



GRIFFIN HOSPITAL
130 Division Street Derby, CT 06418

TÍTULO DE LA POLÍTICA: *Servicios financieros para el paciente: Política sobre facturación y cobro de cuentas de pago particular*

PROPÓSITO:

Esta política establece las medidas que pueden tomarse en caso de falta de pago de los Servicios cubiertos que proporciona Griffin Hospital (el “Hospital”), incluidas las medidas para el cobro y el informe a agencias de comprobación crediticia. Los principios rectores de esta política son tratar a todos los pacientes de igual manera, con dignidad y respeto, y asegurar el seguimiento uniforme de los procedimientos adecuados de facturación y cobro. Esta política versa sobre la facturación y el cobro de cuentas de pago particular tanto de pacientes que no cuentan con seguro como de pacientes que tienen seguro, e incluye copagos, coseguro y deducibles.

DEFINICIONES:

El término Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) significa los montos que generalmente se facturan por los Servicios cubiertos que se proporcionan a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, los cuales se reducen a la tarifa actual de Medicare con el uso del método prospectivo. El método prospectivo implica el uso del proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si la Persona elegible para la Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) (según se define) fuera beneficiaria del sistema de honorarios por servicio de Medicare y el establecimiento de AGB por dicha atención por el monto que el hospital determine que sería el monto total que Medicare permitiría por dicha atención (lo que incluye tanto el monto que Medicare reembolsaría como el monto que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en la forma de copagos, coseguro y deducibles).

El término Período de solicitud significa el período durante el cual el Hospital debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención y finaliza el día número 240 después de que el Hospital proporciona la primera factura posterior al alta.

El término Fecha límite de facturación significa la fecha después de la cual el Hospital puede iniciar una medida de cobro extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés) (según se define) contra una Persona responsable que no haya presentado una solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP. La Fecha límite de facturación se debe especificar mediante una notificación cursada por escrito a la Persona responsable con un mínimo de 30 días de antelación a dicha fecha límite.

El término Fecha límite de compleción significa la fecha después de la cual el Hospital puede iniciar o retomar una ECA contra una persona que haya presentado una FAP incompleta si dicha persona no ha proporcionado la información o documentación faltante que es necesaria para completar la solicitud. La Fecha límite de compleción se debe especificar en una notificación por escrito y debe ser, como mínimo, (1) 30 días después de que el Hospital proporcione a la persona una notificación de documentación incompleta o (2) el último día del Período de solicitud, lo que ocurra después.

El término Servicios cubiertos significa Atención médica de emergencia u otros servicios Médicamente necesarios (según se define más abajo) que se proporcionan a los pacientes internados y ambulatorios del Hospital. Los pacientes que viven en Connecticut y necesiten servicios de emergencia pueden recibir atención y calificar para un descuento si tienen determinados niveles de ingresos, según se describe en la FAP (según se define más abajo). Los pacientes que viven en Connecticut pueden calificar para un descuento de servicios Médicamente necesarios que no sean de emergencia si tienen determinados niveles de ingresos que se describen en la FAP.

El término Afección emergente significa una afección médica que se ha producido como resultado de la aparición repentina de una afección de salud que presenta síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) que, si no se recibe atención médica de inmediato, es razonablemente probable que ponga en riesgo serio la salud del paciente, cause un deterioro grave de las funciones corporales o cause una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.

El término Atención médica de emergencia significa la atención médica que se requiere para casos de Afecciones emergentes, de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act), artículo 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (Título 42 del Código de los Estados Unidos [USC, por sus siglas en inglés] 1395dd) a las personas, independientemente de su elegibilidad para recibir Asistencia financiera en virtud de esta política. Más específicamente, el término Atención médica de emergencia hace referencia a los servicios que se deben proporcionar en virtud del subcapítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations) y Reglamentaciones del Tesoro (Treasure Regulations), artículo 1.501(r)-4(c) (o cualquier reglamentación que la suceda), en la medida que dichas reglamentaciones sean aplicables a SNCH.

El término Medida de cobro extraordinaria (ECA) significa cualquier medida que se tome contra una persona en relación con la obtención del pago de una Cuenta de pago particular (según se define), como vender la deuda de una persona a otra parte; denunciar información perjudicial sobre la Persona responsable a agencias de informe crediticio de consumidores u oficinas de crédito; posponer o denegar atención médicamente necesaria, o requerir un pago antes de proporcionar dicha atención debido a la falta de pago de la persona de una o más facturas de atención anteriormente proporcionada, cubierta en virtud de la FAP del Hospital; u otras acciones que requieran un proceso legal o judicial, incluidas las siguientes:

- Someter la propiedad de una persona a un gravamen (que no sea un gravamen que el Hospital tenga derecho a ejecutar en virtud de la ley estatal a través de una sentencia, un acuerdo o un compromiso adeudado a una persona [o su representante] como resultado de lesiones personales por las que el Hospital haya proporcionado atención).
- Iniciar una acción civil contra una persona.
- Embargar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal.

- Hacer que una persona quede sujeta a una orden de arresto por falta de comparecencia.
- Embargar los salarios de una persona.

El término Persona elegible para la FAP significa una Persona responsable que es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP independientemente de si la persona presentó una solicitud de asistencia financiera.

El término Política de asistencia financiera (FAP) significa el Programa de asistencia financiera para pacientes no asegurados/infraasegurados del Hospital, que incluye los criterios de elegibilidad, la base para calcular los cargos, el método para aplicar la política y las medidas para publicitar la política.

El término Medicamento necesarios significa los servicios que son necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causan un sufrimiento agudo en una persona; que ponen en peligro la vida; que causan una dolencia o enfermedad; que interfieren en su capacidad de realizar sus actividades normales; o que amenazan con una incapacidad considerable.

El término Período de notificación significa el período durante el cual el Hospital debe notificar a una Persona responsable (según se define más abajo) sobre su elegibilidad para la FAP antes de iniciar una ECA (según se define más abajo). El Hospital debe realizar los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente en virtud de la FAP. El Período de notificación comienza en la primera fecha en que se proporciona atención a la Persona responsable y finaliza el día 120 después de que el Hospital proporcione a la persona la primera factura posterior al alta por los Servicios cubiertos o 30 días después de la fecha de la notificación, lo que ocurra después.

El término Resumen en términos sencillos (“PLS”, por sus siglas en inglés) significa una declaración proporcionada por escrito que sea clara, concisa y fácil de comprender, que el Hospital usa para notificar a un paciente o a las Personas responsables que correspondan que el Hospital ofrece asistencia financiera en virtud de la FAP por los Servicios cubiertos que proporciona el Hospital.

El término Servicios financieros para el paciente (PFS, por sus siglas en inglés) significa la unidad operativa del Hospital que es responsable de la facturación y el cobro de Cuentas de pago particular.

El término Persona responsable significa el paciente y cualquier otra persona que tenga la responsabilidad financiera de una Cuenta de pago particular. Puede haber más de una Persona responsable.

El término Cuenta de pago particular significa la parte de la cuenta de un paciente que es responsabilidad personal del paciente o de otra Persona responsable, tras la deducción de los pagos realizados por un seguro de salud u otro tercero pagador disponible (lo que incluye copagos, coseguro y deducibles) y tras la deducción de reducciones o compensaciones que se hagan con respecto a dicha cuenta de un paciente tras la solicitud del Programa de asistencia financiera.

El término Cuenta única del paciente significa un resumen consolidado de las Cuentas de pago particular de todas las visitas al establecimiento del Hospital.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

- Sujeto al cumplimiento de las disposiciones de esta política, el Hospital puede tomar las acciones legales necesarias, incluidas ECA, para obtener el pago de los servicios médicos proporcionados.

El Hospital no iniciará ECA, ya sea de forma directa o a través de una agencia de cobro de deudas u otra parte a la que haya derivado la deuda del paciente, antes de realizar los esfuerzos razonables por determinar si una Persona responsable es elegible para recibir asistencia en virtud de la FAP.

PROCEDIMIENTOS:

- A los pacientes que soliciten Asistencia financiera se les ofrecerá el PLS y un formulario de solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP durante el proceso de admisión y alta del Hospital.
- Se debe incluir un aviso notorio con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera en todos los resúmenes de la Cuenta única del paciente.
- El PLS se debe incluir con todas las facturas que se realicen con respecto a potenciales ECA.
- Se deberán enviar por correo, al menos, tres resúmenes por separado de la Cuenta única del paciente para el cobro de Cuentas de pago particular a la última dirección conocida de cada Persona responsable antes del fin del Período de notificación; se establece, sin embargo, que no es necesario proporcionar otros resúmenes de la Cuenta única del paciente después de que una Persona responsable presente una solicitud completa de asistencia financiera en virtud de la FAP. Deberán haber pasado, como mínimo, 120 días entre el primero y el último de los tres correos requeridos. Todos los resúmenes de la Cuenta única del paciente de Cuentas de pago particular incluirán lo siguiente:
 1. Un resumen preciso de los servicios del hospital que se contemplan en el resumen.
 2. Los cargos por dichos servicios.
 3. El monto que la Persona responsable debe pagar (o, si se desconoce dicho monto, un cálculo de buena fe de dicho monto a la fecha del resumen inicial).
- Se proporcionará una lista detallada de los cargos del hospital, si lo solicita.
- Al menos uno de los resúmenes de la Cuenta única del paciente que se envíen durante el Período de notificación incluirá una notificación por escrito que informe a la Persona responsable sobre las ECA que pueden tomarse si la Persona responsable no solicita asistencia financiera en virtud de la FAP o paga el monto adeudado para la Fecha límite de facturación (es decir, el último día del Período de notificación). Dicho resumen se debe proporcionar a la Persona responsable, al menos, 30 días antes de la fecha límite que se especifica en el resumen, si se iniciarán ECA.
- Se deberá enviar por correo a la última dirección conocida de cada Persona responsable un resumen que indique la intención de transferir la Cuenta única del paciente a una agencia de cobro, al menos, 30 días antes de realizar la transferencia de una Cuenta de pago particular a una agencia de cobro o del inicio de una ECA. También se debe hacer un esfuerzo razonable por notificar de forma oral a la Persona responsable por teléfono llamándola a su último número de teléfono conocido. Durante todas las conversaciones,

se informará a la Persona responsable sobre la asistencia financiera que puede estar disponible en virtud de la FAP.

Las ECA pueden iniciarse de la siguiente manera:

1. Si ninguna de las Personas responsables presenta la solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP para el último día del Período de notificación, y las Personas responsables han recibido la notificación por escrito con 30 días de antelación que se describe más arriba, el Hospital puede iniciar ECA.
 2. Si todas las Personas responsables presentan la solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP, y PFS determina de forma definitiva que las Personas responsables no son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP (lo que incluye el motivo de que el paciente no tenga seguro), el Hospital puede iniciar ECA.
 3. Si alguna Persona responsable presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera en virtud de la FAP antes del final del Período de solicitud, no se pueden iniciar ECA hasta que se completen todos los siguientes pasos:
 - a. El Departamento de Asistencia Financiera proporciona a la Persona responsable una notificación cursada por escrito dentro de un plazo razonable (es decir, con un mínimo de 30 días de antelación) que describa la información o documentación adicional requerida en virtud de la FAP para completar la solicitud de asistencia financiera, y dicha notificación incluye una copia del PLS.
 - b. PFS proporciona a la Persona responsable una notificación cursada por escrito con un mínimo de 30 días de antelación sobre las ECA que el Hospital puede iniciar contra la Persona responsable si no se completa la solicitud en virtud de la FAP o si no se realiza el pago; se establece, sin embargo, que la fecha límite para la compleción o el pago no puede determinarse antes de que finalice el Período de solicitud.
 - c. Si la Persona responsable que presentó la solicitud incompleta completa la solicitud de asistencia financiera, y Acceso del Paciente determina de forma definitiva que la Persona responsable no es elegible para recibir ningún tipo de asistencia financiera en virtud de la FAP, el Hospital puede iniciar ECA.
 - d. Si la Persona responsable que ha presentado la solicitud incompleta no completa la solicitud para la fecha límite que se establece en la notificación que se proporciona de conformidad con el punto 3.b que antecede, pueden iniciarse ECA.
 - e. Si una Persona responsable presenta una solicitud, completa o incompleta, de asistencia financiera en virtud de la FAP en cualquier momento antes de que finalice el Período de solicitud, el Hospital suspenderá las ECA mientras se encuentre pendiente dicha solicitud de asistencia financiera.
- A toda Persona responsable o representante de esta que se comunique con el Hospital para obtener información sobre alguna posible asistencia financiera se le proporcionará información sobre el Programa de asistencia financiera en virtud de la FAP.
 - Todas las agencias de cobro deben respetar la Política de asistencia financiera del Hospital y proporcionar información a los pacientes sobre cómo presentar una solicitud

de asistencia financiera. Están prohibidas las acciones de cobro contra Personas responsables que eran elegibles para Medicaid al momento de recibir Servicios cubiertos.

- Está prohibido enviar a cobrar cuentas de personas que hayan presentado solicitudes cuyas determinaciones de elegibilidad se encuentren pendientes.

Luego de que esté permitido dar inicio a ECA, las agencias externas de cobro estarán autorizadas a presentar litigios, obtener gravámenes y ejecutar dichos gravámenes a través de medios legales de cobro; se establece, sin embargo, que se debe exigir una aprobación previa obtenida por escrito de PFS antes de que se pueda iniciar cualquier acción legal y que se debe obtener la aprobación previa de PFS antes de que las agencias de cobro puedan usar cualquier medio de cobro que involucre la detención física o el arresto de una Persona responsable.

- Las agencias de cobro tienen prohibido forzar la venta o la ejecución de la residencia principal de una Persona responsable.
- Las deudas de pacientes que tienen la posibilidad de pagar los servicios del Hospital, pero no están dispuestos a hacerlo, se consideran deudas incobrables y se derivan a agencias externas para su cobro. Las deudas de pacientes que califican para recibir asistencia en virtud del Programa de asistencia financiera y que no pagan el saldo a su vencimiento, después de la aplicación del descuento que corresponda, se consideran deudas incobrables por el monto de dicho saldo y se derivan a agencias externas para su cobro.
- Se encuentran disponibles copias gratuitas de esta política para el público en general. Las copias de la política están disponibles en la Sala de Emergencias, en el Departamento de Asistencia Financiera, en el Departamento de Admisión y en otras áreas de registro de pacientes ambulatorios que se encuentran en el establecimiento y en otros lugares públicos. Esta política está disponible en el sitio web del Hospital y se puede solicitar por correo postal. Esta política está disponible en el sitio web del Hospital y se puede solicitar por correo postal. La política está publicada en inglés y español.
- Si el Hospital deriva o vende deudas de pacientes a otra parte durante el Período de solicitud, el acuerdo por escrito que se celebre con dicha parte debe obligar a la parte a lo siguiente:
 1. No iniciar ECA hasta la Fecha límite de facturación.
 2. Suspender las ECA en curso si la persona presenta una solicitud en virtud de la FAP durante el Período de solicitud.
 3. Si se determina que la Persona responsable es elegible para la FAP, asegurar que la persona no pague y no esté obligada a pagar más de lo necesario y a revertir toda ECA que se haya tomado anteriormente.
 4. Obtener disposiciones similares en un acuerdo celebrado por escrito, si dicha parte deriva o vende la deuda a otra parte más.