

St. Joseph's/ Candler Health System	Política administrativa Título: Seguro fuera de la red	Número de política: 1279-A Fecha de entrada en vigencia: 10/07/2024 Página 1 de 6
--	---	--

Declaración de la política

Será política de St. Joseph's/Candler Health System (SJ/C) establecer y mantener una política para el manejo de pacientes con cobertura de seguro fuera de la red (OON, por sus siglas en inglés). Esta política describirá la definición de OON, el manejo de los pacientes con OON y cubrirá varios escenarios en los que los pacientes llegan a SJ/C con cobertura de OON.

Definición de términos

Servicios médicos de emergencia: se refiere a los servicios médicos, según lo definido por la EMTALA, incluidos todos los servicios relacionados con la prestación de un examen de detección médica y tratamiento de estabilización en un departamento de emergencias u otro departamento de un hospital en relación con la visita de emergencia.

Profesional médico independiente con licencia (LIP): médico o cualquier otra persona autorizada por la ley y por el hospital para brindar atención y servicios sin dirección ni supervisión, dentro del alcance de la licencia de la persona y de conformidad con los privilegios clínicos otorgados individualmente.

Fuera de la red (OON): cuando un proveedor o centro no tiene contrato con el seguro del paciente.

Aplicabilidad

Esta política se aplica a todos los centros y proveedores de SJ/C para los que SJ/C o una entidad afiliada de SJ/C factura. Se espera que todos los miembros del personal médico LIP que prestan servicios en SJ/C o sus entidades afiliadas, pero que no están afiliados a SJ/C y para quienes SJ/C no factura, se aseguren de forma independiente de que cumplen con todas las leyes federales y estatales pertinentes analizadas en esta política.

Resumen

Si un médico o centro no tiene un contrato con un plan de seguro, se considera que está fuera de la red. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturar la diferencia entre lo que realmente paga el plan de seguro OON y el monto cobrado por el proveedor OON por un servicio. A esto se le denomina "facturación de saldo". La facturación de saldo solo es

aceptable en situaciones limitadas y debe cumplir con las pautas federales y estatales, incluida la Ley Sin Sorpresas y la Ley de Facturación Sorpresa de Georgia. No se permite la facturación de saldo para pacientes con una afección médica de emergencia. Además, antes de cualquier facturación de saldo para casos que no sean de emergencia, se deben proporcionar a los pacientes ciertos avisos obligatorios.

Procedimientos

A. Servicios de emergencia:

1. Prohibición de la facturación de saldo: a los pacientes con una afección médica de emergencia que reciban servicios de emergencia de SJ/C (ya sea que dichos pacientes se presenten en SJ/C en busca de servicios médicos de emergencia o sean transferidos al Departamento de Emergencias de SJ/C desde otro proveedor) no se les podrá facturar el saldo. SJ/C puede facturar, como máximo, el monto equivalente de costo compartido dentro de la red del plan del paciente (como copagos, coseguro y deducibles). Esto incluye todos los servicios médicos de emergencia, como se definieron anteriormente, proporcionados en un Departamento de Emergencias de SJ/C y proporcionados en un centro de SJ/C (tal como a pacientes hospitalizados o pacientes en observación) donde dicha atención continúa cumpliendo con la definición de servicios médicos de emergencia.
2. Determinación del monto de costo compartido: la determinación del monto de costo compartido dentro de la red del paciente se determinará por el monto que figure en la tarjeta de seguro del paciente, si está disponible. Posteriormente, la factura se enviará a la aseguradora del paciente, que determina cualquier monto restante de costo compartido dentro de la red no cubierto, como un deducible no cubierto. Si SJ/C recibe un aviso de que el paciente tiene un monto de costo compartido dentro de la red no cubierto, SJ/C puede facturar al paciente hasta dicho monto. SJ/C recibe este monto después del procesamiento del seguro, o calculará el monto adeudado por el paciente, hasta el monto de costo compartido no cubierto, clasificando al paciente como un paciente que paga por cuenta propia y proporcionando al paciente un descuento del 85 %.

B. Servicios de posestabilización:

1. Prohibición de la facturación de saldo: a los pacientes que acudieron a SJ/C con una afección médica de emergencia y que han sido estabilizados, pero que aún pueden seguir siendo pacientes de SJ/C por la afección relacionada con su visita de emergencia (como en una unidad de hospitalización u observación u otro departamento del hospital) no se les puede facturar el saldo y solo se les puede facturar el equivalente al monto de costo compartido dentro de la red del plan del paciente, a menos que el paciente dé su consentimiento por escrito para que se le facturen los servicios de posestabilización.
2. Cuando el aviso y el consentimiento para la facturación de saldo son apropiados: un proveedor o centro de emergencias puede notificar y solicitar el consentimiento por

escrito de una persona para que renuncie a sus protecciones de facturación de saldo solo si se cumplen todos los requisitos que se mencionan a continuación:

- a. Una persona está lo suficientemente estable como para trasladarse utilizando un transporte médico que no sea médico o que no sea de emergencia a un proveedor/centro disponible dentro de la red ubicado a una distancia de traslado razonable teniendo en cuenta la afección médica de la persona. Esto debe ser determinado por un LIP de emergencia tratante o proveedor tratante, cuya determinación es vinculante para el centro.
 - b. La persona o su representante autorizado se encuentra en condiciones de recibir información y dar su consentimiento informado. Esto debe determinarlo un LIP de emergencia tratante o proveedor tratante. Un representante autorizado NO PUEDE ser un proveedor afiliado al centro ni un empleado del centro, a menos que dicho proveedor o empleado sea un familiar del participante, beneficiario o afiliado.
 - c. El proveedor/centro proporciona un aviso por escrito y obtiene el consentimiento por escrito de la persona para renunciar a las protecciones de facturación de saldo, en cumplimiento de todos los requisitos legales y reglamentarios relacionados.
 - d. El proveedor/centro cumple con las leyes estatales.
3. Notificación y obtención del consentimiento: al dar aviso y solicitar el consentimiento de las personas para renunciar a sus protecciones de facturación de saldo en virtud de la Ley Sin Sorpresas, SJ/C debe usar documentos estándar de aviso y consentimiento desarrollados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

El aviso estándar y los documentos de consentimiento se publicaron como parte del Formulario CMS Número 10780 y están disponibles para su descarga en CMS.gov:

<https://www.cms.gov/httpswwwcmsgovregulations-and-guidancelegislationpaperworkreductionactof1995pra-listing/cms-10780>

SJ/C adaptará el aviso estándar con información individual y específica de cada proveedor.

4. Determinación del monto de costo compartido que SJ/C puede cobrar: cuando los pacientes no dan su consentimiento para renunciar a sus protecciones de facturación de saldo o cuando no es apropiado solicitar dicho consentimiento, SJ/C solo puede facturar el monto de costo compartido aplicable que el paciente debería si estuviera dentro de la red. Este monto de costo compartido se puede determinar de la misma manera descrita anteriormente en la sección A.2.
5. Procedimiento para determinar el estado: cuando los pacientes llegan al Departamento de Emergencias (ED) de SJ/C (ya sea por su cuenta o a través de un traslado desde otro centro), se les clasifica inmediatamente y se les proporciona un examen de detección médica y los servicios de estabilización necesarios de acuerdo con las pautas de la EMTALA. Una vez que el paciente es clasificado, se completa un "registro rápido" y SJ/C verifica si el paciente ha sido atendido en nuestras instalaciones anteriormente. Si es así, la información previa se incorporará a la cuenta. Una vez que el paciente es

colocado en una sala de tratamiento, el registrador completa un registro completo del paciente y verifica el seguro del paciente (siempre que dicho registro no retrase ningún examen médico o tratamiento de estabilización). Si el seguro del paciente está OON, se coloca una alerta y un indicador en la cuenta. El indicador especial también se colocará en el tablero de seguimiento del ED. Para los pacientes que, según lo estipulado por la EMTALA, se determina que no tienen una "condición médica de emergencia" o que han sido estabilizados, según lo define la EMTALA, pero que no obstante cumplen con los requisitos de necesidad médica para el ingreso a hospitalización u observación, entonces se puede iniciar el procedimiento para proporcionar aviso y solicitar el consentimiento para facturar al paciente el saldo, como se describe en la sección B.2.

C. Ambulancia aérea:

Si SJ/C, ahora o en el futuro, opera un servicio de ambulancia aérea, puede facturar el saldo a cualquier paciente fuera de la red por la prestación de dichos servicios. SJ/C puede facturar, como máximo, el monto equivalente de costo compartido dentro de la red del plan del paciente (como copagos, coseguro y deducibles). Este monto de costo compartido se determinará como se describe en la sección A.2.

D. Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red:

Por lo general, los proveedores fuera de la red tienen prohibido facturar el saldo a una persona que recibe servicios cubiertos que no son de emergencia y que son parte de una visita a un centro de atención médica dentro de la red. En general, siempre que SJ/C esté dentro de la red, esta disposición no es aplicable a SJ/C. Sin embargo, todo el personal médico no empleado de SJ/C o cualquier otro proveedor que preste servicios médicos en SJ/C debe estar al tanto de sus responsabilidades legales en la medida en que dicho proveedor no esté dentro de la red de todos los contratos de aseguradoras de SJ/C.

Al celebrar contratos con proveedores no empleados, como los acuerdos de servicios profesionales, será política de SJ/C esforzarse por incluir disposiciones contractuales que requieran que dichos proveedores estén dentro de la red de las principales aseguradoras de SJ/C, en la medida de lo posible. Además, será política de SJ/C alentar a los miembros de su personal médico no empleados a estar dentro de la red de sus principales aseguradoras y, en todos los demás aspectos, asegurarse de que cumplan con todas las leyes pertinentes con respecto a los requisitos de aviso si no están dentro de la red de una aseguradora en particular.

E. Solicitudes de admisión de otras fuentes:

Cuando un centro de salud externo solicita el traslado de un paciente hospitalizado en sus instalaciones para la admisión directa a SJ/C como paciente hospitalizado, se enviará una solicitud con los datos demográficos y el seguro del paciente. El centro de transferencia comparará el seguro con una lista de seguros OON. Si un seguro se identifica como OON,

se remitirá al departamento de Gestión de Utilización (UM, por sus siglas en inglés) con una copia de la ficha de datos del asegurado. UM verificará que el seguro está OON. Una vez verificado, UM notificará al centro de transferencia y el centro de transferencia notificará a la fuente de la transferencia que el paciente debe ser trasladado a un centro dentro de la red.

F. Servicios preprogramados:

Los servicios preprogramados serán evaluados por el equipo de preservicios antes del tratamiento. Si el departamento de preservicios identifica que el seguro del paciente está OON, notificará al paciente y lo remitirá a su compañía de seguros de salud para identificar otro centro que se encuentre dentro de la red del seguro del paciente. A los pacientes con un seguro que esté OON no se les autorizará financieramente para los procedimientos programados. Solo en determinadas circunstancias, los pacientes con seguro OON pueden ser autorizados financieramente, con la aprobación del vicepresidente de ciclo de ingresos o un cargo superior. Si se obtiene la aprobación y el paciente decide continuar el tratamiento en SJ/C como pago por cuenta propia electivo, el equipo de preservicios cumplirá con la **Autorización financiera del paciente (Política administrativa núm. 1227-A)** y completará un acuerdo financiero con el paciente, que incluye una estimación de los servicios.

G. Transferencias entre centros:

En ocasiones, será necesario trasladar a los pacientes entre hospitales dentro de SJ/C. En este caso, el paciente ya estará registrado y el indicador OON especial estará en la cuenta. El proveedor verificará ese indicador. Si el indicador está presente, el proveedor ingresará una orden para la transferencia a un centro dentro de la red en la medida en que dicho centro esté disponible. Si el indicador está ausente, se producirá la orden de transferencia dentro del sistema de salud. La secretaria o enfermera de la unidad receptora verificará el indicador una vez más. Si el indicador está presente, se notificará al proveedor del paciente para que ingrese una orden de transferencia a un centro dentro de la red en la medida de lo posible. Si la secretaria o la enfermera de la unidad receptora no ven el indicador OON, llamarán al departamento de colocación de pacientes para solicitar una cama o un traslado. En este momento, el centro de transferencia verificará el seguro del paciente una vez más.

H. Requisitos de divulgación pública:

SJ/C pondrá a disposición de todos los pacientes, y posibles pacientes, información sobre las protecciones de facturación de saldo. El aviso de divulgación debe estar a disposición del público y publicarse en el sitio web público de SJ/C.

1. Para cumplir con el requisito de divulgación pública, SJ/C exhibirá de manera destacada un letrero con la información de divulgación requerida en un lugar visible y accesible, como por ejemplo donde las personas programan atención, se registran para citas o pagan facturas, a menos que el proveedor no tenga una ubicación de acceso público.

2. Para cumplir con el requisito independiente de publicar la divulgación en un sitio web público, la divulgación o un enlace a la misma debe aparecer en una página de inicio con función de búsqueda del sitio web público del proveedor o centro.
3. En general, SJ/C debe poner a disposición el aviso de divulgación a las personas que sean participantes, beneficiarios o inscritos en un plan de salud grupal o en una cobertura de seguro médico grupal o individual ofrecida por una aseguradora de salud, incluidas las personas cubiertas en un plan de beneficios de salud conforme al Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, y a quienes les proporcionen artículos o servicios, y solo si dichos artículos o servicios se proporcionan en un centro de atención médica o en relación con una visita a un centro de atención médica.

NOTA: El objetivo de las políticas es servir como herramientas de capacitación y como pautas generales para cuando surjan preguntas o cuando ocurran eventos inusuales. El personal no debe utilizar las políticas como sustituto del ejercicio del buen juicio, ya que se reconoce que una pauta puede no ser uniformemente apropiada. Si tiene alguna pregunta específica que no se aborda en esta política o si tiene preguntas sobre la aplicación de esta, comuníquese con un supervisor, el oficial de cumplimiento o el departamento legal.

Aprobado:



Firma

Fecha de implementación original: 07/01/2025
Próxima fecha de revisión: 10/07/2029
Departamento/Comité de origen: cuentas del paciente
Revisado: 06/26
Modificado: 06/26
Rescindido:
Número(s) de la política anterior:

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para conocer la versión más reciente.