

607 Beaman Street
Clinton, NC 28329

Recopilación de cuentas de pacientes
Política y procedimiento

Propósito:

Definir el proceso de cobro de las cuentas de los pacientes.

Política:

Sampson Regional Medical Center brinda atención de emergencia como se describe dentro del significado de EMTALA a cualquier persona, independientemente de su capacidad de pago o independientemente de si cumple con la política y las pautas de asistencia financiera.

Los pacientes son evaluados para recibir asistencia financiera a través de un proceso de evaluación automatizado y/o pautas presuntivas. Los pacientes son elegibles para solicitar Asistencia Financiera (Charity Care) si no califican automáticamente. Sin embargo, se seguirán las pautas de la política de Asistencia Financiera.

Cuentas de pago por cuenta propia:

Los pacientes que se presentan sin seguro activo son preseleccionados para las calificaciones de Medicaid y las calificaciones de asistencia financiera. Si están calificados para Medicaid, SRMC puede ayudar con una solicitud de Medicaid. Si no cumplen con los requisitos de Medicaid, serán evaluados a través de un programa para determinar su Nivel Federal de Pobreza. Este FPL se utilizará para compararlo con nuestras pautas de Asistencia Financiera (Charity Care) para la condonación de deudas. Los pacientes que no estén cubiertos por ningún seguro federal, estatal, comercial o de responsabilidad civil recibirán un descuento automático del 30% (501r) y luego se realizará cualquier ajuste de asistencia financiera. El paciente recibirá una carta explicando la condonación de la deuda. Luego, se enviarán por correo a los pacientes los estados de cuenta si hay algún saldo adeudado. A partir de entonces, los estados de cuenta se envían cada 30 días. Si no se paga o se establece en un plan de pago aprobado (ver más abajo), la cuenta se enviará a una agencia de cobro como se describe a continuación.

Cuentas de seguros:

Cuando todos los planes de seguro del paciente hayan procesado las reclamaciones, el paciente será puesto en una cola de trabajo para revisar el puntaje de FPL y determinar si califica para recibir asistencia financiera. Si lo hacen, se realizará el ajuste y se enviará una carta al paciente para informarle de la condonación de la deuda. Luego, se enviará a los pacientes su estado de cuenta si hay algún saldo restante adeudado. A partir de entonces, los estados de cuenta se envían cada 30 días. Si no se paga o se establece en un plan de pago aprobado (ver más abajo), la cuenta se enviará a una agencia de cobro como se describe a continuación.

Cuentas del Departamento de Emergencias

Para los servicios del Departamento de Emergencias, el hospital puede cobrar una tarifa de los pacientes asegurados y con seguro insuficiente, que es la cantidad mayor de la cantidad que el paciente adeudaría en función de los descuentos porcentuales después de que se haya aplicado cualquier condonación de deuda benéfica y (2) \$35.00, sin exceder los costos compartidos según el plan de salud del paciente (para pacientes asegurados).

Planes de pago:

Todos los pacientes con un puntaje de FPL de 201 a 300 pueden establecerse en un plan de pago por su saldo restante después de que se haya realizado el ajuste de atención caritativa, que no exceda los 36 meses y los pagos no excedan el 5% de los ingresos mensuales del hogar. Si un paciente desea agregar una cuenta al plan de pago en una fecha posterior, el plazo de 36 meses se reiniciará en la cuenta más reciente y el pago aún no puede exceder el 5% de los ingresos mensuales. Cualquier saldo de la(s) cuenta(s) anterior(es) tendrá que ser cancelado si eso interfiere con el plan de 36 meses/5%. Cualquier monto por encima del límite de 36 meses/5% para cualquier cuenta se ajustará.

Para los pacientes con un puntaje de FPL superior a 300, el paciente puede ser incluido en un plan de pago con el hospital durante 36 meses sin intereses. A menos que se hagan otros arreglos, después de 120 días desde el primer estado de cuenta Y atrasado por más de 60 días en el plan de pago, la cuenta se enviará a una agencia de cobro como se describe a continuación.

Proceso de referencia de la agencia de cobranza:

Después de que el paciente haya recibido un mínimo de 4 declaraciones, se le enviará una carta explicando los siguientes pasos en el proceso de recolección. Esta carta les recuerda a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera del hospital (atención caritativa) y cómo solicitar un caso de dificultad si no califican para los ajustes automatizados. También explicará que la cuenta se entregará a una agencia de cobro si no se paga en su totalidad dentro de los 30 días a partir de la fecha de la carta o si no hay una solicitud de caridad pendiente. Treinta días después de que se envía la carta, la cuenta se transfiere a la agencia.

Las agencias no tomarán las siguientes medidas para recopilar:

1. Cualquier cosa que cause un arresto individual.
2. Hacer que una persona sea declarada en desacato civil o encarcelada.
3. Ejecución hipotecaria de los bienes inmuebles de una persona.
4. Embargar salarios o declaraciones de impuestos estatales sobre la renta

Las cuentas con saldos inferiores a \$2,500.00 se colocarán en una agencia de cobranza por un mínimo de 120 días. La agencia de cobro cerrará y devolverá la cuenta después de que la cuenta se haya colocado en la agencia durante 120 días sin actividad o el paciente incumpla con el plan de pago establecido por la agencia (se determinó que es incobrable)

Las cuentas con saldos de \$2,500.00 o más se colocarán en una agencia. Las cuentas permanecerán en la agencia durante un mínimo de 120 días o hasta que la agencia considere que la cuenta es incobrable (sin límite de tiempo)

Durante los primeros 120 días, el paciente está en el período de notificación y debe recibir información sobre el proceso de solicitud financiera y las pautas. El paciente aún es elegible para solicitar asistencia financiera en el período de solicitud durante los primeros 120 días en que su cuenta ha sido colocada en la agencia de cobranza.