

St. Joseph's/ Candler Health System	Política administrativa Título: Facturación y cobro a pacientes	Número de política: 1281-A Fecha de entrada en vigencia: 10/07/2026 Página 1 de 11
--	--	---

Declaración de la política

Será política de St. Joseph's/Candler Health System (SJ/C) facturar y cobrar los servicios prestados de conformidad con las normativas federales. Además, será política de SJ/C hacer esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia conforme a su **Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) (Política Administrativa núm. 1220-A)** antes de emprender Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECA, por sus siglas en inglés), según se especifica en el presente documento.

Esta política no afecta ni limita la dedicación y obligación de SJ/C conforme a la EMTALA de tratar a pacientes con afecciones médicas de emergencia.

SJ/C aplicará la política de facturación y cobro descrita en el presente documento sin distinción de raza, color, religión, credo, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, identidad o expresión de género del paciente, ni ninguna otra clasificación prohibida por la ley.

La política de facturación y cobro que se incluye en el presente documento se aplica de manera uniforme a todos los servicios de emergencia y demás atención médicamente necesaria que presta SJ/C en los siguientes centros:

- St. Joseph's Hospital
- Candler Hospital
- SJ/C Medical Group (Grupo médico)
- SJ/C Oncology Services (Servicios oncológicos)
- SJ/C Home Health Services

Entidades a las que se aplica esta política

St. Joseph's Hospital, Candler Hospital, SJ/C Medical Group (una lista de SJ/C Medical Group puede encontrarse en el sitio web de SJ/C en <https://www.sjchs.org>, SJ/C Oncology Services y SJ/C Home Health Services.

Entidades a las que no se aplica esta política

Los proveedores, incluidos los grupos de proveedores, que no están cubiertos por la política incluyen Chatham Radiologists, Georgia Emergency Physicians, Pathology Associates, Coastal EMS, Southside Fire/EMS Ambulance Service, SemperCare, Candler Retail Pharmacy, American Anesthesiology Associates of Georgia y cualquier LIP con privilegios de admisión que no figure en la lista como parte de SJ/C Medical Group.

Definición de términos

Montos generalmente facturados (AGB): montos mediante los cuales se calculan los cargos para los pacientes no asegurados. A los pacientes no asegurados no se les cobrará un cargo por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que sea mayor que los AGB para los pacientes con cobertura de seguro. Para calcular los AGB, SJ/C utiliza un método retroactivo que incluye la experiencia de ambos centros hospitalarios. El método retroactivo utiliza datos de Medicare y de aseguradoras médicas privadas basados en el año fiscal de 12 meses anterior para determinar el porcentaje de AGB aplicado. El paciente puede consultar sin cargo el porcentaje de AGB que utilizó SJ/C y el método mediante el cual se determinó en el departamento de Servicio al Cliente. Puede comunicarse con Servicio al Cliente al 912-819-8455 o al 800-374-7054.

Oficina de facturación centralizada (CBO): trabajadores de SJ/C que se encargan de la facturación y el cobro a pacientes en nombre de los LIP empleados por SJ/C.

Descuento: reducción del saldo de la cuenta del paciente (hasta un 100 % de los cargos brutos).

Oficina comercial extendida: cualquier extensión de la oficina comercial de SJ/C que pueda ser una empresa asociada, un proveedor externo o un socio que ayude a cumplir con cualquier función del ciclo de ingresos.

Medidas de cobro extraordinarias (ECA): toda medida que tome SJ/C (o algún agente de SJ/C, incluidas las agencias de cobro) contra una persona en relación con el cobro de una factura cubierta en virtud de esta política que requiera un proceso legal o judicial, o que implique vender la deuda de una persona a un tercero o proporcionar información negativa sobre la persona a las agencias de informes de crédito del consumidor o las oficinas de crédito. Algunos ejemplos de acciones que pueden requerir un proceso legal o judicial incluyen, entre otras, la imposición de un gravamen sobre la propiedad de una persona, la ejecución hipotecaria de la propiedad inmobiliaria de una persona, el embargo o la incautación de la cuenta bancaria o la propiedad personal de una persona, el inicio de una acción civil, la detención de una persona, la imposición de una orden de embargo de cuerpo a una persona y el embargo del salario de una persona. Encargar el cobro de una cuenta a un tercero no es una ECA.

Pautas federales de ingresos para la pobreza (FPIG): pautas que determina el gobierno de los Estados Unidos y que se publican anualmente en el Registro Federal. Las FPG están basadas en el tamaño del grupo familiar y el ingreso familiar. Las FPG se utilizan para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera conforme a Medicaid y a la FAP de SJ/C.

Descuento en virtud de la Política de Asistencia Financiera (FAP): porcentaje de descuento sobre el saldo de la cuenta del paciente basado en su capacidad de pago.

Coordinadores de recursos financieros: trabajadores de SJ/C que verifican la cobertura de seguro adecuada, garantizan el pago de deducibles y otros saldos de pago por cuenta propia

estimados, ofrecen ayuda a los pacientes no pueden pagar derivándolos a Medicaid u otros programas estatales, y ofrecen asesoramiento con la FAP.

Cargos brutos: precio total establecido para la atención médica que las entidades de SJ/C cobran de manera constante y uniforme a todos los pacientes sin tener en cuenta las asignaciones contractuales, los descuentos u otras deducciones.

Asegurado: condición de un paciente que cuenta con un seguro o cobertura de terceros que paga la totalidad o una parte de los cargos brutos del paciente por los servicios médicos. Esta categoría incluye a los pacientes cubiertos por un pagador gubernamental como Medicare, Medicaid, Champus y los beneficios autorizados para veteranos; así como a los pagadores privados como Medicare Advantage, las organizaciones de atención administrada de Medicaid, la atención comercial o administrada, los seguros de automóviles y la compensación laboral.

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

Medicamento necesario: servicios médicos basados en prácticas médicas generalmente aceptadas, teniendo en cuenta las condiciones existentes en el momento del tratamiento, que sean apropiadas y coherentes con el diagnóstico del LIP tratante, y cuya omisión podría afectar negativamente al estado del paciente. Esta clasificación no infringe ni abarca la clasificación de emergente ni las leyes EMTALA asociadas con esa designación. Si el paciente considera que el servicio solicitado requiere atención inmediata o urgente, este podrá solicitar la revisión de su servicio. Para ello, deberá comunicarse con la Oficina de Asuntos Médicos al 912-819-6670 o al 912-819-3338.

Caridad presunta: descuento aplicado al saldo pendiente de la cuenta de un paciente en función de la información de las FPIG proporcionada por un agente calificador. Este descuento se aplica al final del ciclo de facturación de pago por cuenta propia vigente.

Descuento por pago puntual: se otorga un descuento del 5 % en la responsabilidad financiera del paciente asegurado (incluido cualquier copago o deducible) antes o en el momento del servicio. El descuento por pago puntual está 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 asistencia financiera.

Agente calificador: la empresa de software contratada por SJ/C para proporcionar una calificación financiera (calculada en base a información de agencias de crédito, como activos, pagos de hipotecas, préstamos para automóviles, deudas de tarjetas de crédito y otro historial financiero) a los pacientes. La calificación financiera se utiliza como un factor para determinar la capacidad de pago de un paciente. Actualmente, SJ/C tiene contrato con Experian para este servicio.

Descuento de pago por cuenta propia: porcentaje de descuento del saldo de la cuenta de pago por cuenta propia de un paciente en función de su condición de No asegurado. Los pacientes no asegurados del hospital y de Oncology Services son elegibles para recibir un descuento de pago por cuenta propia basado en los AGB más recientes. Los pacientes no asegurados de Medical Group son elegibles para obtener un 85 % de descuento de pago por cuenta propia si abonan los servicios en el momento de recibirlos, independientemente de su capacidad de pago.

Área de servicio de: el área de servicio de SJ/C por código postal será 29901, 29902, 29903, 29904, 29905, 29906, 29907, 29909, 29910, 29914, 29915, 29920, 29925, 29926, 29928, 29931, 29935, 29938, 29940, 29941, 31308, 31321, 31324, 30415, 30450, 30452, 30458, 30459, 30460, 30461, 31302, 31322, 31328, 31401, 31402, 31403, 31404, 31405, 31406, 31407, 31408, 31409, 31410, 31411, 31412, 31414, 31415, 31416, 31418, 31419, 31420, 31421, 31303, 31307, 31312, 31318, 31326, 31329, 29912, 29927, 29934, 29936, 29943, 31301, 31309, 31310, 31313, 31314, 31315, 31320, 31323, 31333, 30414, 30417, 30423, 30429, 31316, 31304, 31305, 31319, 31331, 31327, 30424, 30446, 30449, 30455, 30467, 30420, 30421, 30427, 30453, 30438, 31599, 31545, 31546, 31555, 31560, 31598, 31513, 31515, 31563, 31624, 31642, 31650, 31510, 31542, 31543, 31553, 31566, 31547, 31548, 31558, 31565, 31568, 31569, 30439, 30451, 31537, 31562, 31623, 31630, 31631, 31634, 31512, 31519, 31533, 31534, 31535, 31554, 31567, 30401, 30425, 30448, 30464, 30471, 31002, 31520, 31521, 31522, 31523, 31524, 31525, 31527, 31561, 31532, 31539, 30442, 30822, 30410, 30412, 30445, 30470, 30473, 31516, 31518, 31551, 31556, 31557, 30436, 30474, 30475, 30457, 31501, 31502, 31503, 31550, 31552, 30411, 30428, 31037, 31055, 31083, 31544, 31549.

Oficina comercial de SJ/C: un departamento dentro de St. Joseph's/Candler Health System que administra los aspectos financieros de la atención al paciente desde el punto de contacto inicial hasta el pago final de los servicios. Este departamento gestiona varias funciones dentro de la organización, entre las que se incluyen, pero no se limitan a: registro, programación, verificación de seguros, autorizaciones, captura de cargos, codificación, facturación, registro de pagos, gestión de denegaciones, cobro a pacientes y gestión de cuentas por cobrar.

Revisión del historial crediticio sin afectar puntaje: consulta en la que se examina el informe crediticio de un paciente, pero que no se informa a ninguna entidad externa y que solo puede ser vista por el paciente. Esta revisión no afecta de ninguna manera el puntaje de crédito del paciente, y las leyes federales permiten hacerlo porque el proveedor le concede un crédito al paciente al no exigirle que pague por adelantado ninguno de los servicios que pueda prestarle.

No asegurado (pago por cuenta propia): condición de un paciente que no cuenta con una cobertura de seguro o de un tercero que no reúne los requisitos para Medicaid u otra asistencia financiera estatal. También se podrá clasificar a un paciente como “no asegurado” si está asegurado, pero la aseguradora se niega a pagar los servicios médicos prestados por razones tales como condiciones preexistentes, proveedor fuera de la red u otros problemas que puedan resultar en la falta de pago por parte de terceros. Se excluirá a los pacientes que tengan acceso a beneficios de seguro de automóvil de cualquier tipo, compensación laboral,

fondos para víctimas de delitos, etc., así como a cualquier paciente que se niegue a cumplir o no cumpla con los requisitos que permitirían la cobertura bajo un programa gubernamental o no gubernamental.

Procedimientos

PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Los descuentos de la FAP del hospital reciben el nivel de aprobación correspondiente, es decir, el gerente de servicios financieros para pacientes aprueba hasta \$25,000, el director de servicios financieros para pacientes o el vicepresidente del ciclo de ingresos aprueban hasta \$75,000, el director financiero aprueba los que superan los \$75,000 y el presidente y director ejecutivo aprueban los que superan los \$150,000. El director del ciclo de ingresos médicos o la persona designada debe aprobar los descuentos de la FAP para Medical Group y Oncology Services inferiores a \$25,000. Los descuentos para Oncology Services superiores a \$25,000 deben ser aprobados por el director ejecutivo de Lewis Cancer & Research Pavilion.
- B. Los descuentos aprobados por la FAP del hospital son procesados por el personal de Pagos/Resolución. Una notificación sobre el nivel de descuento conforme a la FAP se envía por correo al paciente. Los descuentos conforme a la FAP aprobados para Medical Group y Oncology Services son procesados por el asesor financiero de SJ/C, quien enviará una notificación por correo al paciente. SJ/C clasifica los descuentos conforme a la FAP como atención benéfica.
- C. Si una persona reúne los requisitos para recibir atención médica gratuita, SJ/C le proporcionará una notificación por escrito indicando que no debe pagar nada más. Si una persona es elegible conforme a la FAP, pero califica para una atención menor que la gratuita, SJ/C debe proporcionarle un estado de cuenta que indique el monto que la persona debe por la atención como persona elegible conforme a la FAP y cómo se determinó dicho monto. También debe indicar o describir cómo la persona puede obtener información sobre los AGB para la atención médica.
- D. Los pacientes a los que se les niegue la asistencia financiera tienen derecho a apelar. Las apelaciones se enviarán al Gerente de asistencia financiera. La apelación iniciará la reevaluación de la solicitud de asistencia financiera. Si SJ/C decide nuevamente denegar la solicitud de asistencia financiera de un paciente, este tiene derecho a solicitar la aprobación del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia.
- E. Para hacer un esfuerzo razonable por determinar la elegibilidad conforme a la FAP de los pacientes que no presentan solicitudes, SJ/C solicitará una calificación para la cuenta de pago por cuenta propia que haya sido devuelta por la Oficina comercial extendida para su colocación en una agencia de cobro de deudas incobrables. Al solicitar la calificación, se realizará una revisión de los antecedentes crediticios sin afectar puntaje en el informe crediticio del paciente. Esta calificación se utilizará como constancia de elegibilidad para

caridad presunta. El porcentaje de descuento se basará en las escalas de cargos con descuento del Hospital. Los saldos que no cumplan los requisitos para obtener un descuento serán remitidos a una agencia de cobro.

- F. La realización de un ajuste por caridad presunta en la cuenta no impide que la cuenta sea enviada a una agencia de cobro de deudas incobrables. Se enviará una notificación al paciente informándole de este descuento adicional junto con el resumen de la FAP. El paciente tendrá 30 días para enviar la solicitud de asistencia financiera con la documentación de respaldo si considera que podría ser elegible para recibir un descuento mayor.
- G. Todo paciente que no encuadre en las pautas de SJ/C para recibir un descuento o cuya situación financiera haya cambiado, pero de todos modos considere que no puede pagar ni establecer acuerdos de pago adecuados, podrá solicitar asistencia completando la solicitud de asistencia financiera y presentando una constancia de ingresos. Estas solicitudes se considerarán según cada caso en particular. Se aplicará la misma autoridad de aprobación descrita en la Sección IV (A) que antecede, y el Servicio al Cliente procesará la desgravación y notificará al paciente.
- H. Si el paciente recibe una condonación de la deuda en virtud de un proceso concursal, el saldo de la cuenta se desgravará y se clasificará como caridad. El hospital utiliza los códigos de ajuste AWAGEARNER y ABANKRUPTCY. Si la cuenta ya ha sido clasificada como deuda incobrable y está en manos de la agencia de cobro, se utilizarán los mismos códigos para ajustar la cuenta utilizando la publicación de Recuperación de Deudas Incobrables. En el Libro Mayor, se reclasificarán como caridad.
- I. Además de la asistencia financiera, el director de finanzas puede aprobar un ajuste al saldo de la cuenta de un paciente por cuestiones de buena reputación, relaciones públicas o gestión de riesgos, siempre y cuando no haya intención de influir las derivaciones del paciente ni inducir a un beneficiario de algún programa de atención médica federal a solicitar los servicios de SJ/C.

PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. La cobertura de seguro para las cuentas del paciente se revisa en el plazo de un día hábil a partir de la entrevista previa a la admisión o de la fecha de admisión efectiva. SJ/C procura cumplir con los requisitos de preautorización de la atención médica administrada; sin embargo, en última instancia, es responsabilidad del paciente obtener la precertificación o la autorización de derivación antes de la admisión. SJ/C no será responsable si no se obtiene correctamente una precertificación o la derivación, a menos que SJ/C esté obligado contractualmente a obtenerla.
- B. Se evaluará la elegibilidad para Medicaid u otros programas estatales de los pacientes no asegurados tan pronto como sea posible luego de la admisión. Los asesores de soluciones financieras se reúnen con los pacientes no asegurados para hacer arreglos de pago o para

proporcionar información sobre la FAP. Todos los pacientes podrán consultar a los asesores financieros para abordar sus inquietudes relativas a las opciones financieras.

- C. A los pacientes del departamento de emergencias se les solicitan los montos por copago y deducible o por el coaseguro estimado en el momento del alta. A los pacientes hospitalizados, en observación, de diagnóstico por imágenes y de cirugía ambulatoria se les solicitan los montos por copago y deducible (o los montos estimados) antes de registrarse, mientras se registran o antes del alta.
- D. Es responsabilidad del paciente brindar a SJ/C toda la información necesaria para emitir la factura al seguro. El personal de SJ/C completará y presentará los reclamos en nombre del paciente. Se les facturarán a los pacientes los saldos restantes una vez aplicados los pagos de terceros y los ajustes correspondientes. Incluso si cuenta con un seguro, el paciente es el responsable en última instancia de efectuar el pago de los servicios prestados. Si el seguro del paciente rechaza o deniega el pago de los servicios, SJ/C facturará al paciente, a menos que SJ/C tenga prohibido contractualmente hacerlo de acuerdo con las regulaciones 501R o como se describe en un contrato con un tercero pagador específico.
- E. El descuento de pago por cuenta propia es para todos los pacientes no asegurados independientemente de su capacidad de pago, y se considera asistencia financiera. Si un paciente no asegurado recibe un descuento de pago por cuenta propia y posteriormente presenta información válida de un seguro, el descuento de pago por cuenta propia se revertirá cuando SJ/C facture los servicios al tercero. Si un paciente no asegurado recibe un descuento de pago por cuenta propia y posteriormente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, el descuento de pago por cuenta propia se revertirá antes de que se aplique el descuento conforme a la FAP.
- F. Los pacientes no asegurados del hospital son elegibles para recibir un descuento de pago por cuenta propia basado en los AGB más recientes. Este descuento se proporciona cuando se realiza la facturación definitiva y se refleja en la primera factura. Los pacientes no asegurados de SJ/C Medical Group, SJ/C Home Health Services, y Oncology Services (Savannah) son elegibles para recibir un descuento de pago por cuenta propia del 85 %. El gerente del consultorio o la persona designada procesarán este descuento cuando se procesen o revisen los cargos.
- G. Todos los pacientes del hospital que estén asegurados son elegibles para un 5 % de descuento por pago puntual si pagan en su totalidad antes o en el momento del servicio. Los descuentos por pago puntual se clasifican como ajustes administrativos.
- H. Las funciones de facturación de los saldos de pago por cuenta propia son realizadas por la oficina comercial de SJ/C. El ciclo de facturación del paciente comienza con la elaboración de una factura definitiva (en el caso de los pacientes no asegurados) o con el pago o la denegación por parte de la aseguradora (en el caso de los pacientes asegurados). El ciclo de facturación es el siguiente:

- Día 5 – 1.^{er} estado de cuenta
- Día 30 – 2.^o estado de cuenta
- Día 60 – 3.^{er} estado de cuenta
- Día 90 – Último aviso
- Día 121 – Devolución a SJ/C y derivación a la agencia de cobro o desgravación como caridad presunta en función de la calificación financiera del agente calificador en el estado de cuenta final.

Las llamadas salientes se realizan a lo largo del ciclo de facturación. La disponibilidad de asistencia financiera figura en todos los estados de cuenta.

- I. La oficina comercial de SJ/C también establece y supervisa los planes de pago al paciente de acuerdo con las siguientes pautas:

<u>Saldo de la cuenta</u>	<u>Número máximo de pagos mensuales</u>
\$1,000 - \$3,000	12
\$3,001 - \$6,000	24
\$6,001 - \$9,000	36
\$9,001- \$12,000	48

Los estados de cuenta se proporcionan de forma mensual a los pacientes que tienen un plan de pago aprobado.

Todas y cada una de las excepciones al procedimiento anterior (hasta \$25,000) deben ser aprobadas por el gerente de cuentas de pacientes, el gerente de soluciones financieras para pacientes, el supervisor de servicio al cliente, el director de servicios financieros para pacientes o el vicepresidente del ciclo de ingresos (para saldos de cuentas de pacientes de hasta \$75,000) o el director financiero (para saldos de cuentas de pacientes de \$75,000 y más).

- J. Las cuentas con saldos de pacientes superiores a \$10,000 pueden calificar para un "ajuste catastrófico" si el paciente no califica de otra manera conforme a la política de asistencia financiera (FAP) de SJ/C. Este plan de ajuste se puede aplicar a saldos posteriores al seguro o si son mayores que el descuento estándar para pacientes no asegurados del 85 %. Para recibir este ajuste, el paciente debe establecer formalmente un plan de pagos equivalente al 20 % de sus ingresos disponibles durante veinticuatro meses. Durante el período de vigencia del plan de ajuste catastrófico, cualquier saldo nuevo será ajustado. Si los ingresos del paciente cambian o si el paciente incumple el plan de pagos, se evaluará el saldo del paciente y es posible que se revierta el descuento.
- K. El personal de Servicio al Cliente para Cuentas de Pacientes abordará las inquietudes o consultas de los pacientes. Cualquier inquietud no resuelta de los pacientes se remite al jefe del equipo de Servicio al Cliente o al supervisor de Servicio al Cliente, gerente de soluciones financieras para pacientes, o gerente de cuentas de pacientes. Si surgen dudas sobre los cargos a los pacientes, se consulta con el gerente del departamento clínico y con

el departamento de Integridad de Ingresos. Si surge una controversia sustancial con respecto a los cargos que figuran en la factura del paciente, es posible que se suspenda el proceso de cobro hasta que se resuelva la controversia. Las desgravaciones realizadas como resolución de una inquietud del paciente o un problema de atención al paciente deben ser aprobadas por el gerente de servicios financieros para pacientes (hasta \$25,000), el director de servicios financieros para pacientes o el vicepresidente del ciclo de ingresos o el director de gestión de riesgos (hasta \$75,000), el director financiero (\$75,000 a \$150,000) y el presidente/director ejecutivo (\$150,000 o más).

FALTA DE PAGO

Las cuentas de los pacientes para las que no se ha recibido ningún pago y no se ha solicitado asistencia financiera y el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera, según lo confirme SJ/C de conformidad con la FAP, se remitirán a una agencia de cobranzas 120 días después de que se emita la primera factura posterior al alta del paciente. Un estado de cuenta por la atención se considera "posterior al alta" si se le proporciona a una persona después de que el paciente recibió la atención, ya sea paciente hospitalizado o ambulatorio, y la persona ha dejado el centro hospitalario. Los pacientes cuyas cuentas han sido remitidas a una agencia de cobranzas aún pueden solicitar asistencia financiera [en cualquier momento] o [hasta 240 días después de que se proporcione la primera factura posterior al alta].

SJ/C requiere la aprobación del director de servicios financieros para pacientes o del vicepresidente del ciclo de ingresos para llevar a cabo una "acción de cobro extraordinaria" (ECA), con la excepción de informar a las agencias de crédito sobre la cuenta de un paciente. El director o vicepresidente tendrá autoridad y responsabilidad definitivas para determinar si SJ/C hizo todo lo razonablemente posible por determinar si un paciente es elegible conforme a la FAP antes de implementar las ECA. El director o vicepresidente confirmará que se tomaron las siguientes medidas con respecto a un paciente antes de aprobar las ECA en la cuenta del paciente:

- El paciente recibió el aviso de una ECA no antes de 120 días después de la primera facturación y no ha respondido a ninguna factura o aviso en el que solicite asistencia financiera.
- El aviso de una posible ECA especificaba las ECA que se tomarían si el paciente no presentaba una solicitud de asistencia financiera completa o no pagaba el monto adeudado antes de la fecha límite (que debe especificarse en el aviso).
- El aviso de la posible ECA se entregó al paciente 30 días antes de la fecha límite de la ECA.
- SJ/C ha hecho un esfuerzo razonable para proporcionar una notificación verbal sobre la FAP y cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de la FAP al menos 30 días antes de iniciar por primera vez una o más ECA para obtener el pago por la atención.

El director o vicepresidente también inspeccionará el expediente de facturación del paciente antes de aprobar las ECA en la cuenta del paciente. El director o vicepresidente

confirmará que las siguientes comunicaciones con el paciente se registran en el expediente de facturación:

- Se le entregó una solicitud de ayuda financiera resumida en lenguaje sencillo antes del alta.
- Todas los estados de cuenta y otras comunicaciones de facturación se le proporcionaron en lenguaje sencillo.
- En todas las comunicaciones verbales, o intentos, con el paciente se le proporcionó información sobre la ayuda financiera en un lenguaje sencillo.
- Se le entregó al paciente al menos un aviso de posibles ECA.

SJ/C autoriza a la agencia de cobro a adoptar las siguientes ECA a fin de obtener el pago de la factura de un paciente. La agencia de cobro no está autorizada a implementar estas ECA en aquellas circunstancias en las que SJ/C tampoco podría hacerlo:

- Gravar o ejecutar los bienes de una persona.
- Embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otro bien mueble.
- Embargar sueldos.
- Iniciar una demanda civil.

RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD UNA VEZ INICIADOS LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN Y COBRO.

Si el paciente presenta una solicitud de asistencia financiera después de que su cuenta haya sido remitida a una agencia de cobranza o después de que se haya iniciado cualquier ECA, la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera se revisará de acuerdo con la FAP de SJ/C. SJ/C hará esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible conforme a la FAP, incluyendo tomar las siguientes medidas:

- Suspender cualquier ECA tomada contra la persona (o notificar a la agencia de cobranza para que haga lo mismo) hasta que se haya determinado la elegibilidad de la persona conforme a la FAP.
- Realizar una determinación de elegibilidad conforme a la FAP.
- Notificar por escrito a la persona la determinación de su elegibilidad conforme a la FAP y los fundamentos de dicha determinación.

Si se determina que una persona es elegible conforme a la FAP, el hospital reembolsará cualquier pago en exceso por servicios médicamente necesarios que supere los \$5.00 realizado por la persona elegible conforme a la FAP por la atención que exceda el monto que se determine que debe pagar personalmente como persona elegible conforme a la FAP, y tomará medidas para revertir cualquier ECA tomada contra la persona para obtener el pago por la atención.

Aprobado:



Fecha de implementación original: 21/08/2024
Próxima fecha de revisión: 10/07/2027
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.