

I. POLÍTICA

La misión del Centro Médico y Hospital Northwest (Northwest Hospital & Medical Center, NWHMC) es brindar servicios de asistencia médica de calidad a las personas que residen en la comunidad del Norte de Seattle. Para llevar a cabo esta misión, el hospital necesita una política de cobro que presente las siguientes características:

- A. Promueva pagos puntuales de los servicios prestados.
- B. Se adapte a la situación financiera individual del paciente.
- C. Ofrezca opciones adecuadas y flexibles para que el paciente pueda cumplir con las obligaciones financieras.

Esta política guiará al personal de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services, PFS) cuando trabaje con pacientes. El director de Servicios Financieros para Pacientes o el director de Operaciones Financieras facilitarán o tomarán las decisiones respecto de las situaciones que no se definen en esta política.

A los efectos de esta política, el término «paciente» se usará para hacer referencia al paciente existente u otra parte que sea legalmente responsable de pagar la cuenta.

II. RESUMEN DE LA DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Es política del NWHMC aguardar el pago total de los servicios prestados. El pago total vence cuando el paciente, después del alta, recibe la primera factura de los saldos que no cubre el seguro, excepto que se establezcan acuerdos con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services Department).

- A. Opciones para saldar una cuenta por cobrar

Existen ocho opciones para saldar las cuentas por cobrar:

OPCIONES	REFERENCIA A LA POLÍTICA
Cobro revertido	Política de recargo
Ajuste contractual	Contrato de seguro
Caridad	Política de asistencia financiera
Ajuste administrativo/otro ajuste	Política de ajuste
Pago de seguro	Política de cobro
Pago por parte del paciente	Política de cobro
Deuda incobrable (sin una agencia/otro)	Política de cobro
Deuda incobrable (agencia de cobro de deudas)	Política de cobro

- B. Evaluación financiera de pacientes:

Se realizará una evaluación de los pacientes a fin de determinar la responsabilidad financiera antes del ingreso o durante el ingreso o la inscripción. No obstante, los pacientes que se presentan por enfermedades de urgencia serán atendidos y estabilizados antes de realizar la evaluación financiera. Se espera que los pacientes proporcionen datos completos y leales en función de los cuales el personal establecerá la participación del paciente en relación con el pago. Una vez que se define la responsabilidad del paciente, el personal tiene la obligación de notificar inmediatamente al paciente.

La evaluación financiera incluye algunas de las siguientes tareas:

1. Recopilar información demográfica y financiera.
2. Determinar los beneficios y la elegibilidad para recibir el seguro.
3. Completar un formulario de información financiera confidencial.
4. Obtener los números de autorizaciones del seguro y remisiones.

5. Establecer un plan con el paciente para pagar los saldos de la cuenta.
6. Cobrar depósitos en función de los deducibles y la suma de los coseguros según lo que autoriza el plan de seguro del paciente.
7. Revisar el historial de pagos realizados por el paciente en el NWHMC.

C. Cobro de depósitos:

De acuerdo con la evaluación financiera y los saldos aproximados de pagos particulares, la política del NWHMC es exigir depósitos y saldos estimados de copagos del seguro apenas se establezca la suma de dinero o lo permitido por el plan de seguro del paciente. Se pueden crear cuentas para que los pacientes paguen la asistencia que reciben por adelantado. Los pagos también se pueden cobrar durante el período en el que el paciente recibe asistencia o el alta. En la sala de emergencias, los depósitos se solicitarán solo después de brindar el servicio médico y después de que el paciente sea estabilizado. Todos los pagos se solicitarán con conmisericordia de acuerdo con todas las políticas del hospital.

Los servicios estéticos o aquellos considerados médicamente innecesarios se deben pagar en su totalidad y por adelantado. Existen situaciones especiales que justifican la excepción de no realizar el pago total. Para ello, se requiere la autorización del director de Servicios de Pacientes/ Acceso al Paciente

D. Marco de cobro general:

Todos los saldos de las cuentas se vencen cuando el paciente recibe la primera factura después del alta. Se excluyen los siguientes casos de pagos particulares:

1. Los acuerdos de planes de pago han sido realizados de conformidad con esta política.
2. Se está llevando a cabo una evaluación financiera adicional.
3. Errores, demoras de facturación del hospital o conflictos existentes aún no resueltos.
4. No se pueden establecer fácilmente los saldos de los pacientes debido a reclamos de seguros impagos.

E. Política de facturación del seguro:

Servicios Financieros para Pacientes del NWHMC cobrará a los planes de seguros contractuales, federales y estatales. Se facturarán otras fuentes de pago cuando el paciente proporcione los datos necesarios.

F. Saldos del paciente:

Las cuentas de pago del paciente se deben pagar cuando este recibe la primera factura después del alta, a menos que se realicen acuerdos con Servicios Financieros para Pacientes. El paciente no es responsable de la factura hasta que hayamos solucionado todas las cuestiones con la empresa aseguradora, incluidas las apelaciones por rechazos. Nosotros actuamos en defensa del paciente a fin de garantizar el pago del seguro antes de que el reclamo se convierta en un pago particular. Sin embargo, no podemos aceptar la responsabilidad por el reclamo del seguro o negociar la solución de un reclamo en disputa.

Las cuestiones relacionadas con la asistencia de calidad y la precisión de la facturación se deben solucionar lo antes posible y antes de exigir el cumplimiento de las normas de cobro.

Todos los pacientes que indiquen la existencia de problemas financieros se evaluarán para determinar si deben recibir asistencia financiera o una posible cobertura de Medicaid. La asistencia financiera puede otorgarse en cualquier momento, incluso después de asignarse a la agencia de cobro de deudas.

III. OPCIONES DISPONIBLES PARA QUE LOS PACIENTES PAGUEN SUS SALDOS

A. Formas de pago:

El NWHMC acepta pagos en efectivo, con cheques o con tarjetas Visa o MasterCard. Se aceptan pagos con tarjetas de crédito que se realizan por teléfono o mediante la opción de pago de facturas en línea. Los pagos de los pacientes vencen cuando reciben la primera factura después del alta, a menos que se establezcan acuerdos de pago o se presente una solicitud para recibir asistencia financiera.

B. Planes de pago:

Los acuerdos de pago se establecen cuando el paciente realiza una solicitud al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services Department). Por lo general, este procedimiento permite realizar pagos iguales hasta 12 meses o más si las situaciones autorizadas son apropiadas.

1. Formulario Financiero Confidencial (Confidential Financial Form, CFF) aprobado para los acuerdos de pago que se prolongan durante más de 12 meses.

C. Derivaciones a la agencia de cobro de deudas:

Las derivaciones a la agencia de cobro de deudas son adecuadas si el paciente no está dispuesto a comprometerse con los acuerdos financieros, no cumple con su compromiso financiero, no envía los pagos realizados por el seguro al hospital o tiene un historial de no realizar los pagos al NWHMC (criterios de derivación de cobros). Las cuentas del paciente se envían a una agencia de cobro de deudas luego de la aprobación y revisión realizada por el supervisor de Atención al Cliente 120 días después de enviar la factura posterior al alta por correo al paciente o garante.

Hay casos específicos que permiten que el departamento envíe la cuenta a una agencia de cobro de deudas antes de los 120 días a partir de la primera factura después del alta:

1. Se estableció la elegibilidad para recibir asistencia financiera y se notificó a la persona sobre su saldo reducido o las razones por las cuales no cumple los requisitos para recibir asistencia financiera, pero no está dispuesto a comprometerse con los acuerdos financieros (o cumple por lo menos con uno de los criterios de derivación de cobranza anteriormente mencionados).
2. Se ha notificado a los pacientes de su supuesta elegibilidad para recibir una asistencia inferior a la completa y sobre su derecho de enviar una solicitud para recibir asistencia financiera adicional, pero no lo hace en el período razonable establecido.
3. No se estableció un acuerdo sobre el plan de pago: los pacientes o garantes que no acepten uno de los planes de pago ofrecidos se derivarán a una agencia de cobro de deudas con la notificación adecuada.
4. No hay respuestas a las cartas o llamadas: si se detecta que un paciente recibe estados de cuentas y facturas por correo y no responde al hospital, se puede asignar la cuenta 90 días después del servicio si el paciente ha recibido un aviso adecuado sobre la intención del hospital de asignar la cuenta.
5. No se mantuvo el acuerdo: los pacientes que realizan pagos inferiores a lo establecido o no realizan el pago pueden ser derivados a la agencia con la notificación adecuada.
6. Paciente que se ha eludido: los pacientes que no proporcionan una vía de contacto correcta o completa pueden ser asignados a la agencia inmediatamente cuando se toma dicha decisión. Se puede realizar una búsqueda para decidir si se produjo un error en la inscripción.
7. El paciente tiene un historial de pago deficiente: los pacientes con un historial de falta de pagos con el hospital (p. ej., tiene otras cuentas de la agencia) puede ser derivado en menos de 90 días si recibe la notificación adecuada.
8. Pagos previos no realizados por el paciente: los pacientes que no cumplen con acuerdos de manera consecutiva no necesitan recibir otra notificación previa a la derivación de la agencia si fueron previamente notificados sobre otro pago no realizado, ya que la consecuencia será la asignación automática.

La asignación rápida a la agencia de cobro de deudas puede detenerse si el personal del PFS establece que la situación del paciente justifica dicha acción.

D. Medidas de cobro extraordinarias:

Las cuentas de los pacientes no deben estar sujetas a ninguna medida de cobro extraordinaria (Extraordinary Collection Action, ECA)¹ ya sea por NWHMC o la agencia de cobro de deudas a la cual están asignados, hasta que suceda lo siguiente:

1. Se han realizado todos los esfuerzos razonables a fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entre los esfuerzos razonables, se incluyen los siguientes²:

- a. El paciente recibe un resumen en términos sencillos de la Política de Asistencia Financiera y una solicitud para recibir asistencia financiera antes de recibir el alta, además de ayuda para completar la solicitud;
 - b. Si se recibe una solicitud incompleta, se le envía al paciente una notificación escrita de información o documentos faltantes, incluida la notificación de cualquier hospital ECA (o un agente del hospital), puede iniciar o reanudar un procedimiento si no se recibe la solicitud o el pago en el plazo especificado;³
 - c. Todos los estados de facturación contienen un aviso visible sobre la disponibilidad de la asistencia financiera con un número de teléfono para comunicarse a fin de obtener información o recibir asistencia y la dirección del sitio web directo donde puede obtener copias de los documentos de asistencia financiera;
 - d. Las solicitudes completas para recibir asistencia financiera se procesan de forma adecuada y se notifica por escrito al paciente sobre la decisión, siempre y cuando el estado de facturación esté actualizado si mantiene el saldo, y se reembolsa cualquier pago excesivo;
 - e. El hospital puede cumplir con los requisitos razonables al hacer el esfuerzo para determinar la elegibilidad del paciente para recibir la asistencia financiera más importante disponible, según la información que estableció la elegibilidad del paciente para uno o más programas públicos;
 - f. El hospital pueden elegir otorgar asistencia financiera a un paciente que no proporcionó la información o la documentación completa necesaria en la solicitud para recibir asistencia financiera.
2. Han transcurrido 120 días desde la primera cuenta de facturación posterior al alta; y
 3. Se cumplieron los siguientes requisitos de notificación (al menos 30 días antes de inicio de ECA):
 - a. Enviar una notificación por escrito para informar sobre la disponibilidad de la asistencia financiera;
 - b. Proporcionar un resumen en términos sencillos de la Política de Asistencia Financiera;
 - c. Enviar una notificación(es) sobre las medidas que se tomarán debido a que no se realizó el pago;
 - d. Enviar una notificación sobre la fecha a partir de la cual se aplicará la medida si no se recibe el pago; y
 - e. Esfuerzos realizados para discutir verbalmente la política de asistencia financiera y la solicitud para recibir asistencia financiera con el paciente.
 4. La notificación sobre el crédito puede enviarse 150 días después de la primera factura posterior al alta.
 5. Las demandas por los saldos adeudados no se deben presentar antes de los 240 días luego de la factura, posterior al alta.
 6. El director de Servicios Financieros para Pacientes/Ingreso de Pacientes decide que se realizó todo lo posible para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

¹ Los ECA incluyen derivar a una persona a una agencia de crédito, ejecutar la hipoteca sobre un inmueble, congelar las cuentas bancarias, iniciar acciones civiles, embargar los salarios o solicitar pagos o depósitos antes de brindar la asistencia médica necesaria.

² El hospital no ha realizado todos los esfuerzos razonables a fin de determinar la idoneidad solo con obtener un documento de renuncia firmado por el paciente; ni el hospital será considerado que el hospital ha hecho esfuerzos razonables para determinar la falta de idoneidad del paciente.

³ Se suspende cualquier ECA que se haya iniciado.

IV. POLÍTICA DE DESCUENTOS POR REALIZAR PAGOS PUNTUALES DE PROPIA CUENTA:

La política de cobro del hospital es tan clara que proporciona flexibilidad máxima para que el departamento a cargo de la facturación de pacientes pueda negociar acuerdos de pago y satisfaga las necesidades y expectativas de nuestros pacientes. El descuento que se especifica a continuación se otorga principalmente por los pagos puntuales realizados por los pacientes que no tienen cobertura de seguro para los servicios recibidos.

Se le proporcionará un treinta (30) por ciento de descuento a un paciente o garante que no cuente con cobertura de seguro por los servicios brindados al cancelar su factura dentro de treinta (30) días de la facturación. Sin embargo, el descuento por realizar un pago puntual no aplica para los Programas de Precios de Paquetes (Packaged Pricing Programs) del NWHMC (por ejemplo, servicios estéticos y cirugías especializadas), o para los pacientes o garantes a los que se les otorgó asistencia financiera.

Los lugares de ingreso de pacientes, incluidas la sala de emergencias y las áreas de admisión del hospital, proporcionarán información sobre las opciones de pago a todos los pacientes privados que pagan sus cuentas. Estas opciones de pago incluyen el descuento por realizar pagos puntuales, disponibilidad de asistencia financiera e información de contacto para recibir asistencia para completar las solicitudes de Medicaid.

V. MISMO TRATAMIENTO PARA TODOS LOS PACIENTES O GARANTES:

El Centro Médico y Hospital de Northwest procesa las cuentas de pacientes de acuerdo con esta política de cobro. De ninguna manera, se considera la edad, la raza, el color, la religión, el sexo, la orientación sexual o el país de origen a la hora de aplicar esta política.

Puede obtener una copia de esta política, una copia de la Política de Asistencia Financiera, un resumen de la Política de Asistencia Financiera y una solicitud para recibir asistencia financiera si se comunica con el Servicio Financiero para Pacientes:

UW Medicine/NW Patient Financial Services 10330
Meridian Ave. N, Suite 260
Seattle, WA 98133

Llame al 206/668-6440 o llame de manera gratuita al 877/364-6440

nwhospital.org/visitorinfo/billing/asp

Revisado: 10/05, 9/06, 8/07, 11/07

Actualizado: 6/92, 7/93, 3/96, 6/01, 9/06, 8/07, 11/07, 2/11, 3/13, 3/15, 4/16, 10/17

Aprobación o responsabilidad de operaciones:

Director, Servicios Financieros para Pacientes, y Director Sénior de Ciclo de Ingresos y Director Financiero del Equipo Directivo: vicepresidente sénior de Operaciones

Equipo directivo: vicepresidente de Servicios Clínicos/jefe de Enfermería