

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>St. Joseph's y<br/>Candler Health<br/>System, Inc.</b> | <p align="center"><b>Política Administrativa</b></p> <p><b>Título: Ayuda financiera, facturación y cobranza</b></p> | <p>Número de póliza:<br/>1220-A<br/>Función clave:<br/>RI<br/>Fecha de entrada en<br/>vigencia:<br/>05/22/2013<br/>Página 1 de 11</p> |
|---|---|---|

### **Declaración de la política**

Será la política de St. Joseph's/Candler ("SJ/C") prestar servicios de atención de salud a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago y otorgar ayuda financiera a las personas que califiquen. Ningún paciente dejará de recibir atención de urgencia ni ninguna otra atención médica necesaria, debido a su capacidad de pago, raza, color, religión, credo, sexo, país de procedencia, edad o discapacidad.

SJ/C proporciona ayuda financiera a aquellos pacientes que necesitan atención de urgencia u otra atención médica necesaria, que puedan demostrar una incapacidad para pagar todo o parte de los cargos generalmente cobrados. Los pacientes que no poseen la capacidad financiera para pagar los cargos de SJ/C serán sometidos a revisión para determinar su elegibilidad de acuerdo con Medicaid y otros programas estatales, y serán evaluados de acuerdo con los criterios establecidos previamente para ayuda financiera y se les proporcionará información sobre cómo solicitar la ayuda financiera.

SJ/C pondrá a disposición de los pacientes dicha ayuda financiera, independientemente de la raza, color, religión, credo, sexo, país de procedencia, edad o discapacidad de dichas personas, o cualquier otra clasificación que esté prohibida por la ley. Al ofrecer descuentos, SJ/C se esforzará por tratar a las personas que se encuentren en una situación similar, de una manera sustancialmente similar. SJ/C no ofrecerá ningún descuento con el propósito de generar servicios pagados según un programa de atención de salud federal o para influenciar la elección de parte del beneficiario de un proveedor, profesional o proveedor en particular.

La política de ayuda financiera aquí contenida se aplica de manera uniforme a todas las urgencias y a las demás atenciones médicas necesarias proporcionadas por SJ/C en los siguientes establecimientos:

- St. Joseph's Hospital
- Candler Hospital
- SJC Medical Group (Medical Group)
- SJC Oncology Services (Oncology Services)

### **Propósito**

- Proporcionar un marco destinado a informar a los pacientes o a las partes responsables sobre sus obligaciones financieras por concepto de servicios de atención de salud, ayudarles a resolver sus obligaciones financieras y asesorarlos acerca de la cobertura de seguros.
- Proporcionar pautas y criterios objetivos y consecuentes para determinar la situación financiera de los pacientes, de manera que se pueda realizar una clasificación y distinción

adecuada entre cuentas incobrables a causa de la incapacidad de pago del paciente y aquellas que se generan debido a la nula voluntad para pagar de los mismos.

- Identificar a aquellos que necesitan ayuda financiera al inicio del ciclo de cobranza y reducir el tiempo que toma resolver una cuenta.
- Explicar la forma en que los pacientes pueden solicitar ayuda financiera.
- Proporcionar un descuento para pacientes no asegurados que genere cargos equivalentes a las cantidades que generalmente se les cobra (AGB) a los pacientes con seguro.
- Definir el método utilizado para calcular las AGB y la forma en que se puede obtener esta información en forma gratuita.
- Facilitar el flujo de caja ofreciendo un descuento por pago puntual a pacientes con un saldo a su cargo.
- Simplificar el proceso para los pacientes y reducir el papeleo para el paciente y el personal de SJ/C.
- Reunir y mantener datos a fin de comprobar la incapacidad de un paciente de pagar y cumplir los requisitos de §501(r) del Código del Servicio de Impuestos Internos y los requisitos para hospitales de §501(c)(3) de la Ley de Atención de Salud a Bajo Precio.

### **Organizaciones a las cuales se aplica esta política**

St. Joseph's Hospital, Candler Hospital, SJ/C Medical Group y Cancer Care Pavilion.

### **Definición de términos**

**Asegurado:** La condición de un paciente que cuenta con seguro o la cobertura de un tercero que paga todo o parte de los cargos brutos del paciente por concepto de los servicios médicos.

**Asesores financieros:** Profesionales de SJ/C que verifican una cobertura de seguros apropiada, recaudan el pago de los deducibles y otros saldos estimados a cargo del paciente, proporcionan ayuda para las personas que no pueden pagar derivándolas a Medicaid u otros programas estatales y proporcionan orientación acerca de la política FAP.

**Avadyne:** La empresa de facturación de cargos de pacientes sin cobertura de seguro, contratada por SJ/C para hacer seguimiento a las cuentas de cargo del paciente, mediante el envío de estados de cuenta por correo y cobros telefónicos. Avadyne se considera como una extensión de las oficinas comerciales de SJ/C.

**Cantidades que generalmente se cobran (AGB):** La cantidad mediante la cual se miden los cargos de los pacientes *no asegurados*. Los pacientes no asegurados no tendrán cargos superiores, por atención de urgencia y otra atención médica necesaria, que las AGB de pacientes que tienen cobertura de seguros. Para calcular las AGB, SJ/C utiliza el método retroactivo. El método retroactivo utiliza datos de Medicare y los aseguradores de salud privada de los 12 meses del año fiscal anterior para determinar el porcentaje de las AGB aplicado. El porcentaje de las AGB que utiliza SJ/C y el método mediante el cual se determine se encuentra disponible en forma gratuita en el Departamento de Servicio al Cliente. Se puede comunicar con Servicio al Cliente al 912-819-8455 o al 800-374-7054.

**Cargos brutos:** Precio establecido total por concepto de atención médica que el hospital cobra de manera consecuente y uniforme a todos los pacientes antes de la aplicación de subsidios

contractuales, descuentos y otras deducciones.

**Descuento:** Una reducción del saldo adeudado del paciente (hasta el 100% de los cargos brutos).

**Descuento según la política de asistencia financiera (FAP):** Un descuento porcentual en el saldo de la cuenta del paciente de acuerdo con su capacidad de pago.

**Descuento sobre los pagos a cargo del paciente:** Un descuento porcentual del saldo a cargo del paciente en base a la condición de no asegurado del paciente. Los pacientes no asegurados del hospital y de Oncology Services son elegibles para un descuento de los pagos a cargo del paciente, de acuerdo con las AGB más recientes. Los pacientes no asegurados de Medical Group son elegibles para un descuento sobre los pagos a cargo del paciente del 50%, independientemente de su capacidad de pago.

**Descuento por pago puntual:** Un 5% de descuento en el saldo a cargo del paciente (lo que incluye cualquier copago o deducible), si se paga en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta. El descuento por pago puntual se encuentra disponible para los pacientes del hospital y de Oncology Services, independientemente de su capacidad de pago (este descuento no está disponible para los pacientes de Medical Group). Este descuento es un ajuste administrativo y no se considera ayuda financiera.

**Medidas de cobranza extraordinarias (ECA):** Cualquier medida que tome SJ/C (o cualquier agente de SJ/C, como por ejemplo una empresa de cobranzas), contra una persona, relacionada con obtener el pago de una cuenta cubierta en esta política, que requiera un proceso legal o judicial, que implique la venta de la deuda de una persona a otra parte o entregar información adversa sobre personas a los organismos que facilitan información de solvencia de consumidores u oficinas de calificación de solvencia. Entregar para cobranza una cuenta a un tercero no es una medida ECA.

**No asegurado:** La condición de un paciente sin seguro ni cobertura de un tercero, que no califica para Medicare u otra ayuda estatal. Un paciente también puede ser clasificado como "no asegurado" si tiene seguro, pero el asegurador se rehúsa a pagar los servicios médicos prestados, por motivos como, condiciones preexistentes, proveedor fuera de la red, etc.

**Oficina de facturación centralizada (CBO):** Genera la factura del paciente en nombre de los médicos contratados por SJ/C.

**Pautas federales de pobreza (FPG):** Determinadas por el gobierno de los Estados Unidos y publicadas anualmente en el Registro Federal. Las FPG se basan en el tamaño e ingresos de una familia. Las FPG se usan para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera según Medicaid y la política de ayuda financiera de SJ/C.

**Scoring Vendor:** La empresa de software contratada por Avadyne y SJ/C para proporcionar una clasificación financiera (calculada en base a datos públicos), de los pacientes. La clasificación financiera se utiliza como un factor para determinar la capacidad de pago de un paciente.

## **Procedimientos**

## **I. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

SJ/C proporciona ayuda financiera a aquellos pacientes que necesitan atención de urgencia u otra atención médica necesaria, que puedan demostrar una incapacidad para pagar todo o parte de los cargos por los servicios médicos.

Los pacientes que no poseen la capacidad financiera para pagar son evaluados para determinar su elegibilidad según Medicaid u otros programas de ayuda estatal. Los pacientes que no son elegibles para Medicaid ni otros programas de ayuda estatal, son entonces evaluados para recibir ayuda financiera según la política de ayuda financiera (FAP) de SJ/C. La ayuda financiera de SJ/C se proporciona en la forma de un descuento según la FAP o atención gratuita.

La elegibilidad para ayuda financiera de los pacientes no asegurados y asegurados con un saldo a cargo del paciente, se basa en las FPG, el ingreso familiar del paciente, los activos personales y la cantidad de la cantidad adeudada a SJ/C por servicios médicos por la cual el paciente es responsable. Una vez recibida la solicitud de ayuda financiera completada de un paciente y los comprobantes de ingresos, se determina el nivel de ayuda financiera sobre la base de los cargos brutos o el saldo adeudado después del pago del seguro mediante una escala móvil. Los anexos A, B, C, D y E (adjuntos), proporcionan las tablas utilizadas para determinar la categoría de ingresos y el descuento porcentual correspondiente, aplicado al saldo de la cuenta de un paciente. Los anexos B y C se aplican solo a los servicios prestados por los hospitales o SJC Oncology Services – Hilton Head. Los anexos D y E se aplican solo a los servicios prestados por Medical Group y SJC Oncology Services – Savannah. Los cargos brutos de todos los tratamientos médicos necesarios de urgencia y no electivos proporcionados por SJ/C, son elegibles para un descuento según la FAP si el paciente califica. No existen restricciones de servicios.

## **II. MÉTODO DE SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA**

Para solicitar ayuda financiera, los pacientes deben completar una solicitud de una página (consulte el Anexo F adjunto) y proporcionar comprobantes de ingresos. Puede conseguir solicitudes con los jefes de admisiones, asesores financieros, representantes de Servicio al Cliente, o en Avadyne (por correo), y en línea en [www.sjchs.org](http://www.sjchs.org). Los asesores financieros están disponibles para responder preguntas y ayudar a completar la solicitud.

Se puede comunicarse con los asesores financieros llamando a cualquiera de los números telefónicos siguientes:

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| St. Joseph's Hospital | 912-819-2434 |
| Candler Hospital      | 912-819-8246 |
| SJC Medical Group     | 912-819-5838 |
| SJC Oncology Services | 912-819-5838 |

Los comprobantes de ingresos deben ser en la forma que se indica a continuación:

- Una copia del comprobante de sueldo más reciente con las cantidades de sueldo bruto del año a la fecha, del paciente y su cónyuge, si corresponde, o de los padres del paciente si es un menor de edad.

- Una copia de la declaración de impuestos más reciente que se haya presentado, incluidos todos los formularios adicionales.
- Comprobante de cualquier ingreso enumerado como “otros ingresos” en la solicitud descuentos según la FAP.

El ingreso se considera el ingreso bruto familiar del paciente, o si es independiente, el ingreso bruto, menos gastos laborales directamente relacionados con la producción de los bienes y servicios. La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos de manutención infantil y la ayuda financiera de amigos y familiares quedan excluidos del ingreso.

Se puede enviar la solicitud completada y el comprobante de ingresos a la siguiente dirección:

SJ/C Patient Accounts  
5353 Reynolds Street  
Savannah, GA 31405

Las solicitudes también se pueden entregar a los cajeros del hospital o enviar por fax al 912-819-8639.

Después de recibir la solicitud descuentos según la FAP de un paciente, esta será evaluada de acuerdo con la información y anexos solicitados. Las solicitudes de descuentos según la FAP del hospital son evaluadas por Avadyne, y las solicitudes de Medical Group y Oncology Services son evaluadas por el asesor financiero de la CBO. Además las clasificaciones financieras de los pacientes con saldos de cuenta superior a \$25,000 son validadas con los datos de Scoring Vendor. Avadyne pone la información de Scoring Vendor a disposición de SJ/C en forma electrónica. Si corresponde, los datos de Scoring Vendor se agregan a la solicitud descuentos según la FAP del paciente. SJ/C no rehusará ayuda financiera si el solicitante no proporciona información que no se especifica en el formulario de solicitud. Los pacientes que presentan solicitudes de ayuda financiera incompletas recibirán una carta, dentro de 15 días hábiles, que detalla la información necesaria.

Dentro de 15 días después de la recepción de una solicitud completa, los pacientes recibirán una carta de aviso. Una carta de aprobación mostrará el porcentaje de descuento de los cargos brutos o el saldo después del pago del seguro y el saldo que aún adeude el paciente, si hubiera alguno. Una carta de rechazo indicará el motivo del rechazo.

Un paciente puede solicitar ayuda financiera en cualquier momento. Si el paciente se encuentra realizando pagos de un plan de pagos y la situación de sus ingresos cambia, puede solicitar ayuda financiera para el saldo restante. Un paciente puede solicitar ayuda financiera incluso después de que su cuenta haya sido derivada a una empresa de cobranzas.

### **III. PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN**

- A. La cobertura de seguro de todos los pacientes se revisa dentro de las 24 horas después de la entrevista de ingreso previo, o la fecha real de ingreso (excepto cuando el paciente es ingresado durante el fin de semana). SJ/C trata de cumplir todos los requisitos de certificación previa de atención de salud administrada, sin embargo, finalmente es responsabilidad del paciente obtener la certificación previa o autorización de derivación antes del ingreso. SJ/C no será responsable si una certificación previa o derivación no se

obtiene correctamente, a menos que SJ/C esté contractualmente obligado a obtener la certificación previa o derivación.

- B. Los pacientes no asegurados son evaluados para determinar su elegibilidad según Medicaid u otros programas estatales lo más pronto posible después de la admisión. Los asesores financieros se reúnen con los pacientes no asegurados y los pacientes con deducibles y coseguros para identificar la fuente de pago, para elaborar planes de pago y proporcionar información sobre la FAP. La asesoría financiera está disponible para todos los pacientes a fin de abordar inquietudes sobre opciones financieras.
- C. Las cantidades de copago y deducible y de coseguro estimadas se solicitan a los pacientes en el Departamento de Urgencias al momento del alta. Las cantidades de copago y deducible (o sus cantidades estimadas), se solicitan a los pacientes hospitalizados, en observación, en imágenes y el mismo día de la cirugía en la inscripción previa, en la inscripción o antes del alta.
- D. Es responsabilidad del paciente proporcionar a SJ/C, toda la información necesaria para cobrar a los seguros del paciente. El personal de SJ/C completará y enviará las reclamaciones en nombre del paciente. Los pacientes recibirán el cobro del saldo restante después de aplicar los pagos y los ajustes de terceros. Aunque se contrató un seguro, finalmente el paciente es el responsable de proporcionar el pago por los servicios prestados. Si el seguro del paciente rechaza o niega el pago de los servicios, SJ/C le cobrará al paciente, a menos que SJ/C tenga prohibición contractual de hacerlo.
- E. El descuento sobre los pagos a cargo del paciente está disponible para todos los pacientes no asegurados, independientemente de su capacidad de pago, y por lo tanto, no se considera ayuda financiera. Sin embargo, si un paciente no asegurado no puede pagar el saldo restante después de aplicar el descuento, el paciente puede solicitar ayuda financiera. Si un paciente no asegurado recibe un descuento sobre los pagos a cargo del paciente y posteriormente proporciona información válida de seguros, el descuento se revocará cuando SJ/C le cobre al tercero. Si un paciente no asegurado recibe un descuento sobre los pagos a cargo del paciente y posteriormente califica para ayuda financiera, el descuento se revocará antes de aplicar el descuento según la FAP, de manera que el ajuste sea clasificado correctamente.
- F. Los pacientes no asegurados del hospital y de Oncology Services (Hilton Head), son elegibles para un descuento de los pagos a cargo del paciente, de acuerdo con las AGB más recientes. Este descuento se concreta al momento de la facturación final y se refleja en la primera cuenta. Los pacientes no asegurados de Medical Group y Oncology Services (Savannah), son elegibles para obtener un descuento sobre los pagos a cargo del paciente del 50%. Este descuento lo procesará el administrador de la consulta o la persona designada, al momento de procesar o revisar los cargos.
- G. Todos los pacientes del hospital y de Oncology Services (Hilton Head), son elegibles para un descuento del 5% por pago puntual si pagan en su totalidad dentro de 30 días después del primer estado de cuenta. Los descuentos por pago puntual se clasifican como ajustes administrativos.
- H. Las funciones de facturación de los saldos de pagos a cargo del paciente las realiza Avadyne.

El ciclo de facturación del paciente comienza con la elaboración de una cuenta final (en el caso de los pacientes no asegurados), o con el pago o rechazo del asegurador (en el caso de pacientes asegurados). El ciclo de facturación es como se indica a continuación:

|         |   |  |
|---------|---|--|
| Día 1   | – | 1er estado de cuenta   |
| Día 30  | – | 2° estado de cuenta  |
| Día 80  | – | Aviso final  |
| Día 120 | – | Devuelto a SJ/C y derivado a una oficina de cobranza o cancelado como presunta beneficencia de acuerdo con la clasificación financiera de Scoring Vendor |

Las llamadas salientes se incorporan en todo el ciclo de facturación y los pacientes son informados sobre el descuento por pago oportuno en el primer estado de cuenta y sobre la disponibilidad de ayuda financiera en todos estados de cuenta.

- I. Avadyne también establece y controla los planes de pago del paciente, de acuerdo con las siguientes pautas:

| <u>Saldo de la cuenta</u> | <u>Número máximo de pagos mensuales permitidos</u>                             |
|---------------------------|--|
| \$0 - \$50                | 2  |
| \$51 - \$250              | 3  |
| \$251 - \$1,000           | 6  |
| \$1,001 - \$2,500         | 12   |
| \$2,501 - \$5,000         | 18   |
| \$5,001 - \$7,500         | 24   |
| > \$7,500                 | El paciente debe asegurar financiamiento externo o solicitar ayuda financiera. |

Los estados de pago se proporcionan mensualmente a los pacientes con planes de pago aprobados.

Cualquiera y todas las excepciones al procedimiento anterior deben ser aprobadas por el director de Servicios Financieros para el Paciente (para saldos de la cuenta del paciente de hasta \$25,000), o el director de finanzas (para saldos de la cuenta del paciente de \$25,000 y más).

- J. Las inquietudes del paciente son manejadas por el personal de Avadyne o del Servicio de Atención al Cliente de Cuentas de Pacientes. Cualquier inquietud del paciente sin resolver es derivada al líder del equipo de Servicio al Cliente o al administrador de Cuentas del Paciente. Si surgen preguntas acerca de los cargos del paciente, se consultará al administrador del Departamento Clínico. Si se presenta una controversia importante sobre los cargos en la cuenta del paciente, el proceso de cobranza se puede posponer hasta que la controversia se resuelva. Las cancelaciones realizadas como resolución ante una inquietud de un paciente o un problema de atención de un paciente, deben ser aprobadas por el director de Servicios Financieros para Pacientes o el director de Manejo de Riesgos (hasta \$25,000), el director de finanzas (\$25,000 a \$50,000) y el presidente/director ejecutivo (\$50,000 o más).

#### **IV. PROCEDIMIENTOS DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- A. Los descuentos según la FAP reciben el nivel apropiado de aprobación; por ejemplo, el director de Servicios Financieros para el Paciente o su designado deben aprobar todos los descuentos para la asistencia financiera del hospital inferiores a \$25,000, el director de Finanzas aquellos sobre \$25,000 y el presidente y director ejecutivo aquellos sobre \$50,000. El gerente del CBO debe aprobar los descuentos de la asistencia financiera de Medical Group y Oncology Services inferiores a \$25,000. Los descuentos de Oncology Services superiores a \$25,000 los debe aprobar el director ejecutivo del Pabellón de Cáncer e Investigación de Lewis (LCRP, *Lewis Cancer & Research Pavillion*).
- B. El personal de verificación de pagos o seguros procesa los descuentos según la FAP aprobados por el hospital. El paciente recibe una notificación relacionada con el descuento según la FAP mediante un correo electrónico que envía el personal de Avadyne. El asesor financiero de CBO procesa los descuentos de la FPA aprobados para Medical Group y Oncology Services, quien enviará, por correo, una notificación al paciente. SJ/C clasifica los descuentos según la FAP como atención de beneficencia.
- C. Los pacientes a quienes no se les otorga asistencia financiera tienen derecho a apelar. Las apelaciones se deben enviar al director de Servicios Financieros para el Paciente. Con la apelación, se iniciará una reevaluación de la solicitud de descuentos según la FAP. Si SJ/C vuelve a rechazar la solicitud de asistencia financiera del paciente, él tiene derecho a pedir la aprobación al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia.
- D. Para hacer el mayor esfuerzo posible para determinar la elegibilidad para descuentos según la FAP de los pacientes que no presentan una solicitud, Avadyne incluirá la clasificación financiera de Scoring Vendor en la lista semanal de cuentas devueltas al hospital por no pago. El personal de Servicio al Cliente revisará todas las cuentas en la lista y utilizará la clasificación financiera de Vendor Scoring como prueba de elegibilidad para un presunto descuento según la FAP. El porcentaje de descuento se basa en escalas de tarifas variables. Los saldos que no califiquen para un descuento se remitirán a una oficina de cobranza.
- E. Cualquier paciente que queda excluido según los criterios de SJ/C para recibir un descuento o cuya situación financiera cambia, pero siente que aún no puede pagar o establecer arreglos de pago, puede solicitar ayuda si completa la solicitud de asistencia financiera y proporciona comprobantes de ingreso. Estas solicitudes se evaluarán caso a caso. Se aplicará la misma autoridad de aprobación indicada anteriormente en la Sección V (A) y Servicio al Cliente procesará la cancelación e informará al paciente.
- F. Si un paciente recibe alivio de la deuda por bancarrota, el saldo se cancela y se clasifica como beneficencia. El hospital utiliza los códigos de ajuste AWAGEARNER y ABANKRUPTCY. Si la cuenta ya se encuentra en estado incobrable y en la empresa de cobranzas, se utilizarán los mismos códigos para ajustar la cuenta en el libro de recuperación de cuentas incobrables. Estas cuentas se reclasificarán como beneficencia en el libro mayor.
- G. Además de la asistencia financiera, el director de finanzas puede aprobar un ajuste al saldo de la cuenta del paciente sobre la base de la buena voluntad, las relaciones públicas o la gestión de riesgos, siempre y cuando no exista intención de influenciar en las derivaciones de pacientes o de persuadir a un beneficiario de un programa federal de atención de salud para



que reciba servicios en SJ/C.

## **V. Incumplimiento del pago**

Las cuentas de los pacientes que no se han pagado y para las que no se ha solicitado asistencia financiera se remiten a una empresa de cobranzas 120 días después de la emisión de la factura del paciente. Los pacientes cuyas cuentas se han remitido a una empresa de cobranzas aún pueden solicitar asistencia financiera.

SJ/C exige la aprobación del director de Servicios Financieros para el Paciente para proceder con “medidas de cobranza extraordinarias” (ECA) de la cuenta de un paciente. El director tiene la autoridad y responsabilidad finales para determinar si SJ/C hizo los esfuerzos razonables para decidir si un paciente es elegible para recibir el descuento según la FAP antes de proceder con las ECA. El director confirmará que se tomaron las siguientes medidas antes de aprobar las ECA de la cuenta del paciente:

- El paciente recibió el aviso de ECA después de los 120 días posteriores a la primera facturación;
- En el aviso de posibles ECA se especifica la ECA potencial que se tomará si el paciente no presenta una solicitud descuentos según la FAP completa o paga la cantidad que debe dentro del plazo límite (especificado en el aviso); y
- Se le envió el aviso de posibles ECA al paciente 30 días antes del plazo límite.

Además, el director inspeccionará el archivo de facturación del paciente antes de aprobar las ECA de la cuenta del paciente. El director confirmará que las siguientes comunicaciones con el paciente queden registradas en el archivo de facturación:

- se entregó, antes del alta, una solicitud resumida en lenguaje simple para asistencia financiera;
- todos los estados de cuenta y otras comunicaciones de facturación se proporcionaron en lenguaje simple.
- cualquier comunicación verbal con el paciente en la que se proporcionó información sobre la asistencia financiera en un lenguaje simple.
- se entregó, al menos, un aviso de posibles ECA al paciente.

La empresa de cobranzas está autorizada por SJ/C para tomar las siguientes ECA para obtener el pago de la cuenta de un paciente. La empresa de cobranzas no está autorizada para implementar estas ECA si SJ/C, en cualquier momento, tuviese prohibido implementar ECA.

- Colocar un gravamen o ejecución hipotecaria sobre la propiedad de un individuo;
- embargo o confiscación de la cuenta bancaria del individuo o cualquier otra propiedad personal;
- embargo de salarios;
- presentación de una demanda civil; o
- ordenar el arresto u orden de detención del individuo.

## **VI. PUBLICACIÓN DE LA FAP**

La política de asistencia financiera, la solicitud descuentos según la FAP y el resumen en lenguaje simple se encuentran disponibles en el sitio web [www.sjchs.org](http://www.sjchs.org). La FAP, la solicitud descuentos según la FAP y el resumen en lenguaje simple también están disponibles, previa solicitud y sin costo, para enviarlos por correo o en Registro de Pacientes o en todas las áreas de cajeros, en papel tanto en inglés como en español.

La disponibilidad de asistencia financiera se publicita con anuncios visibles en las áreas de entrada y salida de todos los establecimientos. Además, el resumen en lenguaje simple lo entregan a los afiliados de extensión comunitaria de SJ/C, al Centro de Información para Afroamericanos, a Georgia Infirmary, a St. Mary's Community Center y a Good Samaritan Clinic.

Los compañeros de trabajo deben remitir a cualquier paciente que solicite asistencia financiera o que indique que no puede pagar la cantidad total del saldo de su cuenta al Servicio al Cliente del Departamento de Cuentas de Pacientes. Los compañeros que no trabajan en el Departamento de Cuentas de Pacientes no deben hacer representaciones o promesas específicas a los pacientes sobre si puede calificar para cualquier tipo o cantidad de asistencia financiera. Sin perjuicio de lo anterior, los compañeros de trabajo en el Departamento de Urgencias deben seguir las políticas y procedimientos EMTALA para responder las inquietudes de los pacientes del Departamento de Urgencias con respecto a los cargos y asuntos financieros correspondientes.

Aprobado:

---

Firma

Fecha original de implementación: 10/21/2010

Fecha de entrada en vigencia del sistema: 05/22/2013

Fecha de la próxima revisión: 05/2016

Departamento o comité otorgador: Cuentas de pacientes

Revisado:

Modificado:

Rescindido:

Número de póliza anterior: N. ° 8221-02 (SJ)

Póliza administrativa N. ° 1069-A Cobranza de créditos

Póliza administrativa N. ° 1194-A Asistencia financiera

Referencia jurídica:

Referencia cruzada:

[Haga clic aquí para reconocer que ha leído esta política](#)