

RANDOLPH HOSPITAL POLICY

Title:	Billing and Collections (Facturación y Colección)
Policy:	FD-PA-004
Scope:	Hospital-Wide
Current Effective Date:	September 16, 2016
Last Review Date:	September 1, 2016
Original Policy Date:	April 1, 2010
Prepared by:	Director of Patient Financial Services, Michelle Folsom
Approved by:	CFO, Murray S. Marsh, Jr.

POLITICA/PROPOSITO

Randolph Hospital busca asignar los recursos financieros disponibles con eficacia para reducir el costo de servicios de salud para los pacientes dentro de la comunidad que más lo necesitan, consistente con sus obligaciones legales respectivas. Esta política reconoce que los recursos financieros del Randolph Hospital son limitados; y Randolph Hospital tiene una responsabilidad fiduciaria de la cuenta al facturar y cobrar adecuadamente servicios de pacientes. Randolph Hospital no discrimina por razones de raza, color, origen nacional, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, preferencia sexual, edad o discapacidad en sus políticas, o en la aplicación de sus políticas, incluyendo la adquisición y verificación de información financiera, los depósitos previos a la admisión o tratamiento previo, planes de pago, ingresos diferidos o rechazados, determinaciones de estatus de elegibilidad o en sus prácticas de facturación y cobranza.

Randolph Hospital reconoce que el costo de servicios de salud necesarios puede imponer una carga financiera para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente y ha actuado para reducir esa carga a los pacientes. Randolph Hospital también reconoce la facturación y cobranza es compleja y ha implementado procedimientos para hacer el proceso más comprensible para los pacientes; y para informar a los pacientes acerca de descuentos y opciones de ayuda financiera.

Consistente con estos compromisos Randolph Hospital mantiene una política de facturación y cobranza en cumplimiento con las leyes federales, estatales y sus reglamentos. Esta política describe los programas de asistencia y descuentos financieros así como los procesos de facturación, pago y cobranza aplicables a los servicios prestados a los pacientes. La política aborda únicamente los programas y procesos aplicables a los pacientes (y garantes del paciente) y no de terceros pagadores. La política se desarrolla para garantizar el cumplimiento de la normativa necesaria (1) los centros para Medicare y Medicaid Medicare servicios impagados por requisitos (42 CFR § 413.89), (2) el Manual de reembolso de proveedor de Medicare (parte I, capítulo 3) y (3) del Internal Revenue Code sección 50 I (r).

DEFINICIONES

- A. **Programa de Asistencia Financiera:** Un programa destinado a ayudar a los pacientes que de lo contrario no tienen la capacidad de pago para sus servicios de salud. Dicha asistencia debería tener en cuenta la capacidad de cada individuo para contribuir a los gastos por su cuidado. Un programa de asistencia financiera no es un sustituto de los Programas de Seguro patrocinado por el empleador, individualmente adquiridos, o asistencia financiera disponible públicamente
- B. **Servicios Médicos Necesarios:** Un servicio que se espera razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento de, aliviar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan ocasionar o agravar una desventaja o resultar en enfermedad o dolencia. Servicios médicamente necesarios deberán incluir servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios con lo prescrito en el título XIX de la Ley Federal de la Seguridad Social.
- C. **Electivo:** Aquellos servicios que, en opinión de un médico, el que admite o da tratamiento que no sean médicamente necesarios o pueden posponerse con seguridad.
- D. **Atención de Emergencia:** Atención inmediata que es necesaria en la opinión de un médico que admite o da tratamiento para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, grave deterioro a las funciones corporales o disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.
- E. **Servicios No-Cubiertos:** Servicios no médicos, tales como sociales, educativos y profesional; cirugía estética; los medicamentos auto administrados.
- F. **Atención Primaria:** Atención primaria consiste en servicios de salud proporcionados habitualmente por médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeras de atención primaria o asistentes de médicos, con fines de prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad aguda o crónica o lesión, pero excluye los servicios auxiliares y servicios de maternidad.
- G. **Estimado de la Responsabilidad del Paciente:** Una cantidad de dólares en desembolso esperado a ser pagado por el paciente basado en el costo del procedimiento específico del paciente, médico que atiende al paciente y plan de seguro médico. Un estimado no debe interpretarse como un costo exacto o final.
- H. **Deuda Incobrable:** Cuentas que han sido determinadas a ser incobrables porque el paciente ha sido incapaz de resolver/pagar la deuda médica.
- I. **Ingreso Financiero del Hogar:** Ingresos financieros usando como métrica la Guía de Pobreza Federal Anual que incluye, pero no se limita a lo siguiente:
1. Ingresos anuales del hogar antes de impuestos por trabajo
 2. Compensación por Desempleo
 3. Pagos del Seguro Social y/o Seguro Suplementario
 4. Ingresos por Veterano

5. Ingresos de pensión o jubilación
 6. Otros ingresos aplicable incluyendo, pero no limitado a, alquileres, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente miscelánea.
- J. **Aseguradoras de Terceros:** Cualquier partido asegurando el pago en nombre de un paciente a incluir pero no limitado a: Planes de las Compañías de Seguros, Compensación, Planes Gubernamentales, como Medicare y Medicaid, Agencia Estatal/Federal, Asistencia a Víctima, etc., o responsabilidad de terceras partes resultantes de accidente de automóvil u otros accidentes.
- K. **Sin Seguro:** Pacientes que no están cubiertos por un seguro de salud plan de compensación, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de la Agencia Estatal/Federal, Asistencia a Víctima, etc., o responsabilidad de terceras partes resultantes de accidente de automóvil u otros accidentes.
- L. **Bajo Seguro:** Pacientes cubiertos por una fuente de financiación de terceros, pero tienen altos gastos de desembolso debido a su paquete de beneficios del plan. Esto puede incluir, pero no se limita a planes de deducibles alto, alto coseguro/copago en el plan, bajo políticas de dietas, etc..

IMPLEMENTACION

A. Prestación de Servicios de Salud

1. Randolph Hospital evalúa la prestación de servicios de salud a todos los pacientes que soliciten servicios en el Departamento de Emergencia independientemente de su capacidad de pago. Se determinará la urgencia del tratamiento asociado con cada paciente que presenta síntomas clínicos por un profesional médico con arreglo a las normas locales de práctica, nacional y estatal basado en los estándares clínicos de atención y las políticas y procedimientos del personal médico/hospitalario. Es importante tener en cuenta qué clasificación de la condición médica del paciente tiene para propósitos de manejo clínico solamente y estas clasificaciones sirven para abordar el orden en que los médicos deben ver a los pacientes basados en sus síntomas clínicos. Estas clasificaciones no reflejan evaluación médica de la condición médica del paciente a reflejarse en el diagnóstico final. Randolph Hospital también cumple con el acta federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Acta de Proceso de Parto Activo (EMTALA) mediante la realización de un examen de evaluación médica para determinar si una condición médica de emergencia existe cuando sea requerido por dicha ley. Política de Referencia ADM-044; Política de EMTALA.
2. Consideraciones clínicas y financieras así como los beneficios ofrecidos por programas privados del seguro o el gobierno pueden afectar el momento de, o acceso a los servicios de atención médica no emergente o no urgente (es decir, servicios electivos). Tales servicios pueden retrasarse o diferirse en base a consulta con personal clínico del hospital y, si es necesario y estar disponible, con el proveedor de atención médica del paciente. Randolph Hospital podrán negarse a proporcionar servicio a un paciente por servicios no emergentes, en aquellos casos cuando no se puede identificar una fuente de pago.

3. Para los pacientes cubiertos por seguros privados o programas de gobierno, opciones del paciente relacionadas con la entrega de, y acceso a la atención/cuidado a menudo se definen en las directrices de cobertura de seguro del plan o el programa de gobierno.
4. Para pacientes que no tienen seguro médico, Randolph Hospital cumplirá con la política FD-PA-007 para proporcionar ayuda financiera que pueda cubrir todas o algunas de sus cuentas morosas o deudas sin pagar del hospital.
5. Para los pacientes con seguro privado, Randolph Hospital debe trabajar a través del paciente y la aseguradora para identificar qué servicios podría estar cubierto por la Póliza de Seguro del Paciente. Para pacientes que buscan servicios no emergentes y no urgentes, es la responsabilidad del paciente saber qué servicios estarán cubiertos antes de la búsqueda de servicio.
6. Para pacientes asegurados con grandes saldos adeudados después del pago del seguro, Randolph Hospital ofrece arreglos de dificultades o planes de pago a largo plazo para ayudar a los pacientes.
7. Emergencia y Servicios de Atención Urgentes – Randolph Hospital cumple con EMTALA Federal leyes y regulaciones del Estado apoyo el derecho del paciente a tratamiento médico de emergencia no discriminatorios. Información adicional está disponible en el ADM-044, política EMTAL.
 - a. Servicios de Nivel de Emergencia incluyen: Servicios médicamente necesarios después de la aparición súbita de una condición médica, ya sea físico o mental, que se manifiesta con síntomas de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, que la ausencia de atención médica inmediata podría esperarse razonablemente de una persona, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina y pueda poner la salud de la persona o de otra persona en grave peligro , problemas graves en función del cuerpo o disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo o pieza o, con respecto a una mujer embarazada, que se describe en la sección 1867(e) (1) (B) de la ley de Seguridad Social, 42 U.S.C. § 1295dd (e) (1) (B). Un examen de detección médica y cualquier tratamiento posterior para una condición médica de emergencia existente o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida en virtud de la EMTALA federal (42 USC 1395(dd) se califica como un servicio de emergencia.
 - b. Servicios de Atención Urgente incluyen: Servicios médico después de la aparición súbita de una condición médica, ya sea físico o mental, que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor) que una persona y se cree que la ausencia de atención médica dentro de un periodo razonable de espera de 24 horas podría dar lugar a: poner en peligro, deterioro función corporal, o disfunción de cualquier órgano corporal o parte la salud del paciente. Servicios de atención primaria están previstos en las condiciones que son no amenazantes a la vida y no plantean un alto riesgo de efectos graves para la salud de un individuo, pero servicios médicos en pronto tiempo son necesarios.

8. Servicios No de Emergencia, No Urgentes: Para pacientes que ya sea (1) llega a Randolph Hospital buscando servicios no urgentes o no de emergencia en el nivel de atención o (2) buscan asistencia adicional después de la estabilización de una condición médica de emergencia, Randolph Hospital puede proporcionar servicios electivos después de consultar con personal clínico y revisión de opciones de cobertura del paciente. Servicios electivos pueden ser servicios médicamente necesarios que no cumplen la definición de servicios a nivel de emergencia o servicios de atención primaria definida anteriormente. Por lo general, estos servicios son servicios de atención primaria o procedimientos médicos programados por adelantado por el paciente o por su proveedor de atención médica (hospital, consultorio, otros).

B. Recopilación de información sobre cobertura de pacientes y recursos financieros

1. Obligaciones del Paciente:
 - a. Antes de la entrega de los servicios de salud (excepto en casos que requieren servicios de emergencia, servicios o atención de urgencia), se espera que el paciente proporcione la información precisa y oportuna sobre su condición de seguro médico, información demográfica, los cambios a su ingreso familiar o estatus del seguro e información sobre cualquier deducibles o copagos basados en su seguro existente o las obligaciones de pago del programa financiero. Puede incluir la siguiente información detallada:
 - i. Nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si está disponible), opciones de cobertura de seguro de salud actual, ciudadanía, información de residencia y recursos financieros aplicables del paciente, que pueden ser utilizados para pagar su factura;
 - ii. Nombre completo del garante del paciente, su dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si está disponible), opciones de cobertura de Seguro de Salud actual y sus recursos financieros aplicables que pueden utilizarse para pagar por cuenta del paciente; y
 - b. Otros recursos que pueden utilizarse para pagar su factura, entre otros programas de seguros, vehículo de motor o los propietarios de pólizas de seguros si el tratamiento fue debido a un accidente, los programas de compensación de trabajadores y pólizas de seguro de estudiantes, entre otros.
 - c. En última instancia, es obligación del paciente de pagar puntualmente su factura del hospital no remunerados, incluyendo los copagos y deducibles. El paciente además debe informar a su aseguradora de salud actual (si tiene seguro) o la Agencia de gobierno que determina el estatus de elegibilidad del paciente en un programa de gobierno (si es participante) de cualquier cambio en el ingreso familiar o estatus del seguro.

2. Obligaciones del Hospital:

- a. Randolph Hospital hará todos los esfuerzos razonables y diligentes para recopilar información de seguros y otros del paciente para verificar la cobertura de los servicios de salud a proporcionar.
 - b. Estos esfuerzos pueden ocurrir durante la programación de servicios, durante el pre-registro, mientras que el paciente es ingresado en el hospital, al ser dado de alta, o durante el proceso de recolección luego de ser dado de alta. Esta información puede obtenerse antes de la entrega de cualquier servicio de atención médica no urgente y no de emergencia (es decir, procedimientos electivos como se define en esta política de facturación y cobranza). Randolph Hospital aplaza cualquier intento de obtener esta información durante la prestación de los servicios de atención urgente o de emergencia al nivel de EMTALA, si el proceso para obtener esta información retrasa o interfiere con el examen médico o los servicios realizados para estabilizar una condición médica de emergencia.
 - c. Si el paciente o el garante/tutor es incapaz de proporcionar la información necesaria, y el paciente da su consentimiento, Randolph Hospital hará esfuerzos razonables para contactar con familiares, amigos, garante o tutor y el tercero para obtener más información.
 - d. Randolph Hospital mantiene toda la información de acuerdo con las leyes federales y estatales de privacidad y seguridad.
- C. Política – Randolph Hospital espera que generalmente los pacientes o sus terceros paguen en su totalidad por los servicios prestados. Randolph Hospital facturará a terceros pagadores conforme a los requisitos de la legislación aplicable, contratos con terceros pagadores o pautas de facturación aplicables. Los pacientes también son responsables por cargos que no son pagados por un tercer pagador dentro de un plazo razonable o por cualquier saldo que existe después del pago por el tercer pagador. Los pacientes que buscan servicios (distintos de los servicios de emergencia) pueden solicitar a pagar por adelantado por servicios que no serán cubiertos por terceros pagadores, como copagos y deducibles relacionados con los servicios cubiertos. Incumplimiento del paciente de pagar o hacer los arreglos financieros satisfactorios hará que la cuenta no sea una en moratoria. El hospital se reserva el derecho de cobrar como es permitido por la ley relacionado a los saldos de aseguradores del paciente o terceros.

1. Pre Servicio:

- a. Randolph Hospital se compromete a ayudar a los pacientes a comprender y gestionar el costo de los servicios que reciben antes de que se presten los servicios. Ayudar a los pacientes a preparar y gestionar el costo de la atención que reciben, un miembro del equipo de registro puede realizar pasos de revisión antes del servicio para asegurar que toda la información recogida es precisa. Información precisa es esencial para evitar problemas de facturación y para

asegurar que los beneficios del seguro se pueden para minimizar en los gastos de su bolsillo.

- b. Antes de que se entreguen servicios de no emergencia o después de situaciones de emergencia que se han estabilizado, los registradores puede realizar las siguientes actividades:
 - i. Validar y Proteger la Identidad del Paciente – para proteger la información médica y financiera, Randolph Hospital puede utilizar fuentes de datos disponibles en el mercado para validar la exactitud de los nombres y direcciones. Para recibir servicios de no emergencia, Randolph Hospital puede pedir al paciente o garante identificación con foto y puede incluir una copia de su identificación con foto en su expediente médico.
 - ii. Verificar Beneficios del Seguro –basado en información proporcionada por los pacientes y garantes, Randolph Hospital puede utilizar nuestros sistemas de datos para comunicarse con las compañías de seguros para verificar la elegibilidad y beneficios. Si no se proporciona información sobre el seguro, Randolph Hospital puede comprobar con las principales aseguradoras y programas estatales de Medicaid para comprobar cobertura.
 - iii. Verificar Necesidades Médicas – no todos los servicios están cubiertos por pólizas de seguros. Para minimizar los costos asociados con servicios no cubiertos por seguros Randolph Hospital podrá comprobar la adecuación de cada servicio diagnóstico y códigos de procedimiento para que los pacientes pueden tomar decisiones informadas acerca de recibir los servicios recomendados.
 - iv. Autorizaciones Previas al Servicio– Si los servicios a prestarse requieren autorización previa de una compañía de seguros, Randolph Hospital intentará obtener esa autorización de su compañía de seguros. Cada paciente es responsable por asegurarse de que sus beneficios del seguro cubrirán el costo de los servicios a prestarse. Si Randolph Hospital es incapaz de obtener la autorización correspondiente, los pacientes pueden ser responsables por el costo de los servicios prestados.
 - v. Identificación de Cuentas Incobrables Activas – en el caso si pacientes asegurados, el paciente o el garante ha inscrito previamente cuentas sin pagar en un plan de pago, los saldos quizás deban ser pagado en su totalidad o en parte inscritos en nuestro plan de pago.
 - vi. Presentar un Estimado de la Responsabilidad del Paciente– para ayudar a pacientes a obtener mejor información sobre su salud, se puede proporcionar un estimado de costos pasivos y servicios al paciente. Randolph Hospital utilizará todos los datos descritos en esta sección para calcular gastos de desembolso basados en beneficios de seguros específicos, requisitos de autorización y las cuentas previas abiertas.

- vii. En caso de que nuestros registradores sean incapaz de identificar la cobertura de servicios que serán proporcionados, los pacientes pueden ser referidos a un asesor financiero.
 - viii. Pacientes se le pedirá que pagar todo o una parte del estimado de copagos, cantidades del coseguro o cantidades en deducibles. Si el paciente está sin seguro, se solicitará un porcentaje del pago bruto.
 - ix. Nuestro proceso de autorización financiera previa al servicio está diseñado para ayudar a los pacientes a manejar los costos inesperados asociados con servicios de salud. Randolph Hospital también ofrece opciones de pago para ayudar a los pacientes a manejar saldos/balances dentro de sus presupuestos.
2. Programas de Asistencia Financiera
Pacientes de Randolph Hospital que no tienen seguro médico pueden ser elegibles para obtener libre o con reducción de costo servicios de salud a través de diversos programas del Estado, o el Programa de Asistencia Financiera del Hospital basado en la situación financiera del paciente. Consulte a la **Política de Asistencia Financiera FD-PA-007** de Randolph Hospital, para más detalles.

3. Política de Liquidación de Dificultades

Este programa está diseñado para ayudar a los residentes de Carolina del Norte que han tenido una catástrofe médica independientemente de su cobertura de seguro que ha resultado en cuentas de hospital muy grandes en comparación con sus recursos financieros. Pacientes con seguro que buscan un arreglo de dificultades deben investigar sobre este programa llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 336-328-3332 después de recibir su primer balance de deuda vencida. Para más detalles consulte **Política de Solución de Dificultades FD-PA-009** de Randolph Hospital.

D. Proceso de Facturación y Cobro

i. General

- a. Randolph Hospital utiliza los mismos esfuerzos razonables y sigue el mismo proceso razonable para recoger importes adeudados por los servicios prestados a los pacientes, como asegurado, con seguro o sin seguro. Actividades de recopilación pueden ocurrir durante el proceso de preinscripción y se prolongará hasta que la cuenta esté saldada/pagada o resuelta, una determinación de la cuenta de incobrables, o la determinación de elegibilidad para ayuda financiera. El proceso de recolección puede incluir peticiones para depósitos, planes de pago o asentamientos discrecionales. El proceso de recolección puede implicar el uso de agencias de cobro externas que puede incluir información del saldo pendiente de pago a agencias de informes crediticios. El proceso de recopilación está documentado en los archivos de cuenta del paciente accesibles al hospital y sus asociados de negocios involucrados en el proceso de colecciones. (Colección no será sin embargo, seguido contra pacientes que caen dentro de las poblaciones de acción con derecho

a colección.)

- b. Randolph Hospital hará esfuerzos razonables y diligentes para investigar si un recurso de terceros puede ser responsable de los servicios prestados por el hospital, incluyendo pero no limitado a: (1) un vehículo de motor o póliza de responsabilidad civil de propietario de casa, (2) accidentes generales o políticas de protección de lesiones personales, programas de compensación del trabajador (3), pólizas de seguro estudiantiles (4). Acuerdo con las regulaciones estatales aplicables o el contrato de seguro, por cualquier reclamo que esfuerzos razonables y diligentes diera lugar a una recuperación en la salud demandando a ser facturada a una aseguradora privada o programa público, Randolph Hospital se informará la recuperación y compensación contra la reclamación pagada por la aseguradora privada o pública del programa. Si Randolph Hospital tiene conocimiento previo y es legalmente capaz, intentará garantizar la cesión en el derecho del paciente a la cobertura de terceros (o asentamiento) sobre los servicios prestados debido a un accidente. Se refieren al Departamento de Finanzas de Randolph Hospital Política de Crédito y Devoluciones del Paciente.

ii. Notificación de Colección

Randolph Hospital tiene una obligación fiduciaria de buscar el pago de los servicios que ha proporcionado de los pacientes que se consideran capaces de pagar. Randolph Hospital se reserva el derecho de utilizar proveedores externos para ayudar a las instalaciones y los pacientes con respecto a los saldos debidos, procesos de planes de pago, etc. Cuando un balance se debe por el paciente, el pago se considera "Self-Pay"(auto-pago) y se espera el pago/saldo en su totalidad de parte del paciente.

- a. Se determina que una cuenta es auto-pago si cualquiera de las siguientes opciones son verdaderas:
 - i. No hay información de seguros identificada en la cuenta.
 - ii. Toda espera de pagos de las compañías de seguros, Medicare y otros pagadores de terceros han sido pagados.
 - iii. Un paciente no ha respondido oportunamente a las solicitudes de información y documentación necesaria para determinar la elegibilidad bajo las políticas de asistencia financiera.
 - iv. Paciente no presenta información solicitada a las aseguradoras de terceros para procesar reclamos.
- b. Todos los auto-pagos en proceso de cuentas están a través de ciclos específicos de declaración.
- c. Un resumen en lenguaje sencillo sobre la política de Asistencia Financiera de Randolph Hospital aparece junto a los documentos del paciente con autopago.
- d. Debido a los retrasos inherentes y otros temas con los procesos de elegibilidad de Medicaid, Randolph Hospital puede realizar pruebas de elegibilidad para el Medicaid en todas las cuentas por pagar después de ser dado de alta. Si se identifica la

- cobertura de Medicaid, la cuenta se reclasificará a Medicaid de auto-pago y facturada a Medicaid.
- e. Todas las cuentas por pagar serán enviadas con un mínimo de tres Estados de Cuenta que abarca por lo menos 90 días de tiempo, con el último contacto al paciente que si la cuenta sigue sin pagar, en 30 días se enviará para acciones adicionales de la colección.
 - f. En cualquier estado de auto-pago, es presente que se puede solicitar una factura detallada contactando nuestro servicio al cliente.
 - g. Actividad de recolección puede incluir otros métodos de notificación que constituyen un verdadero esfuerzo para contactar al responsable de la obligación, incluyendo, por ejemplo, llamadas telefónicas, cartas de colección, avisos de contacto personales y notificaciones por ordenador/computadora.
 - h. Para las cuentas devueltas por correo luego de realizar esfuerzos razonables de cobro, y que no se pueden entregar en una dirección postal exacta utilizando recursos y herramientas internas y externas. Estos esfuerzos se documentarán en la cuenta de cada paciente. La política detallada estará disponible en Procedimiento Operacional de Correo Devuelto de Pacientes de Randolph Hospital.
 - i. Actividad adicional de la colección pueden incluir la asignación de las cuentas de una agencia de cobro de deuda.

3. Documentación de recopilación

- a. Registros financieros de pacientes se mantendrán por Randolph Hospital según lo requerido por la ley aplicable y de conformidad con las políticas del hospital.
- b. Documentación apoyará acciones de facturación y cobranza e incluirá toda la documentación del esfuerzo de colección del hospital incluyendo facturas, códigos y plantillas de carta, informes telefónicos y de contacto personal y cualquier otros esfuerzos realizados. Dicha documentación se mantiene hasta la revisión de auditoría federal o agencia del estado del informe de costo en el que la factura o cuenta es reportado o más si es necesario por ley o por políticas internas por la Política de Gestión de Expediente de Randolph Hospital.

4. Poblaciones que están exentas de facturación

- a. Pacientes que están inscritos en un Programa de Seguro de Salud Pública incluyendo pero no limitados a los planes estatales de Medicaid están exentos de la facturación o acción de colección después de la inicial cuenta con arreglo a las regulaciones estatales, salvo las siguientes excepciones:
 - i. Randolph Hospital puede solicitar acción de colección contra cualquier paciente inscrito en los programas que requieren copagos y deducibles y que son establecidos por cada programa específico.

- ii. Randolph Hospital puede iniciar actividades de facturación o de colección para un paciente que alega que él o ella participa en un programa estatal que cubre los costos de los servicios, pero es incapaz de proporcionar evidencia de dicha participación. Tras la recepción de la prueba satisfactoria de que el paciente es un participante en un programa de estado, (incluyendo el recibo o verificación de aplicación firmada), Randolph Hospital cesará actividades de facturación o de colección.
 - iii. Randolph Hospital puede seguir el proceso de colecciones de artículos y servicios que están excluidos de la cobertura gubernamental, tales como los servicios no cubiertos.
 - b. Bajo el Programa de Asistencia Financiera del Hospital, Randolph Hospital dejará cualquier actividad de colección a un paciente que ha solicitado ayuda financiera. Si la solicitud de asistencia financiera es incompleta, el paciente se le permitirá un período razonable de tiempo para proporcionar la información que falta. Para más información consulte la Política de Asistencia Financiera.
 - c. Randolph Hospital y sus agentes no continuarán la colección o saldos de facturación de un paciente que forme parte de un proceso de quiebra salvo que garantizar sus derechos como acreedor en el orden adecuado.
5. Planes de Pago y Depósitos
- a. Se espera que los pacientes o sus responsables paguen en su totalidad su responsabilidad por los servicios prestados dentro de 30 treinta días del recibo de su primera factura o del acuerdo mutuo sobre pagos a plazos como se describe en el punto 4 de esta sección.
 - b. Randolph Hospital podrá, en la medida permitida por la ley, solicitar "pre ingreso" o "tratamiento previo" en depósitos iguales al 20% de los cargos estimados por los servicios a proporcionarse, cuando los servicios son: (1) no cubiertos por el seguro; (2) servicios electivos (es decir, no servicios de emergencia de nivel o servicios de atención primaria); (3) Randolph Hospital puede requerir "pre ingreso" o "tratamiento previo" en depósitos para otros servicios en la medida permitida por la ley.
 - c. Randolph Hospital puede solicitar un depósito de dinero de pacientes elegibles para recibir ayudas financieras basado en el nivel de elegibilidad.
 - d. Las cuentas de los empleados de Randolph Hospital que sean pacientes del hospital se manejarán de manera consistente con las expectativas financieras de cualquier paciente de Randolph Hospital. Además, los empleados pueden utilizar deducción de nómina como una alternativa de pago. Si el empleado elige utilizar deducción de nómina, una forma de deducción de nómina debe completarse para las cuentas nuevas o adicionales antes de servicios están prestados. Deducciones

de nómina de empleado pueden establecerse para periodos de pago hasta 8 como sigue:

\$1-\$25:	1 deducción	\$101-\$125:	5 deducción
\$26-\$50:	2 deducción	\$126-\$150:	6 deducción
\$51-\$75:	3 deducción	\$151-\$175:	7 deducción
\$76-\$100:	4 deducción	\$176+:	8 deducción

Si existen saldos de cuentas abiertas en el momento de separación por servicios, todos los saldos estarán inmediatamente en pago vencido y pagadero. El Hospital también tendrá todo el derecho de compensación contra el pago terminal del empleado.

- e. Randolph Hospital, como mínimo, le ofrece los siguientes planes de entrega pero, basado en las circunstancias, permita amortización con un período más largo.
 - i. Planes de pago extendidos están disponibles.
 - aa. Pagos mínimos se basan en el balance y el número de meses que permitió extender el período de pago.
 - bb. Número máximo de meses para el plan de pago es de 60 meses de saldo superior a \$10.000.

6. Liquidación Discrecional

Randolph Hospital puede optar por liquidar cuentas pendientes basadas en circunstancias atenuantes.

- i. Agencias de Cobro Externas
 - a. Randolph Hospital tiene contratos con agencias de cobro externas para ayudar en la recolección de ciertas cuentas, incluyendo la responsabilidad paciente en cantidades no resueltas después de la emisión de facturas de cuentas de hospital o avisos finales.
 - b. Randolph Hospital tiene una autorización o contrato con las agencias de colección exterior y requiere que las agencias cumplan con las políticas de Randolph Hospital, facturación y colección para aquellas deudas que la agencia está llevando a cabo. Randolph Hospital requiere que cualquier agencia de colección contratada deba seguir las normas y requisitos de licencia dentro de los Estados en los que la Agencia realiza negocios. Además agencias de colección contratados deben acatar los requisitos de la Federal Fair Debt Collection Practices Act.
 - i. Deudas incobrables colocación previa a revisión - después de los tres iniciales intentos de contacto y después de un período de no menos de 120 días se dan de baja las cuentas de auto-pago y las mismas se mueven a deudas incobrables. Las siguientes acciones, si es aplicable, entonces se toman:

- aa. Si la información es reportada por la Agencia de Colección Exterior que un deudor ha fallecido o ha presentado quiebra, la cuenta puede quitarse de la lista de colocación de deuda.
- ii. Colocación de deuda primaria - colocación de deuda primaria es un proceso que generalmente ocurre aproximadamente una semana después de que las cuentas alcancen el estado de la lista.
 - aa. Cuentas de los huéspedes son enviadas a una agencia de colección primaria aprobado por el Hospital. Cuentas permanecen en la Agencia de Colección primaria durante un período de al menos 270 días.
 - bb. Las agencias de colección primaria notificará a todos los pacientes que contacten a los efectos de cobro de deudas de Política de Asistencia Financiera de Randolph Hospital FD-PA-007.
- iii. Retiro de cuenta de deudas incobrables – Randolph Hospital, reclamará las cuentas de los organismos primarios y secundarios y "limpiará" los archivo de pacientes con los organismos y agencias de crédito, en su caso, por las siguientes razones:
 - aa. Archivos de pacientes por bancarrota
 - bb. Presentación de un estado para el paciente
 - cc. Error de Randolph Hospital que causó reportar incorrectamente en una lista (es decir, registro de error de pago)
 - dd. Recuperacion del costo anual de Medicare – Randolph Hospital realizará un retiro de cuentas de pacientes basado en los requisitos descritos en el Procedimiento Operativos Estándar de Deuda a Reclamar y a Recuperar.

RESPONSIBILIDAD POR ESTA INTERPRETACION

El director financiero se encargará de la interpretación de esta política.

Aprobación Especial

Firma

Fecha

Ninguno _____
