

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS

1. PROPÓSITO

El Hospital Regional Harris y el Hospital Comunitario Swain han desarrollado esta política para detallar sus procedimientos de facturación y cobro, incluidos sus procesos para determinar la elegibilidad de un paciente según la Política de Asistencia Financiera del Hospital Regional Harris y el Hospital Comunitario Swain antes de iniciar ciertas actividades de cobro.

2. ÁMBITO

Esta política se aplicará al Hospital, su Oficina de Negocios Extendida (EBO) y las agencias de cobro (Agencias Primarias) contratadas por el Hospital.

El Hospital está comprometido a informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones de asistencia financiera disponibles, y a comunicarse con los pacientes sobre cuentas pendientes de una manera que trate a los pacientes con dignidad y respeto.

El Hospital hará esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente bajo su Política de Asistencia Financiera antes de participar en Acciones Extraordinarias de Cobro, como se describe en esta política. Las copias de la Política de Asistencia Financiera, un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y las instrucciones asociadas están disponibles de forma gratuita a solicitud escribiendo a Harris Regional Hospital, Servicios de Acceso al Paciente, en 68 Hospital Rd, Sylva, NC, 28779.

Las copias también se pueden encontrar en la sala de emergencias y en las áreas de admisión del hospital. Estos documentos pueden encontrarse en línea en myharrisregional.com o myswaincommunity.com.

3. CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

El Hospital Regional Harris y el Hospital Comunitario Swain proporcionarán, sin discriminación, y en cumplimiento con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA), atención para condiciones médicas de emergencia a individuos, independientemente de si son elegibles para Asistencia Financiera, como se especifica con mayor detalle en la política EMTALA del Hospital. Una copia de la política EMTALA está disponible de forma gratuita a solicitud escribiendo a Harris Regional Hospital, Servicios de Acceso al Paciente en 68 Hospital Rd, Sylva, NC, 28779; la política también puede descargarse en myharrisregional.com o myswaincommunity.com. El Hospital no participará en ninguna acción que desaliente a los individuos de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes de la sala de emergencias paguen antes de recibir tratamiento o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

4. DEFINICIONES DE POLÍTICA

- **Período de Notificación** – el período que comienza en la fecha en que se proporciona la atención y termina 120 días calendario después de la fecha del primer estado de cuenta post-alta.
- **Servicios Cubiertos** – atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios.
- **Asistencia Financiera** – reducción del saldo de cuenta de un paciente elegible según los términos de la Política de Asistencia Financiera.
- **Política de Asistencia Financiera** – política escrita que describe el programa del Hospital para proporcionar atención de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios de forma gratuita o con descuento a pacientes elegibles, que incluye criterios de elegibilidad, la base para calcular los cargos y los procedimientos para solicitar la Asistencia Financiera.
- **Hospital** – Las referencias en esta política a "Hospital" incluirán su Oficina de Negocios Extendida y Agencias Primarias, cuando corresponda.
- **Paciente** – la persona que recibe tratamiento médico y/o, en el caso de un menor no emancipado u otro dependiente, el padre, tutor legal u otra persona (fiador) que sea financieramente responsable del paciente.
- **Período de Solicitud** – el período que comienza en la fecha en que se proporciona la atención y termina 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta post-alta.

5. DIRECTRICES DE LA POLÍTICA

5.1 General

- a. El Hospital generalmente espera que los pacientes y los pagadores de terceros satisfagan sus obligaciones hospitalarias en su totalidad.
- b. Puede vender la deuda a un proveedor sin fines de lucro de terceros para efectuar el alivio de la deuda médica para estos consumidores.
- c. Las responsabilidades del paciente incluyen:
 - Proporcionar al Hospital información completa y oportuna sobre el seguro y los datos demográficos.
 - Notificar al hospital sobre posibles fuentes de pago de terceros, como compensación laboral, póliza de seguro de vehículos de motor o acuerdo de lesiones personales.
 - Obtener y mantener cobertura de seguro médico, si está disponible una cobertura asequible para ellos, y satisfacer cualquier copago, deducible y coseguro aplicable.
 - Comprender y cumplir con los requisitos y limitaciones de su cobertura de seguro médico, incluidos, entre otros, limitaciones de la red, requisitos de derivación y preautorización, y la presentación oportuna de formularios de reclamación.
 - Cumplir con cualquier plan de pago alternativo acordado; y para los pacientes que solicitan Asistencia Financiera, presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa y oportuna y cooperar, según se solicite, en las solicitudes para Medicaid u otros programas

gubernamentales.

d. El Hospital mantendrá registros para documentar los esfuerzos de facturación y cobro y las comunicaciones en cada cuenta de paciente. [Dichos registros estarán sujetos a las políticas de privacidad y retención de documentos aplicables del Hospital.]

Página 3 de 5

5.2 Facturación de Pacientes y Pagadores de Terceros

a. El Hospital hará esfuerzos razonables para recopilar la información del seguro de un paciente y verificar la cobertura para los servicios que se van a proporcionar. Esta información se puede obtener antes de la entrega de servicios de atención médica no emergentes. El Hospital pospondrá cualquier intento de obtener esta información durante la entrega de atención médica de emergencia de nivel EMTALA si el proceso para obtener esta información retrasaría o interferiría con el examen médico de evaluación o los servicios para estabilizar una condición médica de emergencia.

b. El Hospital facturará a los pagadores de terceros de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable y los términos de los contratos de pagadores de terceros aplicables. En general, se espera que los pacientes paguen puntualmente cualquier saldo de cuenta no pagado por un pagador de terceros. Se puede solicitar a los pacientes que busquen servicios de atención médica no emergentes que paguen por adelantado los servicios que no serán cubiertos por los pagadores de terceros, incluidos los copagos, deducibles y montos de coseguro.

c. Los Servicios Financieros para Pacientes pueden, caso por caso, aprobar acuerdos de planes de pago para pacientes que indiquen que pueden tener dificultades para pagar su saldo de cuenta en un solo pago.

d. Cuando un paciente no califique para Asistencia Financiera, los Servicios Financieros para Pacientes pueden, a su discreción, aplicar otros descuentos, incluidos, por ejemplo, descuentos para fomentar el pago rápido o para reconocer casos únicos de dificultades financieras. Dichos descuentos no son parte de la Política de Asistencia Financiera y no pueden combinarse con descuentos de Asistencia Financiera.

Página 4 de 5

5.3 Cobros y Esfuerzos Razonables para Determinar la Elegibilidad para Asistencia Financiera

a. El Hospital no referirá ninguna cuenta a una agencia de cobros durante el Período de Notificación y primero hará esfuerzos razonables (según lo establecido en esta sección 5.3) para determinar si un paciente es elegible para Asistencia Financiera.

b. Todos los pacientes recibirán un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera como parte del proceso de admisión o alta del Hospital.

c. Todos los estados de cuenta de pacientes incluirán un aviso sobre la Política de Asistencia Financiera, incluida la información sobre cómo obtener copias de la Política de Asistencia Financiera y una Solicitud de Asistencia Financiera.

Página 5 de 5

d. En caso de impago por parte de un paciente no asegurado de cargos por Servicios Cubiertos:

i. **No se presenta 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 pueden iniciar actividades de cobro si se cumple con cada uno de los siguientes criterios:

A. El Hospital ha enviado al paciente un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para individuos elegibles, identifique los procesos que el Hospital tiene la intención de iniciar y establezca una fecha límite después de la cual puede iniciarse la búsqueda de la deuda (que será no antes de 30 días después de la fecha de dicho aviso escrito);

B. Dicho aviso escrito va acompañado de una copia del resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera.

C. El Hospital ha hecho esfuerzos para notificar oralmente al paciente sobre la Política de Asistencia Financiera y la disponibilidad de asistencia para completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

D. El Período de Notificación ha caducado; y

E. El Director de la Oficina de Negocios/Director de Servicios Financieros para Pacientes o su designado ha revisado la cuenta del paciente y la documentación para confirmar el cumplimiento de los criterios anteriores.

ii. **Solicitud de Asistencia Financiera presentada durante el Período de Notificación.** Si el paciente completa una Solicitud de Asistencia Financiera durante el Período de Notificación y el Hospital determina que el paciente no es elegible para Asistencia Financiera, el Hospital informará al paciente por escrito sobre su determinación de elegibilidad después de que haya caducado el Período de Notificación.

iii. **Solicitud de Asistencia Financiera presentada 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, cualquier actividad de cobro que se haya iniciado se suspenderá hasta que el Hospital procese la solicitud. Si el Hospital determina que el paciente no es elegible para Asistencia Financiera, el Hospital informará al paciente por escrito sobre su determinación de elegibilidad y podrá reanudar la búsqueda del cobro de la parte debida del paciente.

iv. **Solicitud de Asistencia Financiera incompleta presentada durante el Período de Solicitud.** Si un paciente presenta una Solicitud de Asistencia Financiera incompleta durante el Período de Solicitud, el Hospital suspenderá cualquier actividad de cobro y enviará al paciente un aviso escrito describiendo la información adicional necesaria y brindándole una oportunidad razonable para responder (al menos 30 días o hasta el final del Período de Solicitud, lo que ocurra más tarde). Si el paciente no proporciona la información requerida antes de la fecha de respuesta indicada, el Hospital podrá iniciar la búsqueda del cobro de la deuda del paciente de acuerdo con la sección 5.3(d)(i), anterior.

e. Los pacientes que se encuentren elegibles para Asistencia Financiera recibirán un reembolso por los pagos que excedan el monto determinado como adeudado por el paciente, y el Hospital tomará medidas razonablemente disponibles para recuperar las cuentas si previamente se colocaron para seguimiento de cobros.

- f. Los requisitos de la política de asistencia financiera no se aplicarán a los costos asociados con cirugía cosmética, según lo definido por la Política de Cobertura Clínica DHB No: 1-O-1.
- g. La Institución no está obligada a aplicar descuentos a los copagos de personas aseguradas.
- h. Para personas con ingresos entre 200-300% FPL, la Institución debe ofrecer un plan de pago que no exceda una duración de 36 meses con pagos mensuales no mayores al 5% del ingreso mensual del hogar ("plan de 36 meses/5% de ingresos"). La Institución puede ofrecer planes de pago alternativos que excedan los 36 meses, pero el monto total cobrado al paciente no deberá exceder lo que se hubiera cobrado bajo el plan de 36 meses/5% de ingresos.