

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS

1. OBJETO

Haywood Regional Medical Center ha desarrollado esta política para delinear sus procedimientos de facturación y cobranza, incluidos sus procesos para determinar la elegibilidad de un paciente bajo la Política de Asistencia Financiera de Haywood Regional Medical Center antes de iniciar ciertas actividades de cobranza.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta política se aplicará al Hospital, a su Oficina Comercial Extendida (EBO, por sus siglas en inglés) 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 los pacientes con respecto a las cuentas pendientes de una manera que trate a los pacientes con dignidad y respeto.

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente en virtud de su Política de Asistencia Financiera antes de participar en Acciones Extraordinarias de Cobro, como se describe en esta política. 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 si se solicitan escribiendo a Haywood Regional Medical Center, Patient Financial Services en 262 Leroy George Drive, Clyde, NC 28721

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

3. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Haywood Regional Medical Center proveerá, sin discriminación, y en cumplimiento con la Emergencia

Ley de Tratamiento Médico y Trabajo (EMTALA, por sus siglas en inglés), atención para condiciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de si son elegibles para recibir asistencia financiera, como se especifica con mayor detalle en la política EMTALA del Hospital. Una copia de la póliza de EMTALA está disponible de forma gratuita si se solicita escribiendo a Haywood Regional Medical Center, Patient Financial Services a 262 Leroy George Drive, Clyde, NC 28721.; La póliza también se puede descargar en HaywoodRegional.com. El Hospital no participará en ninguna acción que disuada 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 provisión, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

Página 2 de 5

4. DEFINICIONES DE POLÍTICAS

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

Servicios cubiertos : atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios.

Asistencia financiera : reducción del saldo de la 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 gratuita o con descuento u otra atención médicamente necesaria a pacientes elegibles, que incluye criterios de elegibilidad, base para calcular los cargos y procedimientos para solicitar asistencia financiera.

Hospital : las referencias en esta política a "Hospital" incluirán su Oficina Comercial 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 (garante) que es financieramente responsable del paciente.

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

5. DIRECTRICES DE POLÍTICA

5.1 Generalidades

un. Por lo general, el Hospital espera que los pacientes y los terceros pagadores satisfagan sus responsabilidades hospitalarias en su totalidad.

b. Puede vender la deuda a un proveedor externo sin fines de lucro para efectuar el alivio de la deuda médica para estos consumidores

c. Las responsabilidades del paciente incluyen:

- proporcionar al Hospital un seguro completo y oportuno y demográfico información.
- notificar al hospital de posibles fuentes de pago de terceros, como la compensación, póliza de seguro de vehículo motorizado o acuerdo por lesiones personales.

- Obtener y mantener cobertura de seguro de salud, si hay cobertura asequible disponible y satisfaciendo los copagos, deducibles y coseguros aplicables.
- comprender y cumplir con los requisitos y limitaciones de su salud cobertura de seguro, incluidas, entre otras, las limitaciones de la red, los requisitos de referencia y autorización previa, y la presentación oportuna de formularios de reclamación.

Página 3 de 5

- adherirse a cualquier plan de pago alternativo acordado; y para los pacientes que buscan asistencia financiera, presentar una solicitud de asistencia financiera completa y oportuna y cooperar según lo solicitado en las solicitudes de Medicaid u otros programas gubernamentales.

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

5.2 Facturación a pacientes y terceros pagadores

un. El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para recopilar el seguro del paciente y otra información y para verificar la cobertura de los servicios que se proporcionarán. Esta información se puede obtener antes de la prestación de servicios de atención médica que no sean de emergencia. El Hospital aplazará cualquier intento de obtener esta información durante la prestación de atención de emergencia de nivel EMTALA si el proceso para obtener esta información retrasaría o interferiría con el examen de detección médica o los servicios para estabilizar una condición médica de emergencia.

b. El Hospital facturará a los terceros pagadores de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable y los términos de los contratos de terceros pagadores aplicables. En general, se espera que los pacientes paguen puntualmente los saldos de las cuentas que no hayan sido pagados por un tercero pagador. A los pacientes que buscan servicios de atención médica que no sean de emergencia se les puede solicitar que paguen por adelantado los servicios que no estarán cubiertos por terceros pagadores, incluidos los copagos, los deducibles y los 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 el saldo de su cuenta en una sola cuota.

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

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

un. El Hospital no referirá ninguna cuenta a una agencia de cobro durante el Período de Notificación y primero hará esfuerzos razonables (como se establece en esta sección 5.3) para determinar si un paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera.

b. A todos los pacientes se les ofrecerá 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 los pacientes incluirán un aviso sobre la Política de Asistencia Financiera, que incluye información sobre cómo obtener copias de la Política de Asistencia Financiera y una Solicitud de Asistencia Financiera.

Página 4 de 5

d. En caso de falta de pago por parte de un paciente no asegurado de los cargos por los Servicios cubiertos:

Yo. No se ha presentado ninguna 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 de deudas si se cumple con cada uno de los siguientes criterios:

A. el Hospital ha enviado al paciente una notificación por escrito que indica que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles, identifica los procesos que el Hospital tiene la intención de iniciar y establece una fecha límite después de la cual se puede iniciar la búsqueda de la deuda (que no será antes de 30 días después de la fecha de dicha notificación por escrito);

B. dicha notificación por escrito va acompañada de una copia del resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera.

C. el Hospital se ha esforzado 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 ha expirado; y

E. el Director de la Oficina de Negocios/Director de Servicios Financieros para el Paciente o su designado ha revisado la cuenta y la documentación del paciente 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 la Asistencia Financiera, el Hospital informará al paciente por escrito de su determinación de elegibilidad después de que haya transcurrido 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 haya procesado la solicitud. Si el Hospital determina que el paciente no es elegible para recibir Asistencia Financiera, el Hospital informará al paciente por escrito de su determinación de elegibilidad y puede reanudar la recolección de la parte adeudada 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 le enviará al paciente una notificación por escrito describiendo la información adicional necesaria y dándole al paciente 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 puede iniciar la búsqueda del paciente para el cobro de la deuda de acuerdo con la sección 5.3 (d) (i) anterior.

Página 5 de 5

e. A los pacientes que se consideren elegibles para recibir asistencia financiera se les reembolsarán los pagos que excedan el monto determinado que el paciente debe, y el Hospital tomará las medidas razonablemente disponibles para retirar la(s) cuenta(s) si se colocó previamente para el seguimiento de la cobranza.

f. Los requisitos de la póliza de asistencia financiera no se aplicarán a los costos asociados con la cirugía estética, según se define en la Póliza de Cobertura Clínica de DHB No: 1-O-1.

g. La Institución no está obligada a aplicar descuentos a los copagos de los asegurados.

h. Para las personas con ingresos entre el 200 y el 300% del FPL, la Institución debe ofrecer un plan de pago que no exceda una duración de 36 meses con pagos mensuales que no superen el 5% de los ingresos mensuales 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 del paciente no excederá lo que se habría cobrado bajo el plan de ingresos de 36 meses/5%.