

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 1 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

PROPÓSITO

Recursos Financieros Commonwealth (CFR) se propone prestar un servicio de facturación y cobro eficiente y eficaz que cumpla con todas las leyes y reglamentos, incluidos los de Prácticas Justas para el Recaudo de Deudas. Esta Política de Facturación y Cobro al Paciente ofrece pautas generales para pago de servicios, aplicables a cada entidad perteneciente a la Corporación de la Salud Commonwealth (CHC) y será facturada por Recursos Financieros Commonwealth (CFR). Esta política también describe el proceso y los plazos usados para adoptar las medidas de cobranza, incluyendo los “esfuerzos razonables” requeridos para determinar si una persona califica para recibir ayuda financiera, antes de iniciar “Medida de Cobro Extraordinario”(ECAs).

DEFINICIONES:

- A. Período de solicitud. Quiere decir el período de tiempo durante el cual un Paciente puede solicitar asistencia financiera. El Período de Solicitud comienza en la fecha en la que se brinda la atención médica, y termina en el día 240 después de que se entrega el primer estado de cuenta, después de que el paciente ha sido dado de alta.
- B. Acción de Recaudación Extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés). Quiere decir cualquier acción contra un individuo, correspondiente al recaudo del pago del saldo de una factura pagada por cuenta propia, que requiera de un proceso legal o judicial (incluyendo embargo de salarios). Implica reporte de información negativa acerca del Paciente, a agencias de crédito al consumidor o compañías de crédito, venta de la deuda del Paciente a terceros, y / o el aplazamiento de la atención.
- C. Asistencia Financiera significa servicios gratuitos o con descuento brindados a los Pacientes que han sido designados como elegibles para tales ajustes monetarios bajo la Política de Asistencia Financiera (PAF).
- D. Política de Asistencia Financiera (PAF) significa Política de Asistencia Financiera de CHC, que incluye criterios de elegibilidad, la base para el cálculo de costos, el método de solicitud y las medidas para dar conocer la política, y la implementación del programa de asistencia financiera disponible para pacientes que cumplen ciertas pautas de ingresos.
- E. Paciente Es la persona que recibe atención médica o la persona financieramente responsable por quien recibe la atención médica (es decir, garante).
- F. Resumen en Términos Sencillos (PLS) quiere decir un resumen por escrito que notifica a una persona que CHC ofrece Asistencia Financiera bajo esta Política, en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender. PLS se puede obtener en <https://cfrbilling.patientcompass.com/RA/General/BillingPolicies>.
- G. Período de Restricción significa el plazo durante el cual ECAs (ECA por sus siglas en inglés: Medidas de Cobro Extraordinarias) no podrá ser iniciado. El Período de Solicitud comienza en la fecha en que el paciente recibe el primer estado de cuenta posterior a ser dado de alta y termina el día 120 después de la fecha que se recibe el primer estado de cuenta.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 2 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

POLÍTICA

Esta Política de Facturación y Cobro del Paciente se ajusta con la misión de CHC y en cumplimiento con Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Todos los pacientes que han recibido atención de emergencia o atención médica necesaria, se le facilitará la oportunidad de solicitar una atención gratuita o de costo reducido en conformidad con la ley federal de Protección del Paciente y Cuidado a Bajo Precio y sus reglamentos de ejecución. CHC no discriminará por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, preferencia sexual, edad o incapacidad en la prestación de sus servicios.

Esta política, junto con la correspondiente Política de Ayuda Financiera, adopta los procedimientos de CHC con respecto al cobro de las cuentas de los pacientes. La finalidad de la política es equilibrar razonablemente la necesidad de administración financiera, con las necesidades individuales de los pacientes que no desean o no pueden pagar sus cuentas.

Nota: el proceso a continuación es de carácter general y en casos particulares podrían necesitar comunicarse personalmente con el paciente o garante. Este tipo de comunicación podrá incluir llamadas telefónicas, formularios exigidos por una compañía de seguros, pedir que el paciente se comunique con su compañía de seguros, etc.

I. ENTIDADES ADQUIRIDAS

CHC puede en ciertas ocasiones, conseguir entidades que estén en el sistema contable de los pacientes que no son compatibles con los plazos de esta política, y / o tienen limitaciones que impiden la implementación de todos los términos de esta política. En estos casos, nuestro objetivo será garantizar que las facturas y cobros estén en conformidad con las leyes y reglamentos, al mismo tiempo que maximizan el recaudo, utilizando los sistemas disponibles. En la medida que estas entidades se adaptan al sistema de contabilidad correspondiente a los pacientes de CHC, implementaremos esta política en dichas entidades, lo antes posible.

II. EVITAR EL ROBO DE IDENTIDAD

Cambios en el PHI (PHI por sus siglas en inglés: Información Médica Protegida): El personal de CHC, incluyendo el personal de CFR, contrastará la PHI presentada por un paciente o titular de la cuenta, con la información registrada en el sistema y hará el cambio solicitado solo si la información presentada es consistente con los registros del sistema.

En caso de solicitarse un cambio de dirección, información del seguro médico u otra información de identificación de la cuenta de un paciente, el personal de CHC pedirá los siguientes datos: fecha de nacimiento, últimos 4 dígitos del número de seguro social del paciente, archivados actualmente en Meditech; y el número de la licencia de conducir si la tuviera.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 3 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

III. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBROS

- A. De acuerdo con las condiciones de esta política, CHC puede tomar medidas legales, incluyendo recurrir a ECA (ECA por sus siglas en inglés: Actividades Extraordinarias de Cobranza) para obtener el pago de los servicios médicos prestados.
- B. CHC no participará en ECAs, directa o indirectamente, antes de hacer "esfuerzos razonables" en virtud de la sección 501 (r) del Código de Regulaciones correspondiente, para determinar si un Paciente califica para recibir ayuda financiera. CHC no recurrirá a ECAs durante el Período de Restricción.
- C. CHC hará esfuerzos razonables para identificar pagadores terceros, con el fin de ayudar a los pacientes con el pago de sus facturas. CHC también estará tomando las siguientes medidas:
 1. Certificar que el paciente no ha pagado las facturas.
 2. Cobrar la cantidad autorizada de pagadores terceros.
 3. Trabajar con los pacientes hacia una solución con las facturas médicas sin pagar.
 4. Informar a los pacientes y prestar ayuda mutua para solicitar ayuda financiera ofrecida por CHC.
 5. Cobrar a los pacientes los costos por los servicios prestados tocante a los cuales tienen una responsabilidad financiera, después de que se hayan tomado las medidas descritas anteriormente.
- D. Es responsabilidad del paciente suministrar a CHC información correcta sobre el seguro médico (incluyendo las compañías de seguro primarias y secundarias), dirección y los recursos financieros aplicables, para determinar si el paciente califica para recibir cobertura a través de seguros privados, o a través de los programas disponibles de asistencia pública. Se espera que el paciente ceda los beneficios que se deban a cualquier compañía de seguros.
- E. Es responsabilidad del paciente obtener las correspondientes referencias médicas y pudiera llegar a ser responsable por los reclamos sin pagar, como resultado de no obtener las pertinentes referencias por parte del proveedor de seguros.
- F. Durante el Período de Notificación, se estarán enviando por correo postal al menos tres Declaraciones separadas para el cobro de Cuentas de Pago, a la última dirección conocida del paciente antes del final del Período de Notificación. CHC no exige que se envíen nuevamente por correo postal los Extractos de Cuentas del Paciente, una vez que esté presente una solicitud completa para obtener ayuda financiera.

Todos los Extractos de Cuentas del Paciente incluirán un aviso escrito visible, que le proporciona información sobre la disponibilidad de asistencia financiera, incluyendo tanto el número de teléfono de la oficina o departamento que le pueden brindar la información sobre esta Política, como del proceso de Solicitud, y el sitio web donde se pueden obtener las copias impresas de la FAP, la Solicitud de Ayuda Financiera y el Resumen en Términos Sencillos.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 4 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

- G. Antes de iniciar o reanudar cualquier ECAs descritos en esta Póliza, se estará enviando un aviso por escrito a la última dirección conocida del Paciente que:
 - 1. Describe las actividades específicas de cobro que se tienen previsto iniciar (o reanudar)
 - 2. Establece una fecha límite después que se inicien (o reanuden) dichas medidas.
- H. CHC también hará un esfuerzo razonable para notificar de forma verbal al paciente sobre el FAP y cómo él o ella puede obtener ayuda con el proceso de Aplicación de Asistencia Financiera.
- I. ECAs no podrá iniciarse antes de los 30 días siguientes a la fecha en que se emita un aviso del ECA.
- J. ECAs será suspendida si el paciente presenta una Solicitud de Ayuda Financiera durante el Período de Solicitud.

IV. PROCESO DE FACTURACIÓN DEL PACIENTE

A continuación, se describe el curso de las notificaciones enviadas a los pacientes. Para arreglos de pago, por favor consulte los acuerdos de Política de pago. Para obtener información sobre la ayuda financiera, consulte nuestra Política de Ayuda Financiera.

A. Cuentas Hospitalarias Con Seguro

Descuentos: Los pacientes que tengan seguro médico, clasifican para recibir un descuento del 10% por Pronto Pago, siempre y cuando, cancelen la cantidad correspondiente en el momento de recibir los servicios (excluye Copagos); y, el desembolso sea por cuenta propia. Si en el momento de recibir los servicios (excluyendo Copagos) el paciente paga lo requerido, y posteriormente se determina que el saldo pendiente aumenta en relación con la suma pagada inicialmente, se le ofrecerá un descuento del 10% sobre la diferencia, teniendo en cuenta siempre, que el paciente esté pagando con recursos propios cualquier gasto adicional durante el primer ciclo del estado de la cuenta. De ninguna manera los Copagos cuentan para recibir el beneficio del 10% de descuento por Pronto Pago.

En circunstancias en las que no podamos facilitar un cálculo estimativo de la suma requerida en el momento de prestar los servicios, se le ofrecerá al paciente un descuento del 10% por Pronto Pago (excluyendo Copagos), dirigido al primer ciclo del estado de la cuenta. Para aplicar al beneficio del descuento, es necesario que el pago sea hecho antes de la fecha especificada en la primera factura.

Resumen de Tarifas - Después que la cuenta alcance el estado de la factura final, cada cuenta hospitalaria recibe una declaración correspondiente con un resumen de los gastos. Para cuentas hospitalarias con seguro, enviamos al paciente/fiador una declaración con la siguiente redacción:

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 5 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

Esto No es una Solicitud de Pago

Gracias por elegir {Nombre de la Instalación}.

Cobramos a la compañía de seguro incluida en la información del seguro. Más adelante, usted recibirá una factura por sus pagos atrasados bajo su plan de seguro. Estos incluyen cualquier deducible, copagos y/o servicios no cubiertos según lo determine su compañía de seguros.

Después que el administrador de seguros haya procesado la cuenta y nos haya hecho llegar la notificación de pago, el saldo restante pasa a ser un pagado por cuenta propia. Las cuentas hospitalarias son procesadas por el Sistema Patient Compass en un ciclo alfa-Split de 20 días, basado en el apellido del fiador.

Ciclo Alfa-Split de 20 días: 1-A, 2-B, 3-C, 4-D, 5-E, 6-F, 7-G, 8-H, 9-I&J, 10-K, 11-L, 12-M, 13-N&O, 14-P, 15-Q&R, 16-S, 17-T, 18-U&V, 19-W, 20-X,Y&Z.

Estado de cuenta 1: El primer estado de cuenta que se envía después que el seguro paga, al Paciente es el primero que se le solicita el pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Su plan de seguro ha procesado sus gastos médicos y nos ha informado que usted es responsable por el saldo restante.

Estado de cuenta 2: El segundo estado de cuenta que se envía después que el seguro paga, al Paciente es el segundo que se le solicita el pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Pague cuanto antes su saldo pendiente. Por favor incluya con el pago el cupón de pago que está en la parte inferior del estado de su cuenta. Sírvase a pagar antes de la FECHA DE VENCIMIENTO, o llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581 para hablar sobre las opciones de pago.

Estado de cuenta 3: El tercer estado de cuenta que se envía después que el seguro paga, al Paciente es el tercero que se le solicita el pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Su pago está ATRASADO. Sírvase a pagar hoy la Cantidad Debida para evitar que se implementen medidas de cobro adicionales. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 6 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

Estado de cuenta 4: El cuarto estado de cuenta que se envía después que el seguro paga, al Paciente es el cuarto que se le solicita el pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Por favor póngase en contacto con nosotros lo antes posible, le recordamos que su pago tiene **RETRASOS CONSIDERABLES** y si dentro de 10 días no recibimos la totalidad del pago, ni tenemos noticias tuyas, su cuenta será enviada a una agencia de cobro.

Carta 5: La quinta solicitud de pago que se envía después que el seguro paga, se considera la Carta 5 que se le envía al Paciente junto con la solicitud final de pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

NOMBRE DEL PACIENTE
PROVEEDOR: [NOMBRE DEL HOSPITAL]
DE CUENTA: [# DE CUENTA]
FECHA DEL SERVICIO

Saldo \$xxx.xx

La cuenta anterior está actualmente **ATRASADA**. El pago en su totalidad o la aprobación de la Solicitud de Ayuda Financiera deben ser recibidos dentro de un plazo de treinta (30) a partir de la fecha de la presente carta.

La falta de pago o el completar y recibir la aprobación de la Solicitud de Ayuda Financiera para los servicios, puede causar que la deuda sea remitida a una agencia de cobro. Esto puede ocasionar que se notifique de la deuda en su informe de crédito, que se presente un gravamen sobre la propiedad y/o el embargo de los salarios.

Preferiríamos mejor que la cuenta sea saldada antes que se tomen medidas necesarias.

Nuestro objetivo es brindar una atención médica de excelencia con tarifas más económicas. Comuníquese con nuestra oficina administrativa al (270) 745-1100 o al 800-786-1581. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 am-4:30pm.

Atentamente,
Departamento de Cobros

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 7 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

B. Cuentas Hospitalarias Sin Seguro

Los pacientes sin seguro médico pueden clasificar para recibir descuento por los conceptos de, Pagos por Cuenta Propia y Pronto pago. El descuento por Pago por Cuenta Propia será del 30% y se aplicará a todas las cuentas hospitalarias de pacientes que no tengan seguro médico, y será válido hasta que la cuenta se considere imposible de pagar. Si el paciente paga en su totalidad lo correspondiente en el momento de recibir los servicios, y lo hace por cuenta propia, puede recibir un descuento del 10% adicional por Pronto pago. Cuando el paciente pague la cantidad requerida en el momento de recibir los servicios, y posteriormente se determine que el saldo pendiente aumenta con respecto a la suma pagada inicialmente, se le ofrecerá un descuento del 10% sobre la diferencia, siempre y cuando, el paciente esté pagando con recursos propios cualquier gasto adicional durante el primer ciclo del estado de la cuenta.

En circunstancias en las que no podamos facilitar un cálculo estimativo de la suma requerida en el momento de prestar los servicios, se le ofrecerá al paciente un descuento del 10% por Pronto Pago, dirigido al primer ciclo del estado de la cuenta. Para aplicar al beneficio del descuento, es necesario que el pago sea hecho antes de la fecha especificada en la primera factura.

Estado de cuenta 1: Los pacientes sin seguro recibirán la primera Solicitud de Pago 10 días después de la fecha de los servicios o al recibir la primera factura hospitalaria tras ser dado de alta, con la siguiente terminología:

Si no cuenta con cobertura de seguro, le ofrecemos sólo una vez, un descuento de un 30% si usted paga el saldo en su totalidad o llama para hacer un plan de pago. El descuento es sólo válido si paga de acuerdo con nuestras políticas de pago. Por favor revise nuestra Política de Pago en la parte posterior de esta declaración.

Estado de cuenta 2: El segundo estado de cuenta que se envió al Paciente es considerado la segunda solicitud de pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Pague cuanto antes su saldo pendiente. Por favor incluya con el pago el cupón de pago que está en la parte inferior del estado de su cuenta. Sírvase a pagar antes de la FECHA DE VENCIMIENTO, o llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581 para hablar sobre las opciones de pago.

Estado de cuenta 3: El tercer estado de cuenta que se envía al paciente se considera la tercera solicitud de pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 8 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

Su pago está ATRASADO. Sírvase a pagar hoy la Cantidad Debida para evitar que se implementen medidas de cobro adicionales. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581.

Estado de cuenta 4: El cuarto estado de cuenta que se envía al Paciente se considera la cuarta solicitud de cobro. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Por favor póngase en contacto con nosotros lo antes posible, le recordamos que su pago tiene RETRASOS CONSIDERABLES y si dentro de 10 días no recibimos la totalidad del pago, ni tenemos noticias tuyas, su cuenta será enviada a una agencia de cobro.

Carta 5: La quinta solicitud de pago que se envía después que el seguro paga, se considera la Carta 5 que se le envía al Paciente junto con la solicitud final de pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

NOMBRE DEL PACIENTE
PROVEEDOR: [NOMBRE DEL HOSPITAL]
DE CUENTA: [# DE CUENTA]
FECHA DEL SERVICIO

Saldo \$xxx.xx

La cuenta anterior está actualmente ATRASADA. El pago en su totalidad o la aprobación de la Solicitud de Ayuda Financiera deben ser recibidos dentro de un plazo de treinta (30) a partir de la fecha de la presente carta.

La falta de pago o el completar y recibir la aprobación de la Solicitud de Ayuda Financiera para los servicios, puede causar que la deuda sea remitida a una agencia de cobro. Esto puede ocasionar que se notifique de la deuda en su informe de crédito, que se presente un gravamen sobre la propiedad y/o el embargo de los salarios.

Preferiríamos mejor que la cuenta sea saldada antes que se tomen medidas necesarias.

Nuestro objetivo es brindar una atención médica de excelencia con tarifas más económicas. Comuníquese con nuestra oficina administrativa al (270) 745-1100 o al 800-786-1581. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 am-4:30pm.

Atentamente,
Departamento de Cobros

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 9 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

C. Cuentas Médicas y de Instalaciones No Hospitalarias con Seguro:

Después que un administrador de seguros haya procesado la cuenta y nos haya hecho llegar la notificación de pago, el saldo restante pasa a ser un pago por cuenta propia. El Sistema Patient Compass procesa basado en el apellido del fiador, tanto las cuentas médicas como las de las instalaciones, en un ciclo de 30 días, luego de practicado el servicio.

Estado de cuenta 1: El primer estado de cuenta que se envía después que el seguro paga, el Paciente es el primero que se le solicita el pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Su plan de seguro ha procesado sus gastos médicos y nos ha informado que usted es responsable del saldo restante.

Estado de cuenta 2: El segundo estado de cuenta que se envía después que el seguro paga, el Paciente es el segundo que se le solicita el pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Pague cuanto antes su saldo pendiente. Por favor incluya con el pago el cupón de pago que está en la parte inferior del estado de su cuenta. Sírvase a pagar antes de la FECHA DE VENCIMIENTO, o llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581 para hablar sobre las opciones de pago.

Estado de cuenta 3: El tercer estado de cuenta que se envía al paciente se considera la tercera solicitud de pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Su pago está ATRASADO. Sírvase a pagar hoy la Cantidad Debida para evitar que se implementen medidas de cobro adicionales. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581.

Estado de cuenta 4: El cuarto estado de cuenta que se envía al Paciente se considera la cuarta solicitud de cobro. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Por favor póngase en contacto con nosotros lo antes posible, le recordamos que su pago tiene RETRASOS CONSIDERABLES y si dentro de 10 días no recibimos la totalidad del pago, ni tenemos noticias tuyas, su cuenta será enviada a una agencia de cobro.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 10 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

D. Cuentas Médicas y de Instalaciones No Hospitalarias Sin Seguro

Descuentos: Los pacientes sin seguro médico pueden clasificar para recibir un Descuento por Cuenta Propia, en ciertos consultorios o entidades donde los pacientes suelen incurrir en tarifas sumamente elevadas. Las entidades que actualmente reúnen este perfil son: Centro para Tratar el Cáncer Barren River, ENT de Bowling Green (ENT: Otorrinolaringología: oído, nariz, y la garganta), Centro Médico Quirúrgico de la Salud General, Centro Médico del Instituto Cardíaco, Centro Médico de Servicios de Neurociencias, Centro Médico Ortopedia y Medicina Deportiva, Centro Médico de Psiquiatría y Centro Médico del Programa Quirúrgico para la Pérdida de Peso. Otros programas o entidades definidas por la administración que reúnen este perfil podrían también brindar el mismo descuento al pago de facturas con pago por cuenta propia. El descuento del 30% por Cuenta Propia será válido hasta que la cuenta se considere imposible de recaudar.

Estado de cuenta 1: Los pacientes sin seguro recibirán una primera Solicitud de pago 4 días después que se apliquen los gastos a su cuenta con la terminología:

La cantidad indicada en la porción de los cargos deberá ser pagada ahora. Por favor envíe el pago dentro de 10 días.

Estado de cuenta 2: El segundo estado de cuenta que se envió al Paciente es considerado la segunda solicitud de pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Pague cuanto antes su saldo pendiente. Por favor incluya con el pago el cupón de pago que está en la parte inferior del estado de su cuenta. Sírvase a pagar antes de la **FECHA DE VENCIMIENTO**, o llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581 para hablar sobre las opciones de pago.

Estado de cuenta 3: El tercer estado de cuenta que se envió al Paciente es considerado la tercera solicitud de pago. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

Su pago está **ATRASADO**. Sírvase a pagar hoy la Cantidad Debida para evitar que se implementen medidas de cobro adicionales. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al (270) 745-1100 o al (800) 786-1581.

Estado de cuenta 4: El cuarto estado de cuenta que se envía al Paciente se considera la cuarta solicitud de cobro. El estado de cuenta incluye la siguiente terminología:

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBROS AL PACIENTE

DEPARTAMENTO: Recursos Financieros de Commonwealth	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Instrucciones para que las Personas Responsables tramiten el saldo pendiente.
Página: 11 de 11	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2008, septiembre 2009, noviembre 2009, noviembre 2015, septiembre 2017
FECHA DE VIGENCIA: febrero de 2005	FECHAS DE EVALUACIÓN: diciembre 2006, septiembre 2009, noviembre 2009, julio 2010, diciembre 2010, abril 2014, julio 2014, noviembre 2015, mayo 2016, septiembre 2017, marzo 2019
EVALUACIÓN DE RESPONSABILIDADES: Gerente, CFR	NÚMERO DE REFERENCIA: N/A

Por favor póngase en contacto con nosotros lo antes posible, le recordamos que su pago tiene **RETRASOS CONSIDERABLES** y si dentro de 10 días no recibimos la totalidad del pago, ni tenemos noticias tuyas, su cuenta será enviada a una agencia de cobro.

V. DEMANDAS DE COBRO

Una vez que razonablemente se ha determinado que una cuenta no va a ser paga, ya sea en forma progresiva a través de los estados de cuentas u otros medios, CFR autorizará a nuestra agencia de cobros a proseguir por el pago en su totalidad por cuentas de deudas sin recuperar a través de la comunicación telefónica y el correo postal. La Agencia de cobros se regirá por la ley Federal de Prácticas de Cobro de Deudas, las regulaciones Federales de HIPAA (HIPAA por sus siglas en inglés: Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud), 501 (r) así como cualquier otra ley y reglamento aplicable. La agencia de cobro está autorizada para investigar e identificar los deudores que no pueden pagar y considerar la deuda imposible de recaudar. Los deudores que no pueden pagar la deuda en su totalidad pudieran hacer un plan de pago. Las cuentas con saldos individuales de más de \$25 serán reportadas al historial de crédito del deudor.

Si los esfuerzos razonables mencionados con anterioridad para recaudar la deuda son infructuosos y el saldo combinado de las cuentas amerita la implementación de Acción de Cobro Extraordinaria (ECA), según lo previsto en el Reglamento 501(r) del IRS. Los reglamentos ECAs incluyen notificar la información negativa sobre el deudor a las agencias de crédito, así como el embargo del salario a los que están empleados y/o los gravámenes sobre la propiedad. La Agencia de cobro enviará una carta de aviso final al deudor antes que se apliquen acciones judiciales. CFR no autoriza la ejecución hipotecaria sobre la propiedad o tomar medidas que vayan más allá de las descritas anteriormente, excepto en circunstancias extraordinarias y sólo con la aprobación de la Alta Gerencia (Vicepresidente o superior).

Nuestro objetivo es recaudar el pago de aquellos que pueden hacerlo, y que podamos así, seguir brindando la atención a los que no pueden pagar.