

Título de la política: Política de Facturación y Cobro de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services PFS)

Número de la política: 1017

Última actualización: 07/24/2024

Se aplica a:

- Region Norte Froedtert ThedaCare Health, Inc.
- Region Sur Froedtert ThedaCare Health, Inc. – todas las entidades de abajo:

O solo a las entidades de la Región Sur marcadas -

Hospitales	Consultorios médicos	ASC	Otros
<input checked="" type="checkbox"/> FCH <input checked="" type="checkbox"/> FHFMH <input checked="" type="checkbox"/> FMFH <input checked="" type="checkbox"/> FMLH <input checked="" type="checkbox"/> FWBH	<input checked="" type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> NEMG	<input checked="" type="checkbox"/> DTSSC <input checked="" type="checkbox"/> FSC <input checked="" type="checkbox"/> MFASC <input checked="" type="checkbox"/> WBSC	<input type="checkbox"/> ACO <input type="checkbox"/> CIN <input type="checkbox"/> Exceedent <input type="checkbox"/> FH Home Infusion <input type="checkbox"/> FH Pharmacy Solutions <input type="checkbox"/> Inception Health <input type="checkbox"/> Workforce Health <input type="checkbox"/> _____

I. Alcance

- A. La Política de Facturación y Cobro de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services, PFS) establece los estándares y procesos de facturación y cobranza y se aplica a las entidades de la Región Sur marcadas arriba.

II. Declaración del propósito

- A. Establecer directrices generales para la recepción esperada de pago por atención médica de emergencia u otra atención médica necesaria prestada por proveedores de la Región Sur de Froedtert ThedaCare Health.
- B. Esta política no se aplica a los negocios de extensión de Froedtert Health Pharmacy Solutions, LLC o Wisconsin Diagnostic Laboratories, LLC.
- C. Esta política también establece ciertos requisitos por cumplir antes de tomar ciertas medidas de cobro contra personas que puedan ser elegibles para recibir ayuda económica (“Ayuda Económica”) según la Política de Ayuda Económica de PFS.

III. Definiciones

- A. Ninguna

IV. Política

- A. Los reclamos se presentan a Medicare, Medicaid u otros pagadores de terceros. Cualquier parte que no esté cubierta por el seguro es responsabilidad del paciente. (Para los fines de esta política, las referencias al término “paciente” incluyen, cuando corresponda, a la persona que es el garante de pago de la factura de atención médica del paciente). La responsabilidad económica final del pago es del paciente.
- B. A ninguna persona se le negará el tratamiento de atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria debido a dificultades económicas demostradas o la incapacidad de pagar.

V. Procedimiento

- A. Un paciente que necesite servicios médicos de emergencia u otra atención médicamente necesaria recibe tratamiento adecuado de inmediato. Inmediatamente después de que se presten los servicios, el paciente, un familiar u otra parte responsable deben dar toda la información necesaria para identificar adecuadamente al paciente y coordinar el pago de todos los servicios médicos.
- B. Las personas que necesiten servicios médicos que no sean de emergencia u otra atención que no sea médicamente necesaria y las personas que soliciten servicios electivos deben coordinar el pago de la atención médica antes de recibir los servicios.
 - 1. Cada paciente que declare dificultades económicas o incapacidad para pagar debe completar una solicitud de consideración para Ayuda Económica de acuerdo con la Política de Ayuda Económica de PFS. El incumplimiento de los requisitos de la solicitud de Ayuda Económica puede tener como consecuencia la denegación de servicios, que no sean servicios médicos de emergencia u otra atención médicamente necesaria, o si se prestan los servicios, se puede buscar el pago de dichos servicios de acuerdo con las políticas y procedimientos estándar, incluyendo esta Política, y en cumplimiento con las leyes federales y estatales aplicables.
 - 2. Cada paciente con seguro u otra forma de cobertura de terceros debe dar toda la información solicitada para identificar correctamente al paciente/garante y facturar al pagador de terceros. Se verifica la cobertura de los beneficios y se completa la certificación previa. Si se recibe una cesión de beneficios, el proveedor de servicios factura a todos los seguros aceptados. Se espera que el paciente/garante pague las cantidades de deducibles y coseguros que el seguro no haya pagado. Es posible que se solicite a los pacientes que paguen las cantidades de deducible, coseguro o copagos en el momento de programar la cita, en el registro o después de que se presten los servicios con la recepción de la primera factura, a menos que se establezcan otros acuerdos de pago aceptables.
 - 3. Cada paciente que busque atención médica que no sea de emergencia u otra atención no médicamente necesaria que no esté cubierta por el seguro u otros pagadores de terceros debe pagar por adelantado los cargos estimados menos cualquier descuento aplicable. Si los cargos reales son mayores que la cantidad cobrada, se envía al paciente una factura por el saldo. Si los cargos reales son menores que la cantidad cobrada, al paciente se le devuelve el exceso.

- C. Los pagos por los servicios prestados a los pacientes son responsabilidad del paciente/garante, incluyendo los que parecen ser servicios cubiertos por el pagador de terceros del paciente.
1. Antes de prestar los servicios, se hacen esfuerzos razonables por explicarle al paciente la responsabilidad económica que está aceptando. Es posible que se dé una explicación de los procedimientos de facturación y pago durante la programación o el registro. Al paciente/garante se le entregan folletos que explican los procedimientos de facturación y cobros antes del ingreso o registro para una operación ambulatoria, siempre que sea posible. La misma información está disponible en Froedtert.com.
 2. Las formas de pago aceptables incluyen seguro, efectivo, cheque y tarjeta de crédito. Al paciente se le explican estas formas de pago antes del registro, cuando es razonablemente posible. Se espera el pago a término, a menos que haya una situación atenuante. Se espera que los pacientes paguen la cantidad total de su responsabilidad en un plazo de 120 días después de la recepción del primer estado de cuenta, a menos que se acuerde un plan de pago mensual. Se puede llegar a un acuerdo de pagos mensuales dependiendo del saldo en la cuenta del paciente y la edad de la cuenta. Los pagos no se prorrogarán pasados los 36 meses, a menos que haya una situación atenuante. Pasados los 36 meses, el gerente de servicios financieros para pacientes o la persona designada deberán aprobar por anticipado los acuerdos de pago. Las cuentas con saldos sin pagar que no estén en un plan de pago acordado se remitirán a una agencia de cobros no menos de 120 días después del primer estado de cuenta después del alta y según esta Política. Les enviarán a los pacientes un mínimo de tres facturas durante el período de 120 días y los contactarán por los saldos sin pagar un mínimo de tres veces, a menos que el paciente haya pedido específicamente que no lo llamen ni le envíen facturas, o que la dirección o el teléfono registrados sean incorrectos.
 3. Los siguientes pacientes se remiten a un Asesor Financiero para que los evalúe para ver si califican para programas del gobierno potencialmente disponibles:
 - a. Pacientes con cita para recibir atención médica que no tienen seguro médico.
 - b. Pacientes con cita para recibir servicios voluntarios como una cirugía cosmética u otros servicios que los beneficios del seguro médico del paciente no cubren.
 - c. Pacientes sin seguro médico que reciben atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria, o que sean ingresados en un hospital de la Región Sur.

En caso de que un paciente no pueda pagar los servicios, se le ayuda a solicitar cualquier fuente disponible de Ayuda Económica. Los ejemplos incluyen el Programa de Medicaid de Wisconsin (Título XIX), el Programa de reembolso de laboratorios para el sida/VIH de Wisconsin, el Fondo de compensación para víctimas de delitos y la inscripción en un plan de seguro disponible mediante el Mercado de Seguros Médicos federal. Si el paciente no colabora con este esfuerzo, esto podría dar lugar a la denegación de los servicios, excepto la atención médica de emergencia u otra

atención médicamente necesaria. La ayuda económica se puede ofrecer de acuerdo con la Política de Ayuda Económica de PFS.

Procedimientos de facturación y cobro:

- D. No se hará una Actividad de Cobro Extraordinaria para las personas que califiquen o puedan calificar para ayuda económica según la Política de Ayuda Económica de PFS, ni se hará la Actividad de Cobro Extraordinaria contra la persona para cobrar el pago por atención médica antes de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para dicha ayuda económica. Esto también se aplica con respecto a cualquier otra persona que podría ser responsable del pago de la factura médica del paciente por dicha atención.
- E. Cada una de las siguientes acciones que se pueden tomar en relación con un estado de cuenta de facturación por atención médica cubierta por la Política de Ayuda Económica de PFS se considera una Actividad de Cobro Extraordinaria (Extraordinary Collection Action, ECA):
 - 1. Vender la deuda de una persona a otra parte con fines de cobro;
 - 2. Reportar información adversa sobre la persona a las agencias de informes de crédito del consumidor o a las oficinas de crédito;
 - 3. Aplazar, denegar o exigir un pago antes de prestar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una persona de una o más facturas por atención con cobertura de la Política de Ayuda Económica que se haya dado anteriormente;
 - 4. Imponer medidas que exijan un proceso legal o judicial (excepto la colocación de ciertos gravámenes que un hospital tiene derecho a hacer valer según la ley estatal); y
 - 5. Embargar el salario de una persona.
- F. En un esfuerzo por determinar si una persona es elegible para recibir ayuda económica, por lo menos 30 días antes de iniciar una ECA para obtener el pago por la atención (y sujeto al período de aviso de 120 días estipulado en el punto G abajo), ocurre lo siguiente:
 - 1. Se informará a la persona/garante sobre la Política de Ayuda Económica, identificará las ECA que Froedtert Health pretende tomar para recibir el pago y establecerá la fecha límite a partir de la que se podrían tomar las ECA (que no puede ser menos de 30 días después de la fecha en que se da el aviso a la persona/garante);
 - 2. Se le dará a la persona/garante un resumen en lenguaje simple de la Política de Ayuda Económica con el aviso por escrito descrito en el punto F.1. arriba; y
 - 3. Se hará un esfuerzo razonable por avisarle oralmente a la persona/garante sobre la Política de Ayuda Económica de PFD y sobre cómo puede solicitar dicha ayuda económica. Esto podría hacerse ofreciendo al paciente, en el momento del registro, un folleto de facturación en el que se especifique la ayuda económica o mediante asesores financieros que ofrezcan información de la ayuda económica a los pacientes sin seguro, o en conversaciones con el paciente durante el proceso de facturación.
- G. La ECA no inicia durante al menos 120 días a partir de la fecha en que se envía el primer estado de cuenta de facturación después del alta a la persona.

- H. Si una persona presenta una solicitud de Ayuda Económica incompleta durante el Período de Solicitud (según se define en el punto K abajo) se le envía un aviso sobre cómo completar la solicitud. A la persona se le da una oportunidad razonable para completar y enviar la solicitud. Durante este tiempo, cualquier ECA se suspende hasta que a la persona se le entregue un aviso por escrito que describa la información adicional que debe presentar e incluya la información de contacto donde la persona puede obtener información sobre la Política de Ayuda Económica de PFS, y el departamento que ayuda con la solicitud de Ayuda Económica.
1. Las ECA se suspenden hasta que se haya determinado si una persona es elegible para la Ayuda Económica basado en una solicitud completa de Ayuda Económica, o si la persona no ha respondido a las solicitudes de dar más información en el plazo de un período de tiempo razonable dado a la persona para responder a dichas solicitudes.
 2. Si una persona presenta posteriormente una solicitud completa durante el Período de Solicitud (o, si es más tarde, otro plazo razonable permitido), se tomarán las siguientes acciones establecidas en los puntos I.1. – I.5. abajo.
- I. Si una persona presenta posteriormente una solicitud completa durante el Período de Solicitud (o, si es más tarde, otro plazo razonable permitido), las siguientes acciones ocurrirán de manera oportuna:
1. Se suspenderá cualquier ECA que se haya iniciado con respecto a la persona/garante;
 2. Se determinará si la persona es elegible para recibir ayuda económica y se le informará de la determinación y el fundamento de dicha determinación;
 3. Si la persona es elegible para recibir ayuda económica que no sea atención gratuita, entonces se le entregará un estado de cuenta en el que se especifique la cantidad que debe por la atención médica, cómo se determinó esa cantidad y establecerá cómo la persona puede obtener información sobre las cantidades generalmente facturadas (AGB) por dicha atención médica;
 4. Se reembolsará cualquier cantidad excedente que la persona haya pagado sobre la cantidad por la que se determine que es responsable teniendo en cuenta la elegibilidad para la ayuda económica (a menos que dicho exceso sea menor a \$5); y
 5. Se tomarán todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA adoptada contra la persona.
- J. Después de presentar una solicitud completa de Ayuda Económica durante el Período de Solicitud, ocurre lo siguiente:
1. Se tomará una determinación sobre si la persona califica para recibir ayuda económica en un plazo razonable; y
 2. Se tomarán las acciones establecidas en los puntos I.1 – I.5 arriba.
- K. En las circunstancias en las que se cree razonablemente que la persona puede calificar para Medicaid, la determinación de si una persona es elegible para la Ayuda Económica según la Política de Ayuda Económica de PFS puede posponerse hasta el momento en que se haya presentado una solicitud de Medicaid y se haya hecho una determinación sobre la elegibilidad de dicha persona para Medicaid.
- L. Si la deuda de un paciente se remite o vende a un tercero, se toman las medidas apropiadas para evitar que dicho tercero tome ECA en contra del paciente para obtener

el pago de la atención médica hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para Ayuda Económica de acuerdo con el proceso descrito en esta Política. Dichas medidas de protección incluyen celebrar un acuerdo por escrito con el tercero diseñado para facilitar el cumplimiento de esta Política y los estatutos y reglamentaciones federales aplicables.

- M. Para los fines de esta Política, el “Período de Solicitud” es el período en el que una persona debe presentar una solicitud de Ayuda Económica de acuerdo con la Política de Ayuda Económica. Este período empieza en la fecha en que se da la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria y termina el día 240 después de la emisión de la primera factura, después de recibir el alta por esa atención, salvo que se especifique lo contrario según esta Política.

VI. Información relacionada

- A. [Política de ayuda económica de PFS FH](#)
- B. [Política de descuento por pago por cuenta propia de PFS FH](#)

VII. Declaraciones

- A. Ninguna

VIII. Referencias

- A. Ninguna

IX. Archivos adjuntos

- A. Ninguno