

**FROEDTERT SOUTH, INC**  
**POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO**  
**1 de enero de 2020**

**PRINCIPIOS**

Es la política de Froedtert South, Inc. y todos sus hospitales relacionados y otras instalaciones para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros, Froedtert Kenosha Hospital, Froedtert Pleasant Prairie Hospital, Paddock Lake Clinic, Pleasant Prairie Clinic, Prairie Ridge Clinic y Somers Clínica (la "Organización") para asegurar una práctica socialmente justa para facturar a sus Pacientes por los servicios y atención que reciben en las instalaciones de la Organización.

**PROPÓSITO**

Establecer normas generales para el recibo esperado de pago por los servicios prestados por la Organización y los Proveedores, y establecer ciertos requisitos que cada hospital y otras instalaciones para pacientes ambulatorios deben cumplir antes de tomar ciertas acciones de cobranza contra personas que puedan ser elegibles para Asistencia Financiera ( "Asistencia financiera") en virtud de la Política de asistencia financiera de la Organización.

**POLÍTICA**

La Organización enviará reclamaciones a Medicare, Medicaid y / u otros terceros pagadores. Cualquier parte no cubierta por el seguro será responsabilidad del Paciente (para los propósitos de esta Política, las referencias a "Paciente" incluirán, cuando corresponda, la persona que actúa como Garante del pago de la factura del Paciente por la atención médica). La responsabilidad financiera final del pago recae en el Paciente.

A ninguna persona se le negará el tratamiento de atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en cada hospital y otras instalaciones para pacientes ambulatorios debido a dificultades económicas demostradas o incapacidad de pago.

**DEFINICIONES**

Para los propósitos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **"501 (r)"** significa la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud del mismo.
- **"Monto generalmente facturado"** o "AGB" significa, con respecto a la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, la cantidad que generalmente se factura a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- **"Atención de emergencia"** significa la atención para tratar una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de modo que la ausencia de atención médica inmediata puede resultar en un deterioro grave de la función corporal, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. , o poner la salud de la persona en grave peligro.

- **"Atención Médicamente Necesaria"** significa que se determina que la atención es médicamente necesaria, no electiva y es necesario o necesaria para prevenir la muerte o los efectos adversos para la salud del Paciente y es una determinación del mérito clínico por parte del médico que lo admite u otro médico autorizado. Los servicios que no se consideran médicamente necesarios incluyen, entre otros, procedimientos cosméticos, cirugía bariátrica, medicina complementaria, salud ocupacional y servicios minoristas.
- **"Garante"** significa la persona que es financieramente responsable del cuidado del Paciente. En la mayoría de los casos, el Garante y el Paciente son la misma persona.
- **"Organización"** significa Froedtert South, Inc. y todos sus hospitales relacionados y otras instalaciones para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros, Froedtert Kenosha Hospital, Froedtert Pleasant Prairie Hospital, Paddock Lake Clinic, Pleasant Prairie Clinic, Prairie Ridge Clinic y Somers Clinic.
- **"Paciente"** se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia o atención médicamente necesaria en la organización.

## **PROCEDIMIENTOS GENERALES**

1. Un paciente que requiera atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria recibirá el tratamiento adecuado. Inmediatamente después de que se brinden los servicios, el Paciente, un miembro de la familia u otra parte responsable deberán proporcionar toda la información necesaria para identificar correctamente al Paciente y hacer arreglos para el pago de todos los servicios médicos.
2. Las personas que requieran atención que no sea de emergencia u otra atención que no sea médicamente necesaria, y las personas que busquen servicios electivos deberán hacer arreglos financieros para el pago de la atención médica antes de recibir los servicios.
  - a. Cada Paciente que reclame dificultades financieras o la imposibilidad de pagar, deberá completar una solicitud solicitando consideración para Asistencia Financiera de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de la Organización. El incumplimiento de los requisitos de la solicitud de asistencia financiera puede resultar en la denegación de servicios distintos de la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, o si se prestan los servicios, la Organización puede solicitar el pago de dichos servicios de acuerdo con las políticas y procedimientos estándar de la Organización. , incluida esta Política, y de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables.
  - b. Cada Paciente con seguro u otra forma de cobertura de terceros deberá proporcionar toda la información solicitada para identificar correctamente al Paciente / Garante y facturar al tercero pagador. La Organización hará un esfuerzo razonable para verificar la cobertura del plan del Paciente para los

servicios, la atención y el tratamiento que el Paciente espera recibir en la Organización y la Organización notificará al Paciente (o Garante, en nombre del Paciente), con anticipación, de elementos que sabe que no son beneficios cubiertos. Sin embargo, si el plan del Paciente finalmente niega el pago por los servicios, la atención y el tratamiento proporcionados al Paciente, el Paciente (o Garante, en nombre del Paciente) será responsable de pagar los cargos facturados por dichos artículos, de conformidad con cualquier aplicación aplicable, descuentos por escrito, contractuales y las políticas de asistencia financiera al paciente de la Organización.

- c. Si se recibe una cesión de beneficios, todos los seguros válidos serán aceptados y facturados por la entidad que proporciona el servicio. Se espera que el Paciente (o el Garante, en nombre del Paciente) pague los deducibles y el monto del coseguro que no pague el seguro. Es posible que se solicite a los pacientes que paguen cantidades para deducir, coseguro o copagos o servicios no cubiertos en el momento de la programación, el registrarse o después de que se presten los servicios con la recepción de la primera factura, a menos que se establezcan arreglos de pago alternativos aceptables.
  - d. Se espera que cada paciente que busque atención que no sea de emergencia u otros servicios de atención que no sean médicamente necesarios y que no estén cubiertos por el seguro u otros terceros pagadores pague los cargos estimados menos los descuentos aplicables aplicados por adelantado. Si los cargos reales son mayores que el monto cobrado, se le enviará al Paciente una factura por el saldo. Si los cargos reales son menores que el monto cobrado, se reembolsará al Paciente el monto excedente.
3. Los pagos por los servicios prestados a los Pacientes son responsabilidad del Paciente (o Garante, en nombre del Paciente), incluidos aquellos que parecen ser servicios cubiertos por el tercero pagador del Paciente.
- a. Se harán esfuerzos razonables para educar al Paciente sobre la responsabilidad financiera que está aceptando antes de la prestación de los servicios. Una explicación de los procedimientos de facturación y pago puede ocurrir durante la programación o el registrarse. Los documentos que explican los procedimientos de facturación y cobro se proporcionarán al Paciente / Garante antes de la admisión o registro para cirugía ambulatoria, siempre que sea posible.
  - b. Las formas de pago aceptables incluyen seguro, efectivo, cheque y tarjeta de crédito. Estas formas de pago se explicarán al Paciente antes del registro, cuando sea razonablemente posible. Se espera un pago puntual a menos que existan circunstancias atenuantes. Exepto lo dispuesto en otra parte de esta Póliza, se espera que los Pacientes paguen el monto total de responsabilidad del Paciente dentro de los 120 días posteriores a la recepción del primer estado de cuenta, a menos que se acuerde un plan de pago mensual. La Organización puede acordar arreglos de pago mensual dependiendo del saldo de la cuenta del Paciente. Los pagos no se extenderán más allá de los 18 meses a menos que

existan circunstancias atenuantes. Los arreglos de pago más allá de los 18 meses deben ser aprobados por adelantado por el Gerente de Servicios Financieros para Pacientes o su designado. Excepto en los casos prohibidos por esta Política o la ley aplicable, las cuentas con saldos impagos que no estén en un plan de pago acordado mutuamente pueden ser remitidas a una agencia de cobranza en cualquier momento.ii. Pacientes programados para recibir servicios electivos como cirugía estética u otros servicios que no están cubiertos por los beneficios del seguro médico del Paciente.

- c. Los siguientes pacientes serán remitidos a un asesor financiero para ser evaluados en busca de programas gubernamentales potencialmente disponibles:
  - i. Pacientes programados para recibir atención médica que no tienen seguro médico.
  - ii. Pacientes programados para recibir servicios electivos como cirugía estética u otros servicios que no están cubiertos por los beneficios del seguro médico del Paciente.
  - iii. Pacientes sin seguro médico que reciben atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, o que son admitidos en el hospital.

En el caso de que un Paciente no pueda pagar los servicios, la Organización ayudará al Paciente a solicitar cualquier fuente de asistencia financiera disponible. Los ejemplos incluyen el Programa Medicaid de Wisconsin (Título XIX), el Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen y la inscripción en un plan de seguro disponible a través del Mercado Federal de Seguros de Salud. La negativa del paciente a cooperar en este esfuerzo puede resultar en la denegación de servicios, excepto la Atención de emergencia u otra Atención médicamente necesaria. La asistencia financiera se puede ofrecer de acuerdo con la Política de asistencia financiera separada de la Organización.

## **PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN Y COBRO**

Junto con sus otras prácticas, políticas y procedimientos de facturación y cobranza, la Organización seguirá los siguientes procedimientos para asegurar el cumplimiento de la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendado, y sus reglamentos correspondientes (“Sección 501 (r) ”); siempre que, en caso de conflicto entre esta Política y cualquier otra práctica, política o procedimiento de la Organización, prevalecerá esta Política a menos que la Organización determine razonablemente que la Organización puede seguir la otra práctica, política o procedimiento sin violar Sección 501 (r).

1. La Organización no participará en ninguna Acción Extraordinaria de Cobranza, como se define a continuación, contra ninguna persona para cobrar el pago de la atención médica antes de que la Organización haya realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la Asistencia Financiera según la Política de Asistencia Financiera de la Organización el uso de puntuación presuntiva y mediante la revisión de la solicitud de asistencia financiera presentada. Esto también se aplica con respecto a cualquier otra persona que pueda ser responsable del pago de la factura médica del Paciente por dicha atención.

2. "Acción de cobranza extraordinaria" o "ECA" significa cualquier acción que está definida por la Sección 501 (r) como una acción de cobranza extraordinaria. En circunstancias apropiadas, y de conformidad con la Sección 501 (r), la Organización puede tomar cualquiera o todas las siguientes ECA:
  - a. Informar información adversa sobre el individuo a agencias de informes crediticios del consumidor o burós de crédito;
  - b. Aplazar o denegar, o exigir un pago antes de brindar, Atención Médicamente Necesaria debido a la falta de pago por parte de una persona de una o más facturas por atención brindada anteriormente cubierta por la Política de Asistencia Financiera;
  - c. Acciones que requieren un proceso judicial legal (excepto la colocación de ciertos gravámenes que un hospital tiene derecho a hacer valer según la ley estatal); y
  - d. Embargar el salario de un individuo.
3. Además de las ECA mencionadas anteriormente, la Organización puede tomar sus medidas usuales y habituales para obtener el pago, incluidas las siguientes (ninguna de las cuales son ECA):
  - a. Enviar uno o más estados de cuenta o cartas;
  - b. Hacer llamadas telefónicas;
  - c. Consultar personalmente con los pacientes / garantes, ya sea en el momento del servicio, antes o después del mismo; y
  - d. Remitir (pero no vender) una deuda a una agencia de cobranza externa.
4. En un esfuerzo por determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, al menos 30 días antes de iniciar una ECA para obtener el pago de la atención (y sujeto al período de notificación de 120 días que se establece en el párrafo 5 a continuación), la Organización :
  - a. Notifique al Paciente / Garante acerca de la Política de Asistencia Financiera, identifique las ECA que la Organización tiene la intención de tomar para obtener el pago y establezca la fecha límite después del cual se pueden tomar las ECA (que no puede ser menos de 30 días después la fecha en que se proporciona el aviso al Paciente / Garante):
  - b. Proporcionar al Paciente / Garante un resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera con el aviso escrito descrito en el párrafo 4.a anterior; y

- c. Hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al Paciente / Garante sobre la Política de Asistencia Financiera y sobre cómo puede solicitar dicha Asistencia Financiera.
5. La Organización no iniciará ninguna ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha en que la Organización entregue el primer estado de cuenta posterior al alta por atención.
6. Si una persona presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el Período de solicitud (como se define en el párrafo 12.), la Organización notificará a la persona sobre cómo completar la solicitud. Se le dará a la persona una oportunidad razonable para completar y enviar la solicitud. Durante este tiempo, la Organización suspenderá cualquier ECA que haya iniciado con respecto a la persona y le proporcionará a la persona una notificación por escrito que describa la información adicional que debe presentarse e incluye la información de contacto en la Organización en la que la persona puede obtener información sobre la Política de asistencia financiera y el departamento del hospital que puede brindar asistencia con la solicitud de asistencia financiera.
  - a. Las ECA se suspenderán hasta que la Organización haya determinado si una persona es elegible para recibir Asistencia Financiera basándose en una Asistencia financiera completa, o la persona no haya respondido a las solicitudes de información adicional dentro de un período de tiempo razonable otorgado por la Organización para responder a tales solicitudes.
  - b. Si una persona posteriormente presenta una solicitud completa durante el Período de solicitud (o, si es más tarde, cualquier otro período de tiempo razonable permitido por la Organización), la Organización tomará las medidas establecidas en los párrafos 7.a a 7.e. abajo.
7. Si una persona presenta posteriormente una solicitud completa durante el Período de solicitud (o, si es más tarde, otro período de tiempo razonable permitido por la Organización), la Organización tomará las siguientes acciones de manera oportuna:
  - a. Suspender cualquier ECA que se haya iniciado con respecto al Paciente / Garante;
  - b. Determine si la persona es elegible para recibir asistencia financiera y notifique a la persona sobre la determinación y el fundamento de dicha determinación:
  - c. Si la persona es elegible para asistencia financiera que no sea atención gratuita, proporcione a la persona un estado de cuenta que especifique la cantidad que la persona debe por la atención médica, cómo se determinó esa cantidad y cómo la persona puede obtener información sobre las cantidades en general. Facturado (AGB) por dicha atención médica;

- d. Reembolsar cualquier monto en exceso que el individuo haya pagado sobre el monto por el cual se determina que el individuo es responsable de considerar la elegibilidad para Asistencia Financiera (a menos que dicho exceso sea menor a \$ 5); y
    - e. Tome todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra el individuo.
8. Tras la presentación de una solicitud de asistencia financiera completa durante el período de solicitud, la Organización:
  - a. Tomar una determinación sobre si la persona califica para recibir asistencia financiera dentro de un plazo razonable; y
  - b. Tomar las acciones establecidas en los párrafos 7.a a 7.e anteriores.
9. En aquellas circunstancias en las que la Organización crea razonablemente que la persona puede calificar para Medicaid, la Organización puede posponer la determinación de si la persona es elegible para Asistencia financiera según la Política de asistencia financiera hasta el momento en que se haya presentado una solicitud de Medicaid y una determinación en cuanto a la elegibilidad de Medicaid de dicha persona.
10. En una situación en la que la Organización tiene la intención de aplazar o denegar, o exigir el pago antes de brindar, Atención Médicamente Necesaria, según se define en la Política de Asistencia Financiera, debido a que el Paciente no pagó una o más facturas por la atención brindada anteriormente cubierta por la Política de asistencia, se le proporcionará al Paciente un formulario de solicitud y una notificación por escrito que indique que la Asistencia financiera está disponible para los Pacientes elegibles y que indique la fecha límite, si la hubiera, después de la cual la Organización ya no aceptará ni procesará una solicitud presentada (o, si corresponde, completado) por el Paciente para la atención brindada anteriormente en cuestión. Este plazo no será anterior al último de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que se proporcionó el aviso por escrito o doscientos cuarenta (240) días después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta posterior al alta para la atención brindada anteriormente.
11. Si la Organización remite la deuda de un Paciente a un tercero, la Organización tomará las medidas apropiadas de conformidad con la Sección 501 (r) para evitar que dicho tercero tome ECA contra el Paciente para obtener el pago de la atención médica hasta que se hayan realizado esfuerzos razonables. Para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con el proceso descrito en esta Política y la Política de asistencia financiera. Dichas salvaguardas incluirán la celebración de un acuerdo por escrito con el tercero diseñado para garantizar el cumplimiento del tercero con esta Política y los estatutos y regulaciones federales aplicables.
12. A los efectos de esta Política, el "Período de solicitud" es el período durante el cual una persona debe presentar una solicitud de Asistencia financiera de conformidad con la Política de asistencia financiera de la Organización. Salvo que se disponga lo contrario en esta Política, este período comienza en la fecha en que se proporciona la Atención de

emergencia u otra Atención médicamente necesaria y finaliza el día 240 después de que se proporcione el estado de cuenta posterior al alta para dicha atención o la fecha especificada. en una notificación por escrito de la Organización con respecto a su intención de iniciar ECA.

13. El departamento de Servicios Financieros para Pacientes tendrá la autoridad y responsabilidad final para determinar que la Organización ha realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para Asistencia Financiera y decidir que la Organización, por lo tanto, puede participar en ECA contra la persona. Puede encontrar más información sobre esta Política y el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes:

- a. En línea en [www.froedtertsouth.com](http://www.froedtertsouth.com)
- b. Por correo: envíe la solicitud a los asesores financieros, Froedtert Kenosha Hospital, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143.
- c. En persona: Visite los mostradores de registro en todas las ubicaciones de la Organización, cajeros o asesores financieros ubicados dentro de la Oficina Comercial del Hospital Froedtert Kenosha.
- d. Por teléfono: Llame a Servicio al Cliente al 855-241-9952 o 262-652-8259.

### **INTERPRETACIÓN**

Esta Política está destinada a cumplir con 501 (r), excepto donde se indique específicamente. Esta Política, junto con todos los procedimientos aplicables, se interpretará y aplicará de acuerdo con 501 (r) excepto donde se indique específicamente.