

FRYE REGIONAL MEDICAL CENTER

A Duke LifePoint Hospital

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO

1. PROPÓSITO

Frye Regional Medical Center ha creado esta política para exponer sus procedimientos de facturación y cobro, incluidos sus procesos para determinar la elegibilidad de un paciente de conformidad con la Política de Asistencia Financiera de Frye Regional Medical Center, antes de iniciar determinadas actividades de cobro.

2. ALCANCE

Esta Política se aplicará al Hospital, a su Oficina de Negocios Extendidos (Extended Business Office, EBO) y a las agencias de cobro (Agencias Primarias) contratadas por el Hospital.

El Hospital se compromete a informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones de asistencia financiera disponibles, y a comunicarse con ellos respecto de las cuentas pendientes con dignidad y respeto.

El Hospital llevará a cabo esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente de acuerdo con su Política de Asistencia Financiera, antes de llevar a cabo Acciones de cobro extraordinarias, según se describe en esta Política. Hay copias de la Política de Asistencia Financiera, un resumen con vocabulario sencillo de la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de asistencia financiera e instrucciones asociadas disponibles sin costo, previa solicitud por escrito a Frye Regional Medical Center, Patient Financial Services at 420 N Center St, Hickory, NC 28601.

También hay copias en la sala de emergencia y las áreas de ingreso del hospital. Estos documentos están disponibles en línea, en www.fryemedctr.com.

3. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Frye Regional Medical Center proporcionará, sin discriminación y en cumplimiento con la

Ley de Tratamientos Médicos de Emergencia y Partos (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), atención para cuadros médicos de emergencia a las personas, sin importar si son elegibles para la Asistencia financiera, según se especifica de manera más detallada en la política de EMTALA del Hospital. Hay una copia de la política de EMTALA disponible sin costo, previa solicitud por escrito a los Servicios Financieros para Pacientes de Frye Regional Medical Center, ubicados 420 N Center St, Hickory, NC 28601. La política también se puede descargar en www.fryemedctr.com. El Hospital no llevará a cabo acciones para desalentar a las personas 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.

Página 2 de 5

4. DEFINICIONES DE LA POLÍTICA

Período de notificación: el período que comienza en la fecha en que se brinda atención y finaliza 120 días calendario después de la fecha de la primera facturación posterior al alta.

Servicios cubiertos: atención de emergencia y otra atención necesaria desde el punto de vista médico.

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

Política de Asistencia Financiera: política por escrito que describe el programa del Hospital para brindar atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico de forma gratuita o con descuento, que incluye los criterios de elegibilidad, la forma de calcular los costos y los procedimientos para solicitar Asistencia financiera.

Hospital: las referencias que en esta política se hagan al “Hospital” incluirán su Oficina de Negocios Extendidos y sus Agencias Primarias, cuando corresponda.

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

Período de solicitud: el período que comienza en la fecha en que se brinda atención y finaliza 240 días después de la fecha de la primera factura posterior al alta.

5. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA

5.1 Generales

- a. El Hospital, por lo general, espera que los pacientes y los terceros responsables del pago cumplan de manera exhaustiva con sus responsabilidades ante el hospital.
- b. Podría vender deuda a un proveedor externo sin fines de lucro para hacer efectivo un alivio de la deuda médica para tales clientes.
- c. Las responsabilidades del paciente incluyen lo siguiente:

- proporcionar al Hospital información demográfica y del seguro completa y de manera oportuna;
- notificar al Hospital sobre posibles fuentes de pago externas, como la indemnización por accidentes laborales, una póliza de seguro de vehículos motorizados o un acuerdo por lesiones personales;
- obtener y mantener una cobertura de seguro de salud, si hay una cobertura asequible a su disposición, y cumplir con los copagos, deducibles y coseguros correspondientes;
- entender y respetar los requisitos y las limitaciones de su cobertura del seguro de salud, lo que incluye, entre otras cosas, las limitaciones de la red, los requisitos de derivación y autorización previa, y la presentación puntual de formularios de reclamación;

Página 3 de 5

- respetar los planes de pago alternativos acordados y, en el caso de los pacientes que desean Asistencia financiera, presentar una Solicitud de asistencia financiera completa de forma puntual y cooperar según lo solicitado en las solicitudes para Medicaid u otros programas del gobierno.

d. El Hospital conservará registros en los que constarán los esfuerzos de facturación y cobro y las comunicaciones de la cuenta de cada paciente. [Tales registros quedarán sujetos a las políticas de privacidad y conservación de documentos pertinente del Hospital].

5.2 Facturación a pacientes y terceros responsables del pago

a. El Hospital hará esfuerzos razonables para recopilar información del seguro del paciente y demás información, y para verificar la cobertura de los servicios que se prestarán. Esta información se debe obtener antes de prestar servicios de atención médica que no son de emergencia. El Hospital postergará todo intento de obtener esta información durante la prestación de atención de emergencia del nivel de EMTALA, si el proceso para obtener esta información demoraría los exámenes de diagnóstico médico o los servicios para estabilizar un cuadro médico de emergencia o interferiría con ellos.

b. El Hospital facturará a terceros responsables del pago, de conformidad con los requisitos de la ley pertinente y los términos de los contratos de terceros responsables del pago aplicables. En general, se espera que los pacientes paguen puntualmente todo saldo de sus cuentas que no pague un tercero responsable del pago. Se podría pedir a los pacientes que soliciten servicios de atención médica que no son de emergencia que paguen por adelantado los servicios no cubiertos por terceros responsables del pago, incluidos los montos de copagos, deducibles y coseguros.

c. Los Servicios Financieros para Pacientes podrían aprobar acuerdos de planes de pago para pacientes que expresen dificultad para pagar el saldo de sus cuentas en una sola cuota, según cada caso.

d. Cuando un paciente no califica para recibir Asistencia financiera, los Servicios Financieros para Pacientes pueden implementar otros descuentos, a su exclusivo criterio, incluidos descuentos para alentar el pago oportuno o para reconocer casos únicos de dificultad financiera. Tales descuentos no forman parte de la Política de Asistencia Financiera y no se pueden combinar con descuentos de Asistencia financiera.

5.3 Actividades de cobro y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la Asistencia financiera

- a. El Hospital no derivará ninguna cuenta a una agencia de cobro durante el Período de notificación y, primero, hará esfuerzos razonables (según se establece en esta sección 5.3) para determinar si un paciente es elegible para recibir Asistencia financiera.
- b. Se ofrecerá a todos los pacientes un resumen con vocabulario sencillo de la Política de Asistencia Financiera como parte del proceso de admisión y alta del Hospital.

Página 4 de 5

- c. La facturación de todos los pacientes incluirá un aviso sobre la Política de Asistencia Financiera, e información sobre cómo obtener copias de dicha política y una Solicitud de asistencia financiera.
- d. En caso de incumplimiento del pago de los Servicios Cubiertos por parte de un paciente sin seguro:

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, podrían iniciarse actividades de cobro de deudas, si se cumple cada uno de los siguientes criterios:

- A. El Hospital le ha enviado al paciente un aviso por escrito que establece que hay asistencia financiera disponible para las personas elegibles, especifica los procesos que el Hospital pretende iniciar y establece un plazo después del cual se pueden iniciar los esfuerzos para cobrar la deuda (no antes de los 30 días posteriores a la fecha de dicho aviso por escrito).
- B. El aviso por escrito estará acompañado por una copia del resumen con vocabulario sencillo de la Política de Asistencia Financiera.
- C. El Hospital ha hecho esfuerzos por 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 ya ha terminado.
- E. El director de la Oficina de Negocios o el director de los Servicios Financieros para Pacientes o la persona que este designe han revisado la cuenta y la documentación del paciente para confirmar que se cumplen los criterios que anteceden.

ii. Se presentó una Solicitud de asistencia financiera 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 le informará al paciente por escrito su decisión respecto de la elegibilidad una vez que haya finalizado el Período de notificación.

iii. *Se presentó una Solicitud de asistencia financiera 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, las actividades de cobro que se hayan iniciado se suspenderán hasta que el Hospital haya procesado la solicitud. Si el Hospital determina que el paciente no es elegible para recibir Asistencia financiera, el Hospital le informará al paciente por escrito su decisión respecto de la elegibilidad y podrá reanudar las actividades de cobro de la parte adeudada por el paciente.

Página 5 de 5

iv. *Se presentó una Solicitud de asistencia financiera incompleta durante el Período de solicitud.* Si un paciente presenta una Solicitud de asistencia financiera incompleta durante el Período de solicitud, el Hospital suspenderá toda actividad de cobro y le enviará al paciente un aviso por escrito en el que se describirá la información adicional necesaria, y le dará al paciente una oportunidad razonable para responder (30 días como mínimo o hasta que finalice el Período de solicitud, lo que ocurra más tarde). Si el paciente no proporciona la información solicitada antes de la fecha de respuesta indicada, el Hospital puede iniciar actividades de cobro de la deuda del paciente, de acuerdo con la sección 5.3(d)(i) que antecede.

e. Los pacientes elegibles para recibir Asistencia financiera recibirán un reembolso de los pagos que excedan la suma determinada como adeudada por el paciente, y el Hospital tomará medidas razonables para revocar las actividades de seguimiento con fines de cobro de la cuenta.

f. Los requisitos de la Política de Asistencia Financiera no se aplicarán a los costos asociados con cirugías estéticas, según se define en la Póliza de cobertura clínica n.º 1-O-1 de DHB.

g. La institución no tiene la obligación de implementar descuentos en los copagos de las personas aseguradas.

h. Para personas con ingresos entre el 200 y el 300 % del Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Level, FPL), la Institución debe ofrecer un plan de pago que no exceda la duración de 36 meses, con pagos mensuales de hasta el 5 % de los ingresos familiares mensuales (“plan de 36 meses/5 % de los ingresos”). La Institución puede ofrecer planes de pago alternativos mayores a 36 meses, pero la suma total cobrada al paciente no debe exceder lo que se hubiera cobrado según el plan de 36 meses/5 % de los ingresos.