



Garnet Health

SE APLICA A:

- Sistema
 Organización
 Departamento (especificar)

NIVEL DE POLÍTICA

- Garnet Health
 Garnet Health Medical Center
 Garnet Health Medical Center - Catskills
 Garnet Health Doctors
 Garnet Health Urgent Care

Página 1 de 5**CATEGORÍA:****Créditos y Cobranzas****NÚMERO DE CONTROL DE DOCUMENTOS:****300003****Título:****POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRANZA****Anexos:****A.****Objetivo:**

Esta política aborda las actividades de cobranza tanto para pacientes sin seguro como para pacientes con seguro, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles, para las gestiones de cobro previas, en el momento del servicio y posteriores al mismo. Garnet Health se compromete a informar a los pacientes sobre sus responsabilidades financieras y las opciones de asistencia financiera disponibles, así como a comunicarse con ellos sobre las cuentas pendientes de una manera que los trate con dignidad y respeto.

Como se describe en este documento, Garnet Health no emprenderá ninguna acción de cobranza extraordinaria (véase la Sección III) contra una persona para obtener el pago de la atención médica antes de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia según la Política de Asistencia Financiera (FAP).

Definiciones:

AGB significa "Montos Generalmente Facturados" para atención de emergencia u otra atención médica necesaria a personas con cobertura de seguro.

Período de Solicitud significa el período durante el cual Garnet Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera bajo su PAF presentada por una persona para haber realizado esfuerzos razonables a fin de determinar si es elegible para recibir asistencia financiera bajo la póliza. El Período de Solicitud comienza en cualquier momento, desde la fecha del servicio hasta el final del proceso de cobranza.

A/R significa "cuentas por cobrar".

ECA significa "Acciones Extraordinarias de Cobro", una lista de actividades de cobranza, según la definición del Servicio de Impuestos Internos (IRS) y el Departamento del Tesoro de los EE. UU., que las organizaciones de atención médica solo pueden emprender contra una persona para obtener el pago de la atención médica *después* de haber realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera.

"FAP" significa Política de Asistencia Financiera.

"Persona elegible según FAP" significa que una persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera.

"FPG" significa Pautas Federales de Pobreza.

"Servicios Médicamente Necesarios" significa un tratamiento que es un servicio de salud cubierto o un tratamiento obligatorio para proteger y mejorar el estado de salud de un paciente, y que podría afectar negativamente su condición si se omite, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica médica.

"Paciente" significa la persona que recibe tratamiento médico o, en el caso de un menor emancipado u otro dependiente, el padre/madre, tutor legal u otra persona (garante) que sea financieramente responsable del paciente.

Área de Servicio incluye los códigos postales de los condados de Orange, Sullivan y Ulster. Garnet Health ha definido sus áreas comunitarias y de servicio como su área de servicio más amplia, con un enfoque principal en los condados de Orange y Sullivan, lo que permite al hospital dirigir los recursos de manera más eficaz para abordar las necesidades de salud significativas, especialmente en las áreas con mayor disparidad.

Política:

- Durante el proceso de determinación de asistencia financiera, las gestiones de cobranza se suspenderán y la cuenta se asignará a una cuenta de beneficencia.
- En caso de falta de pago, Garnet Health no remitirá las cuentas a agencias de cobranza 180 días después de la emisión de la primera factura médica, independientemente de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
- Garnet Health notificará por escrito a los pacientes con al menos 30 días de antelación a la remisión a una agencia de cobranza.
- Garnet Health tiene prohibido vender la deuda de un paciente a un tercero, a menos que este tenga la intención de condonarla por completo y no tenga intención de iniciar ningún proceso de cobranza.
- Se prohíbe la venta forzosa o la ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente. Las agencias de cobranza externas pondrán la solicitud de asistencia a disposición de los pacientes.
- Las cuentas pendientes de pago de Medicaid de pacientes elegibles no se derivarán a agencias de cobranza.
- Garnet Health tiene prohibido iniciar demandas contra pacientes con ingresos inferiores al 400 % del APL.

Proceso de cobranzas de Garnet Health:

El Departamento de Créditos y Cobros intentará cobrar todas las deudas mediante estados de cuenta mensuales, llamadas telefónicas o cartas de cobro hasta 120 días después del primer estado de cuenta posterior al alta. Los representantes de Créditos:

- a. Solicitarán el pago total.
- b. Si no es posible el pago total, se ofrecerá una opción de acuerdo de pago.
- c. Si el paciente no puede pagar, se ofrecerá el Programa de Asistencia Financiera.
 - i. Cuando un paciente no califica para la Asistencia Financiera, Servicios Financieros para Pacientes puede, a su discreción, aplicar otros descuentos, incluyendo, por ejemplo, descuentos para fomentar el pago puntual o para reconocer casos excepcionales de dificultades financieras.

Las cuentas impagadas que no estén en el proceso de solicitud de asistencia financiera de la organización o que estén excluidas del cobro debido al nivel de ingresos del paciente, después de un proceso de cobro de hasta 120 días o más, o

que no hayan remitido un pago dentro de los 45 días posteriores, serán remitidas a una agencia de cobro externa y estarán sujetas a medidas de cobro extraordinarias (ECA). Las cuentas pendientes se asignarán a las agencias, mediante un sistema de asignación alfabética, establecido según las reglas de enrutamiento del sistema EPIC. La correspondencia devuelta que se considere como con una dirección incorrecta se remitirá a una agencia de cobranza externa en cualquier momento del ciclo de cobro. Contacte al Departamento de Créditos y Cobranzas para obtener una lista precisa de agencias.

Quiebra:

Garnet Health identificará las cuentas cuyos garantes se hayan declarado en quiebra. El propósito de identificar las cuentas de los garantes que se han declarado en quiebra es cesar todas las gestiones de facturación y cobranza de los garantes, tanto internas como externas, a todos los proveedores de deudas incobrables y con vencimiento anticipado. Esto eliminará cualquier comunicación del hospital o sus proveedores externos hasta que se reciba una notificación judicial que declare el estado de la quiebra.

- 1) Como representante de Créditos y Cobranzas, será responsabilidad del departamento realizar una investigación para identificar a aquellos pacientes que son responsabilidad exclusiva del fiador al momento del servicio o alta en casos de blindaje de pacientes relacionados de la acción de cobranza del departamento.
- 2) El representante de crédito recibe notificaciones sobre la quiebra/alta por correo postal, correspondencia con pacientes y proveedores.
- 3) El representante de crédito registra los resultados en cada cuenta. Esto incluye la fecha de presentación de la quiebra y el número de caso.
 - a) El código de ajuste de quiebra 5003 se utilizará para los saldos de cuentas por cobrar activas en Garnet Health. El código de transacción 5042 se utilizará para los saldos de deudas incobrables que actualmente no figuran en las cuentas por cobrar activas.
- 4) Las notificaciones de ajustes de quiebra para los saldos de cobranza se informan a la agencia de cobranza correspondiente. Los ajustes de Garnet Health se informan electrónicamente mediante un archivo semanal.
- 5) El aviso de declaración de quiebra/alta se escanea en cada cuenta a través de On Base para su recuperación y auditoría.
- 6) Si se obtiene un reembolso del seguro o del avalista por una reclamación que se ajustó como quiebra, el personal del representante de crédito revertirá el ajuste de quiebra por el monto total del pago o ajuste. Al registrar las transacciones de pago, la fecha del servicio volverá a mostrar un saldo cero.

Pre-deudas incobrables:

- a. Se genera un extracto semanal de datos de EPIC para identificar a los pacientes con saldos adeudados que no estén excluidos de las actividades de cobranza. Este conjunto de datos se envía al analista de TI de EPIC, quien realiza una búsqueda electrónica, utilizando el proveedor de elegibilidad de seguros de Garnet Health, para determinar la cobertura activa de Medicaid. Los representantes de Créditos y Cobranzas revisan el resultado antes de la remisión a la agencia para identificar a los pacientes que puedan tener cobertura de Medicaid activa y válida que no figure en sus cuentas para la fecha del servicio en revisión. En caso de identificarse cobertura activa, se facturará como corresponde y se eliminará del flujo de trabajo de pre-deudas incobrables. Después de que la agencia principal de deudas incobrables haya trabajado la cuenta durante 180 días sin éxito, las cuentas se devolverán como incobrables. La agencia principal de deudas incobrables marcará las cuentas incobrables de Medicare para su revisión y para su informe de costos. Excluyendo los saldos de Facturación Médica (PB) y Atención de Urgencias, cualquier cuenta de Facturación Hospitalaria (HB) con un saldo superior a

\$1,400 se remitirá a una agencia de cobranza secundaria después de que la agencia principal la devuelva. Todos los saldos de PB y Atención de Urgencias que superen el monto mínimo de cancelación se enviarán a la agencia de cobranza secundaria después de que la agencia primaria declare la cuenta como incobrable.

- b. La agencia secundaria de cobros incobrables gestionará las cuentas con un plazo de hasta 180 días o más y devolverá las cuentas, según la fecha de colocación, que no tengan un plan de pago o estado de retención.
- c. El informe anual de costos de Medicare se actualizará para reflejar cualquier pago recibido después de que se haya notificado la cancelación de un saldo incobrable.
- d. Todas las recomendaciones de la agencia para litigio se revisan para garantizar su exactitud. No se iniciará ningún litigio en ninguna cuenta antes de la remisión a la agencia. Una vez aprobada una cuenta para acción legal, toda la información proporcionada a Garnet Health se informará a la agencia de cobranza correspondiente.
- e. Las agencias reportarán los saldos de Garnet Health de \$250 o más a las agencias de crédito después de 90 días de la emisión. Si la cuenta se declara incobrable para Garnet Health, se eliminará de los informes de las agencias de crédito.
- f. Mensualmente, la agencia y Garnet Health realizarán una conciliación de las cuentas por cobrar abiertas del hospital con las cuentas por cobrar abiertas de las agencias de cobro, la cual se completará a finales del mes siguiente.
- g. Mensualmente, las agencias de cobranza enviarán listas detalladas de las cuentas pagadas e incobrables al Departamento de Créditos y Cobranzas.

I. Acciones extraordinarias de cobranza (ECA)

Garnet Health (u otra parte autorizada) no realizará Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECA) sin antes realizar esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia bajo la FAP de Garnet Health. Las ECA que Garnet Health (u otra parte autorizada) puede realizar incluyen:

- a. Embargar salarios
- b. Imponer gravámenes sobre la propiedad
- c. Iniciar acciones legales
- d. Enviar informes de crédito a las principales agencias de crédito

II. Determinación de la elegibilidad para asistencia financiera antes de las ECA

Garnet Health realizará esfuerzos razonables para determinar si las personas son elegibles para recibir asistencia financiera. Para tal fin, Garnet Health (u otra parte autorizada) notificará a las personas sobre la FAP antes de iniciar cualquier ECA para obtener el pago de la atención médica y se abstendrá de iniciar dichas Acciones hasta 120 días después de la fecha en que Garnet Health proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta.

Documentación requerida según la FAP o el formulario de solicitud de FAP que la persona debe presentar a Garnet Health para completar su solicitud de FAP.

1. Garnet Health (u otra parte autorizada) tomará las siguientes medidas al menos 30 días antes de iniciar por primera vez una o más de las ECA mencionadas anteriormente para obtener el pago de la atención:
 - a. Si una persona que presentó una solicitud de FAP incompleta durante el Período de Solicitud la completa

posteriormente durante dicho Período (o, si es posterior, dentro de un plazo razonable para responder a las solicitudes de información o documentación adicional), se considerará que presentó una solicitud de FA completa durante el Período de Solicitud. Para el proceso de revisión y aprobación de la solicitud, consulte la Política de Asistencia Financiera.

III. Disposiciones varias

Norma antiabuso: Garnet Health no basará su determinación de que una persona no es elegible para la FAP en información que Garnet Health tenga motivos para creer que es poco fiable o incorrecta, ni en información obtenida de la persona bajo coacción o mediante prácticas coercitivas.

No exención de la solicitud de FAP: Garnet Health no solicitará una exención firmada de ninguna persona que declare que no desea solicitar asistencia bajo la FAP ni recibir la información descrita anteriormente para determinar que no es elegible para la FAP.

Autoridad final para determinar la elegibilidad para la FAP: la autoridad final para determinar que Garnet Health ha realizado esfuerzos razonables a fin de determinar si una persona es elegible para la FA y, por lo tanto, puede realizar ECA en su contra, recae en el Director de Créditos y Cobranzas.

Acuerdos con otras partes: si Garnet Health vende o remite la deuda de una persona relacionada con la atención médica a otra parte, Garnet Health celebrará un acuerdo escrito legalmente vinculante con la parte, diseñado razonablemente para garantizar que no se realicen ECA para obtener el pago de la atención hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la FA.

Entrega de documentos electrónicamente: Garnet Health puede enviar cualquier notificación o comunicación escrita delineada en esta política electrónicamente (por ejemplo, por correo electrónico) a cualquier persona que indique que prefiere recibir la notificación o comunicación por escrito electrónicamente.

IV. Información de contacto de Garnet Health

Garnet Health Medical Center/ Garnet Health Health Doctors/ Garnet Health Urgent Care Oficina del Defensor Financiero
707 East Main Street
Middletown, NY 10940
Teléfono 845-333-1888
Sitio web www.garnethealth.org

Garnet Health Medical Center-Catskills/ Garnet Doctors/ Garnet Health Urgent Care Créditos y Cobranzas
P.O. Box 800
Harris, NY 12742
Teléfono 845-333-8989
Sitio web www.garnethealth.org

Norma(s):
Reglamento Final 501R

Referencia(s):
Política Financiera de Garnet Health

Autor/Cargo:
William Scheuermann, vicepresidente de Estrategia de Ingresos y Atención Médica Administrada

Aprobador/Cargo:
James Grigg/CFO de Garnet Health

Concurrencias

| | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| Gestión de Acceso de Pacientes | Oficina de Cumplimiento |
| Servicios Financieros para Pacientes | |
| Créditos y Cobranzas | |

Control de documentos

| Clave de condición: | | A = Nuevo | B = Revisado + n.º | C = Modificado + n.º | D = Archivado |
|---------------------|-----|---|--------------------|----------------------|--|
| Condición | N.º | Descripción del cambio | | Fecha | Autor/Cargo |
| C | 0 | Se creó con un nuevo formato y se actualizaron los requisitos de 501r. Se cambió el nombre de la política de Cobro de Autopagos a Política de Facturación y Cobranza. | | 06/07/2020 | W. Scheuermann, vicepresidente de Estrategia de Ingresos y Atención Médica |
| | | | | | |

179548575.2

179548575.3