentación para confirmar el cumplimiento de los criterios anteriores.
- ii. *La solicitud de asistencia financiera se presentó durante el período de notificación.* Si el paciente completa una Solicitud de Asistencia Financiera durante el período de notificación y el hospital determina que no es elegible para recibir asistencia financiera, se le informará al paciente por escrito sobre esta decisión y la cuenta podría remitirse a una agencia de cobranza una vez que haya finalizado el período de notificación.
- iii. *La solicitud de asistencia financiera se envió después del período de notificación.* Si un paciente completa una solicitud de asistencia financiera después del período de notificación pero antes de que finalice el período de solicitud, el proceso de cobranza se suspenderá hasta que el hospital haya procesado la solicitud. Si el hospital determina que el paciente no cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera, se le notificará por escrito acerca de esta decisión. Luego, el hospital podrá reanudar el proceso de cobranza.
- iv. *Se presentó incompleta la solicitud de asistencia financiera durante el período de solicitud.* Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el período de solicitud, el hospital suspenderá la actividad de la agencia de cobranza y enviará un aviso por escrito al paciente detallando la información adicional necesaria. Se le otorgará al paciente un plazo apropiado para responder (al menos 30 días o hasta la finalización del período de solicitud, lo que ocurra en segundo término). Si el paciente no brinda la información requerida para la fecha de respuesta indicada, el hospital puede remitir la cuenta a una agencia de cobranza según lo establecido en la sección 5.3(d)(i) anterior.
- e. A los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera se les reembolsarán los pagos que excedan el monto determinado como adeudado por el paciente. Además, el hospital tomará las medidas correspondientes para detener el proceso de cobranza.