

# RML SPECIALTY HOSPITAL

**NOMBRE DE LA POLÍTICA:** Prácticas de facturación y cobro de pago por cuenta propia

**NÚMERO DE POLÍTICA:** PFS 004

**FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:** 04/07

**FECHAS DE REVISIÓN:** 06/12

**FECHAS DE CORRECCIONES:** 11/23/15, 11/26/18, 2/23/21, 7/1/24

**RESPONSABILIDAD:** Director

Firma: Beth Benson

**APROBACIÓN:** Vicepresidente y director financiero

Firma: Thomas M. Difer

**APROBACIÓN:** Presidente y director ejecutivo

Firma: James Prister

**APROBACIÓN DEL COMITÉ:** Junta Directiva de RML

Firma: Jad A. Somery

## I. PROPÓSITO

Establecer prácticas de cobro constantes y apropiadas para todas las obligaciones económicas de pago por cuenta propia del paciente relacionadas con deducibles, coseguro, servicios no cubiertos de los pacientes sin seguro y obligaciones económicas de los pacientes sin seguro. RML Specialty Hospital (RML) participará en esfuerzos de cobro de manera oportuna y minuciosa conforme a las normas y reglamentaciones federales y estatales para saldos de pagos por cuenta propia pendientes que resulten de prestarles los servicios médicos a los pacientes. RML no participará en medidas extraordinarias de cobranza (ECA) en contra de una persona para obtener el pago por los servicios prestados y médicamente necesarios antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir ayuda según su Política de ayuda económica (FAP).

## II. POLÍTICA

El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services Department, PFS) debe mantener la responsabilidad por el cobro de los saldos pendientes de pagos por cuenta propia que se le adeuden a RML. La actividad de cobro consta, entre otros, de lo siguiente.

- Comunicación por escrito de estados de cuenta que describan los saldos pendientes de pago por cuenta propia.
- Llamadas telefónicas de seguimiento, cartas, folletos de datos.
- Ayudar a los pacientes a entender las opciones de ayuda económica y, cuando corresponda, ayudar a desarrollar planes de pago razonables.
- Si es necesario, participar en el uso de agencias de cobro externas y abogados para aumentar los esfuerzos de cobro cuando los esfuerzos de cobro internos hayan fallado, y todas las provisiones de esta política se hayan seguido correctamente.

## III. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones se aplican a esta política:

1. **AGB** significa las cantidades generalmente facturadas por la atención médicamente necesaria a personas que tienen cobertura de seguro.
2. **FAP** significa la Política de ayuda económica de RML.
3. **Paciente** significa cualquier persona que reciba servicios médicos de RML y cualquier persona que sea el garante del pago por dichos servicios.
4. **Asegurado** significa cualquier paciente que reciba servicios médicos en RML y que esté asegurado por un plan de atención médica.

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de facturación y cobro  
de pago por cuenta propia

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS 004

5. **Sin seguro** significa cualquier paciente que reciba servicios médicos en RML y que no esté asegurado por un plan de atención médica y que no es beneficiario de un programa financiado por el gobierno, compensación de los trabajadores o seguro de responsabilidad por accidentes.
6. **Cobros de pagos por cuenta propia** significa las responsabilidades económicas de un paciente que adeuda a RML por haberle prestado servicios médicos de pacientes asegurados (por ejemplo, deducibles, coseguro, servicios no cubiertos, etc.) y pacientes sin seguro.
7. **ECA** significa las medidas extraordinarias de cobranza; una lista de las actividades de cobro según lo define el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Tesoro (Treasury Department) de los EE. UU. que las organizaciones de atención médica pueden tomar en contra de una persona para obtener el pago por la atención *después* de que se han hecho los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir ayuda económica.
8. **Período de solicitud de ayuda económica** significa el período durante el que RML debe aceptar y procesar una solicitud de ayuda económica según su FAP presentada por una persona para haber hecho los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir ayuda económica según la política. El período de solicitud comienza en la fecha en que se da la atención y termina en lo que ocurra más tarde del día 240 después de la fecha en la que se da el primer estado de cuenta de facturación después del alta por la atención o al menos 30 días después de que RML da a la persona un aviso por escrito que establece una fecha límite después de la que se pueden iniciar los ECA.

## IV. PROCEDIMIENTO

### Comunicación al paciente sobre la responsabilidad económica del pago por cuenta propia

Si un paciente asegurado tiene un saldo pendiente de pago por cuenta propia después del pago del seguro (por ejemplo, copago, deducible, servicios no cubiertos), el paciente recibirá un estado de cuenta de PFS para el saldo del pago por cuenta propia. Si el paciente no puede pagar la totalidad, la declaración incluirá instrucciones de cómo el paciente puede pedir un plan de pagos razonable en el plazo de 30 días de la fecha del estado de cuenta del pago por cuenta propia. Los pacientes sin seguro recibirán estados de cuenta para las obligaciones económicas de pago por cuenta propia en el plazo de 30 días del alta, junto con información de la disponibilidad y el proceso para enviar una solicitud de ayuda económica. A los pacientes se les enviarán los estados de cuenta generados internamente cada 30 días hasta que se paguen o remitan a firmas de cobro externas para su seguimiento. Todos los estados de cuenta incluirán la siguiente información:

1. Nombre del paciente.
2. Fechas de servicio o rango de las fechas de servicio.
3. Descripción breve de los servicios prestados.
4. Cantidad en dólares que se adeuda por los servicios prestados.
5. Cualquier pago recibido en la cuenta (del seguro o de pago por cuenta propia).
6. Cualquier ajuste aplicado a la cuenta de los contratos del seguro.
7. Información de contacto del hospital para atender las consultas de facturación.

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de facturación y cobro  
de pago por cuenta propia

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS 004

8. Declaración de que los pacientes sin seguro pueden ser elegibles para recibir ayuda económica.
9. Aviso de que el paciente/garante puede obtener una factura detallada cuando se solicite.
10. Teléfono para que los pacientes llamen.
11. Dirección del sitio web de RML Specialty Hospital.

## **B. Responsabilidades de cobro y requisitos de cumplimiento**

1. Consultas de facturación para todos los pacientes:

PFS debe devolver las llamadas que hacen los pacientes tan pronto como sea posible, pero a más tardar 2 días laborables después de que se hace la llamada. Si el proceso de consultas de facturación del hospital incluye correspondencia por escrito del paciente, PFS debe responder en el plazo de 10 días laborables de haber recibido la correspondencia del paciente.

2. Actividad de cobro para pacientes sin seguro:

- a. Si el paciente sin seguro indicó su incapacidad para pagar toda la cantidad en un solo pago, PFS debe trabajar con el paciente y ofrecer un plan de pago razonable. Esos planes de pago tomarán en consideración las circunstancias económicas del paciente, incluyendo las fuentes de ingresos y activos.
- b. Si el paciente sin seguro indicó su incapacidad para pagar la cantidad a pagar incluso después de una oferta de plan de pago razonable, el caso se remitirá al Departamento de Admisiones (Admitting Department) para determinar la elegibilidad para la ayuda económica. El Departamento de Admisiones le dirá por qué el paciente no envió una solicitud en el momento del ingreso y si el paciente calificaría retroactivamente para el seguro médico público. Si parece que hay elegibilidad potencial para un seguro médico público o para recibir ayuda económica del hospital, el Departamento de Admisiones comenzará el proceso de solicitud correspondiente.

3. RML puede tratar de hacer los cobros con una agencia externa para los pacientes sin seguro solo si:

- a. PFS:
  - 1) Cumplió los requisitos de evaluación de la política de ayuda económica.
  - 2) Le dio al paciente la oportunidad de solicitar y evaluar la exactitud de la declaración.
  - 3) Le dio al paciente la oportunidad de solicitar ayuda económica de RML.
  - 4) Le dio al paciente un resumen de la Política de ayuda económica en lenguaje sencillo.
  - 5) Ofreció un plan de pago razonable y el paciente no cumplió con hacer los pagos según dicho plan.
  - 6) Verificó que se denegó la solicitud de un paciente sin seguro para un seguro médico público.
  - 7) Le avisó al paciente que el hospital pretende seguir con los esfuerzos de cobro usando una agencia externa.

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de facturación y cobro  
de pago por cuenta propia

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS 004

- b. El paciente indicó su incapacidad para pagar toda la cantidad en un solo pago, y el hospital le ofreció al paciente un plan de pago razonable.
  - c. Las circunstancias del paciente sin seguro sugieren el potencial para la elegibilidad para ayuda económica y al paciente sin seguro se le dieron al menos 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación después del alta para la atención médicamente necesaria para presentar una solicitud de ayuda económica.
  - d. Si el paciente sin seguro aceptó un plan de pago razonable con RML y el paciente no cumplió en hacer los pagos según ese plan de pago razonable.
  - e. Si el paciente sin seguro avisa a RML que presentó una solicitud de cobertura de atención médica según Medicaid u otro programa de atención médica patrocinado por el gobierno (y hay una base razonable para creer que el paciente calificará para ese programa), pero se rechaza la solicitud del paciente.
4. Remisión de la acción de cobro a agencias de cobro externas o abogados
- a. RML no puede remitir una factura o una parte de una factura a una agencia de cobros o a un abogado para la acción de cobro en contra del paciente asegurado, sin ofrecerle primero al paciente la oportunidad de pedir un plan de pago razonable por la cantidad que adeuda personalmente el paciente. Dicha oportunidad debe estar disponible durante los siguientes 30 días después de la fecha de la factura inicial después del alta. Si el paciente asegurado pide un plan de pago razonable, pero no cumple con aceptar un plan en el plazo de 30 días de la solicitud, RML puede proceder con la acción de cobro en contra del paciente.
  - b. Ninguna agencia de cobros, firma legal o persona puede iniciar una acción legal por el no pago de una factura de hospital en contra de un paciente (asegurado o sin seguro) sin la aprobación por escrito del presidente/director ejecutivo o vicepresidente de finanzas/director financiero que crea de manera razonable que se cumplieron todas las condiciones de esta política para lograr los cobros.
  - c. RML solo remitirá cuentas para la actividad de cobro a agencias de cobro externas, firmas legales u otras personas que contrate el hospital para obtener el pago de las obligaciones pendientes de pago por cuenta propia del paciente que acepte por escrito cumplir la Ley de facturación justa a los pacientes del estado de Illinois (State of Illinois Fair Patient Billing Act).
  - d. RML no iniciará ninguna acción legal por el no pago de una factura de hospital en contra de pacientes sin seguro que hayan demostrado claramente que no tienen suficientes ingresos ni activos para cumplir sus obligaciones económicas siempre que el paciente:
    - 1) Actúe de manera razonable y colabore de buena fe con RML.
    - 2) Le dé a RML toda la información solicitada de manera razonable y otra documentación necesaria para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica y opciones de planes de pago razonables.
    - 3) Da información en el plazo de 30 días de que el hospital la pida.

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de facturación y cobro  
de pago por cuenta propia

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS 004

- 4) Le comunica al hospital cualquier cambio material en la situación económica que pueda afectar la capacidad del paciente para cumplir los planes de pago o calificar para la ayuda económica del hospital en el plazo de 30 días de dicho cambio.
5. Medidas extraordinarias de cobranza (ECA) que RML puede tomar
  - a. RML puede remitir al paciente a una agencia de cobros externa o un abogado cuando tenga la aprobación por escrito del presidente/director ejecutivo o del vicepresidente de finanzas/director financiero según las secciones II.3 y II.4 de esta política.
  - b. RML, o la agencia de cobros externa o el abogado pueden tomar las siguientes acciones:
    - 1) Ponerle un gravamen a la residencia primaria del paciente, pero no lo hará si este es el único bien inmueble del paciente, a menos que el valor de la propiedad indique claramente una capacidad para asumir obligaciones económicas importantes. RML no ejecutará un gravamen con el propósito de forzar la venta ni la ejecución hipotecaria de la residencia primaria del paciente para pagar una factura médica pendiente de pago.
    - 2) Presentar una acción civil.
    - 3) Reportar la deuda sin pagar a una o más agencias de reportes de crédito.
    - 4) Retener salarios.
  - c. RML se abstendrá de usar prácticas de cobro agresivas como confiscar cuentas bancarias o una orden de arresto para obligar al paciente o a la parte responsable a comparecer en el tribunal.

## **C. Cómo determinar la elegibilidad para la ayuda económica antes de ECA**

1. Antes de participar en una ECA, RML hará los esfuerzos razonables para determinar si las personas son elegibles para recibir ayuda económica. Con ese fin, RML les avisará a las personas sobre la FAP antes de iniciar cualquier ECA para obtener el pago por la atención y se abstendrá de iniciar dichas ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha en que RML dé el primer estado de cuenta de facturación por la atención después del alta.
2. RML tomará las siguientes acciones al menos 30 días antes de iniciar primero una o más de las ECA de arriba para obtener el pago por la atención:
  - a. Le dará a la persona un aviso por escrito que indica que hay ayuda económica disponible para las personas elegibles, identificará las ECA que RML (u otra persona autorizada) pretenda iniciar para obtener el pago por la atención y dará una fecha límite después de la cual se pueden iniciar esas ECA que no sea antes de 30 días después de la fecha en la que se da el aviso por escrito.
  - b. Le dará a la persona un resumen de la FAP en lenguaje sencillo con el aviso por escrito que se describe arriba.

# RML SPECIALTY HOSPITAL

**POLÍTICA: Prácticas de facturación y cobro  
de pago por cuenta propia**

**NÚMERO DE POLÍTICA: PFS 004**

- c. Hará un esfuerzo razonable por avisar verbalmente a la persona sobre la FAP de RML y sobre cómo la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de FAP.
3. Si RML suma las facturas pendientes de una persona por varios episodios de atención antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de esas facturas, se abstendrá de iniciar las ECA hasta 120 días después de haber dado el primer estado de cuenta de facturación después del alta para el episodio de atención más reciente incluido en la suma.
4. RML no difiere ni deniega, ni exige el pago antes de dar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una persona de una o más facturas por atención que dio anteriormente y que está cubierta por la FAP de RML.

## **D. Procesamiento de las solicitudes de FAP**

RML procesará las solicitudes de FAP según las provisiones que se establecen abajo.

1. Presentación de la solicitud de FAP completa
  - a. Si una persona presenta una solicitud de FAP completa durante el período de solicitud, RML:
    - 1) Suspenderá cualquier ECA en contra de una persona (con respecto a los cargos a los que se relaciona la solicitud de FAP que está en revisión).
    - 2) Decidirá si la persona es elegible para FAP y le avisará a la persona por escrito sobre la determinación de elegibilidad (incluyendo, si corresponde, la ayuda para la que la persona es elegible) y el fundamento para esta decisión.
    - 3) Si RML determina que la persona es elegible para FAP, RML:
      - a) Le dará a la persona un estado de cuenta que indica la cantidad que la persona adeuda por la atención como un individuo elegible para FAP (si la persona es elegible para recibir alguna ayuda que no sea atención gratuita) y cómo se determinó esa cantidad y dice, o describe cómo la persona puede obtener información respecto a las AGB por la atención.
      - b) Reembolsará a la persona cualquier cantidad que haya pagado por la atención (ya sea al hospital o a cualquier otra parte a la que el hospital haya remitido o vendido la deuda de la persona por la atención) que exceda la cantidad que se determine que el individuo es personalmente responsable de pagar como una persona elegible para FAP, a menos que dicha cantidad excedente sea menor de \$5 (o cualquier otra cantidad publicada en el Boletín de Rentas Internas).
      - c) Tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (excepto por una venta de deuda) que se tome en contra de una persona para obtener el pago por la atención.

# RML SPECIALTY HOSPITAL

**POLÍTICA: Prácticas de facturación y cobro  
de pago por cuenta propia**

**NÚMERO DE POLÍTICA: PFS 004**

2. Si, al recibir una solicitud de FAP completa de una persona que RML cree que puede calificar para Medicaid, RML puede posponer decidir si la persona es elegible para FAP por la atención hasta después de que se haya completado y enviado la solicitud de Medicaid de la persona y se haya tomado una decisión en cuanto a la elegibilidad de la persona para Medicaid.
3. Presentación de la solicitud de FAP incompleta
  - a. Si una persona presenta una solicitud de FAP incompleta durante el período de solicitud, RML:
    - 1) Suspenderá cualquier ECA en contra de una persona (con respecto a los cargos a los que se relaciona la solicitud de FAP que está en revisión).
    - 2) Dará a la persona un aviso por escrito que describa la otra información o documentación necesaria según la FAP o el formulario de solicitud de FAP que la persona debe enviar a RML para completar su solicitud de FAP.
  - b. Si una persona que envió una solicitud de FAP incompleta durante el período de solicitud posteriormente completa la solicitud de FAP durante el período de solicitud (o, si más adelante, en un plazo de tiempo razonable que se da para responder solicitudes de más información o documentación), se considerará que la persona presentó una solicitud de FAP completa durante el período de solicitud.

## **E. Aviso relacionado con proveedores fuera de la red**

En el momento del ingreso o poco después de eso, PFS debe avisar a los pacientes por escrito que:

1. Los pacientes pueden recibir facturas por separado por los servicios prestados por profesionales de atención médica afiliados al hospital.
2. Algunos profesionales de atención médica del hospital pueden no ser proveedores participantes en los mismos planes de seguro y redes que el hospital.
3. El paciente podría tener mayor responsabilidad económica por los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
4. Avisar a los pacientes que deben consultar su plan de atención médica si tienen preguntas respecto a la cobertura o los niveles de beneficios.

## **F. Circunstancias especiales**

Los esfuerzos de cobro deben cesar o deben suspenderse cuando lo indique el presidente/director ejecutivo o el vicepresidente de finanzas/director financiero de RML. Pueden iniciarse directivas en circunstancias especiales que incluyan acusaciones de mala práctica u otras decisiones administrativas. PFS debe documentar correctamente en las notas de las órdenes administrativas del sistema de facturación para cesar o suspender los esfuerzos de cobranza.

# RML SPECIALTY HOSPITAL

POLÍTICA: Prácticas de facturación y cobro  
de pago por cuenta propia

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS 004

## **G. Provisiones varias**

1. Norma antiabuso: RML no basará su decisión de que una persona no es elegible para FAP en información que RML tiene un motivo para creer que no es confiable o que es incorrecta o en información que obtenga de la persona bajo coacción o por medio de prácticas coercitivas.
2. No habrá renuncia a la solicitud de FAP: RML no tratará de obtener una renuncia firmada de ninguna persona que indique que no quiere pedir ayuda según la FAP, ni recibir la información que se describe arriba, para determinar que la persona no es elegible para FAP.
3. Autoridad final para determinar la elegibilidad para FAP: el vicepresidente de finanzas/director financiero o presidente/director ejecutivo de RML tiene la autoridad final para determinar que RML hizo esfuerzos razonables para decidir si una persona es elegible para FAP y por lo tanto puede participar en las ECA.
4. Acuerdos con otras partes: si RML vende o remite la deuda de una persona relacionada con la atención a otra parte, RML celebrará un acuerdo por escrito legalmente obligatorio con la parte, que esté razonablemente diseñado para asegurarse de que no se hagan ECA para obtener el pago de la atención hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para FAP por la atención.
5. Entrega electrónica de documentos: RML puede dar cualquier aviso o comunicación por escrito que se describa en esta política electrónicamente (por ejemplo, por correo electrónico) a cualquier persona que diga que prefiere recibir el aviso o comunicación por escrito electrónicamente.

## **H. Información de contacto del hospital**

### **Hinsdale**

Admitting Department  
5601 S. County Line Rd.  
Hinsdale, IL 60521  
Teléfono: 630-286-4516  
Fax: 773-826-2851

### **Chicago**

Admitting Department  
Disponibile por medio de cita  
3435 West Van Buren Street  
Chicago, IL 60624  
Teléfono: 630-286-4516  
Fax: 773-826-2851

**Sitio web:** <https://www.rmlspecialtyhospital.org/discharge-planners/financial-information/#financial>