

DEACONESS REGIONAL HEALTHCARE SERVICES ILLINOIS, INC.

Revisado el 15 de mayo de 2025

POLÍTICA DE COBROS PARA PACIENTES

- I. **ALCANCE:** La Política de Cobros para pacientes del DRHSI aplica a las entidades en la cual DRHSI tiene más de un 50% de pertenencia como las mencionadas abajo:

X	Deaconess Regional Healthcare Services Illinois, Inc. (DRHSI) <i>que opera bajo el nombre de</i> Deaconess Illinois Medical Center
X	Deaconess Illinois Crossroads, Inc.
X	Deaconess Illinois Union County Hospital, Inc.
X	Deaconess Illinois Red Bud, Inc.
X	DRHSI, Inc. <i>que opera bajo el nombre de</i> Deaconess Illinois TransCare EMS

- II. **PROPÓSITO:** El objetivo de esta Política es proveer lineamientos claros y consistentes para llevar a cabo las funciones de facturación y cobranza, en una manera que promueve la conformidad, la satisfacción del paciente, y la eficiencia. A través de los estados de cuenta, cartas escritas, y llamadas telefónicas, Deaconess Regional Healthcare Services Illinois, Inc. (DRHSI) hará los esfuerzos diligentes para informar a los pacientes de sus responsabilidades financieras y sus opciones de asistencia financiera disponibles, así como dar seguimiento a los pacientes con respecto a sus deudas pendientes. Esta Política también requiere que el DRHSI haga las medidas razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para obtener la asistencia financiera, bajo la Política de asistencia financiera del DRHSI, antes de ingresarlo en acciones extraordinarias de cobranza para obtener pago. Esta Política se aplica a todas las entidades del DRHSI que proporcionan productos y servicios de salud a los pacientes, así como los aprobados por la vigente Junta Directiva y de conformidad con las pautas proporcionadas en los requisitos 501r. Esta Política no cubre los servicios emitidos por proveedores particulares. Una lista de médicos no cubiertos por esta Política está disponible en cada sitio web del hospital y se actualiza cada cuarto. La lista está disponible por escrito una vez solicitada.

Deaconess Illinois Medical Center - <https://deaconessillinoismedicalcenter.com/financial-assistance/>
Crossroads - <https://deaconessillinoiscrossroads.com/financial-assistance/>
Union County - <https://deaconessillinoisunioncounty.com/financial-assistance/>
Red Bud - <https://redbudregional.com/financial-assistance/>

III. DEFINICIONES:

- A. Medidas de cobranza extraordinarias (ECA): Una lista de actividades de cobranza, está definida por el IRS (*Hacienda*) y el Tesoro, que las organizaciones de salud solo podrán ejercer acción en contra de un individuo, para obtener el pago por cuidado después de que haya tomado las medidas razonables que determinan si un individuo es elegible para recibir asistencia financiera. Ejemplos de tales acciones que incluyen reportar información desfavorable a los buros de créditos/agencias de informe, junto con las acciones legales/judiciales, como embargar el sueldo.
- B. Política de Asistencia Financiera (FAP): Una política aparte que describe el programa de asistencia financiera del DRHSI, que incluye los criterios que los pacientes deben cumplir para ser elegibles para la asistencia financiera, además es el proceso por el cual los individuos podrán solicitar asistencia financiera.
- C. Medidas razonables: un cierto conjunto de acciones que una organización de salud debe tomar para determinar si un individuo es elegible, bajo la Política de asistencia financiera del DRHSI. Por lo general, las medidas razonables podrán incluir el hacer las determinaciones presuntivas de elegibilidad, para la asistencia parcial o completa, además de proveer a los individuos con avisos escritos u orales con respecto al FAP y a los procesos de aplicación.
- IV. **POLÍTICA:** Es la política del DRHSI facturar a los pacientes y garantes en una manera precisa y oportuna. Durante este proceso de facturación y cobranza, el personal proveerá servicio de calidad al

cliente y seguimiento puntual, y todas las cuentas pendientes serán administradas de acuerdo con la regla final que está bajo la autoridad del Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*) del 501(r) del IRS y del Tesoro.

V. RESPONSABILIDAD:

- A. El personal del Departamento de Ingresos del Paciente lleva a cabo la verificación del seguro, informa a los pacientes de sus obligaciones financieras y cobra cualquier deducible o cantidad de coaseguro a la hora del servicio o antes de la alta médica del paciente. También comunica sobre el proceso de la asistencia financiera al paciente a través de proveer el Resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera a todos los pacientes que pagan por cuenta propia o cualquier paciente que pide la información, incluso el departamento provee la Solicitud de Asistencia Financiera para cualquier paciente que la solicita. También, direccionará a los pacientes al sitio web del hospital dónde está disponible toda esta información.
- B. Servicios Financieros del Paciente (PFS) facturará las cuentas de los pagadores, con el ingreso de los códigos apropiados de ingreso financiero, ocurrencia y diagnóstico y además, llevará acabo las actividades de seguimientos para asegurar que los pagos están recibidos, publicados correctamente, y los saldos trasladados a algún segundo pagador o al paciente. A través de su equipo de Servicio al Cliente y Asesores Financieros, PFS proveerá al paciente con información pertinente a la Política de Asistencia Financiera, cuando lo haya solicitado, incluyendo una copia de la Solicitud de Asistencia Financiera.
- C. Únicamente Cuentas de Epic: Proveedores Externos de Auto Pago (Proveedor de *Early Out*) seguirá esta política, dónde sea aplicable, como también la Política de Asistencia Financiera del DRHSI.
- D. Agencias de cobranza seguirá esta política, dónde sea aplicable, como también la Política de Asistencia Financiera del DRHSI.

VI. PROCEDIMIENTOS:

- A. Para todos los pacientes asegurados, el DRHSI facturará a pagadores terceros aplicables (basado en la información proveída o verificada por el paciente) de una manera oportuna.
- B. Si un reclamo es denegado (o no es procesado) por un pagador, debido a un error por parte del DRHSI, el paciente no será facturado por ninguna cantidad que exceda de lo que el paciente hubiera sido adeudado si el pagador había pagado el reclamo.
- C. Si un reclamo es denegado (o no es procesado) por un pagador debido a factores fuera del control de la organización, el personal dará seguimiento con el pagador y el paciente apropiadamente para facilitar la resolución del reclamo. Si la resolución no ocurre después del seguimiento de los esfuerzos prudentes, el DRHSI podrá facturar al paciente o tomar otras acciones con los contratos del pagador, estándares y regularizaciones actuales de la industria.
- D. Todos los pacientes sin seguro serán facturados directamente y oportunamente, y recibirán un estado de cuenta como parte del proceso normal de facturación del DRHSI. Las bases, para calcular las cantidades a cargo para pacientes sin Seguro están basadas en La Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital, establecen: el descuento sin seguro es un cargo del hospital multiplicado por el factor del descuento sin seguro. El factor del descuento sin Seguro es: 1.0 menos el producto del costo de un hospital para la proporción del cargo, multiplicado por 1.35. El descuento sin seguro es automático y no tiene que ser aplicado por los pacientes.
- E. Para pacientes asegurados, después de los reclamos que han sido procesados por un tercer pagador, el DRHSI facturará a los pacientes de una manera oportuna para sus respectivas responsabilidades de pago determinadas por sus beneficios de seguro.
- F. Todos los pacientes podrán pedir un estado de cuenta detallado de sus cuentas en cualquier momento.
- G. Si un paciente disputa la cuenta y solicita documentación acerca de la factura, la información solicitada será proveída y la cuenta será puesta en una suspensión de 30 días o hasta que se resuelva la disputa contra alguna otra actividad de cobranza.
- H. El DRHSI podrá aprobar arreglos de un plan de pago para pacientes quienes indican que podrán tener dificultad para pagar sus cuentas en una sola exhibición.
 - 1. Un plan de pago se quedará con el DRHSI y los pagos se harán a la instalación.
 - 2. Solamente Epic: Para el DRHSI: Si necesita un plan de pago que dure más de doce meses, se requiere aprobación previa por HRS Management.

3. MedHost: Los planes de pago podrán ser arreglados hasta 36 meses a través de los Servicios al Cliente o en línea en el portal de pacientes. No se aplican intereses a los planes de pagos. Si el paciente incumple en este plan de pago, entonces la cuenta será enviada a una agencia de cobranza para actividades adicionales de cobranza.

4. No es requisito para el DRHSI aceptar arreglos de pagos por iniciativa propia del paciente y podrán remitir cuentas a una agencia de cobranza, como se explica a continuación, si el paciente no está dispuesto hacer los arreglos de pago aceptables o ha incumplido en un plan de pago establecido.

- I. Las bases, para calcular las cantidades a cargo para pacientes sin Seguro están basadas en La Ley de Descuento para el Paciente No Asegurado del Hospital, donde: el descuento sin seguro es un cargo del hospital multiplicado por el factor del descuento sin seguro. El factor del descuento sin Seguro es: 1.0 menos el producto del costo de un hospital para la proporción del cargo, multiplicado por 1.35. El descuento es en automático y no tiene que ser aplicado por los pacientes. Véase el Anexo A para la tasa de descuento de autopago por ubicación.

Este descuento es menos que las cantidades normalmente facturadas (AGB) a los individuos quienes tienen seguro que cubre las emergencias u otra asistencia médica necesaria. Cualquier persona calificada para Asistencia Financiera bajo esta Política no se le cargará más que el AGB por emergencias u otra asistencia médica necesaria.

VII. PRÁCTICAS DE COBRANZA:

- A. En cumplimiento con las leyes federales y estatales, y de acuerdo con las disposiciones establecidas en esta política, el DRHSI podrá involucrarse en las actividades de cobranza, que incluyen las Medidas de cobranza extraordinarias (ECAs) para recopilar los saldos pendientes del paciente.
 1. Para el DRHSI: Actividades de cobranza generales podrán incluir el envío de estados de cuenta y los intentos de hacer contacto con el paciente a través de llamadas telefónicas y mensajes de texto para dar seguimiento a los estados de cuenta. Solamente Epic: en el día 56, remitirá la cuenta con nuestra Oficina de Negocios Extendidos.
 2. El saldo de los pacientes podrá ser remitido a un tercero para cobranza a la discreción del Sistema DRHSI. Las cuentas serán remitidas una vez que ocurre lo siguiente:
 - a. Hay una base razonable para creer que el paciente debe la deuda.
 - b. Todos los pagadores terceros han sido facturados apropiadamente y la deuda restante es la responsabilidad del paciente. El DRHSI no facturará a un paciente por cualquier cantidad que una empresa de seguros está obligada pagar.
 - c. El DRHSI no remitirá cuentas para cobranza durante que un reclamo en la cuenta aún esté pendiente de pago por el pagador. No obstante, el DRHSI podrá clasificar ciertos reclamos como “denegados” si tales reclamos están detenidos en modo de “pendiente” por una duración de tiempo no razonable, a pesar de los esfuerzos para facilitar su resolución.
 - d. El DRHSI no remitirá cuentas para cobranza dónde el reclamo fue denegado debido a un error del DRHSI. No obstante, el DRHSI aún podrá remitir la porción de la responsabilidad del paciente de tales reclamos, para cobranza si no hay pago.
 - e. Un paciente podrá solicitar por asistencia financiera en cualquier momento durante la vida de la cuenta. Los pacientes nunca serán excluidos de solicitar por asistencia financiera basado en el lugar donde viven.
 - f. Un resumen de la FAP en lenguaje sencillo será proveído a todos los pacientes que realizan pagos por cuenta propia, al tiempo de servicio o que lo hayan solicitado.
- B. Los ECAs solamente podrán iniciar después de los 120 días, desde el tiempo del primer estado de cuenta que fue proveído posterior a la descarga. A partir del 20 de agosto del 2022, estas ECAs no incluirán reportes de información adversa para los buros y agencias de informes crediticias.
 1. Solamente Epic: Las cuentas se mantendrán con una agencia primaria de cobranza por aproximadamente 250 días. Las cuentas que no están resueltas, por un arreglo de pago o un embargo pendiente después de 250 días, podrán ser revocadas y enviadas a una agencia de cobranza secundaria.
- C. DRHSI no vende la deuda a Agencias de cobro.

- D. Los pacientes quienes tienen deuda con DHRSI no se les negará el cuidado médico.

Anexos:

Anexo A: Tasas de descuento auto pago por ubicación

VIII. AUTORIDAD

- A. Responsable de la Política: Vicepresidente y Oficial en Jefe de Ciclo de Ingresos de HRS.
- B. Coordinar con el Oficial en Jefe de Finanzas DRHSI

IX. REFERENCIAS: SECCIÓN DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE.