

**SISTEMA: Hospital Sisters Health System**  
**manual(S): Manual Ejecutivo**  
**TÍTULO: Facturación y Política de Colección**  
**ORIGINARIOS DEPARTAMENTO: Servicios Fiscales**  
**Fecha de vigencia: 1 de octubre de 2017**

## **I. POLÍTICA:**

Hospital Sisters Health System (HSHS) y la misión y los valores de cada sistema local afiliado animan a llegar a la gente en las comunidades a las que sirven para proporcionar cuidados a todas las personas, incluidas las personas y familias con limitaciones financieras. Estamos comprometidos a proporcionar opciones razonables para satisfacer las obligaciones financieras que utilizan las ofertas de servicios HSHS.

Se espera que los pacientes que reciben servicios a través de un sistema local afiliada HSHS contribuir al costo de su atención en función de su capacidad individual para pagar. HSHS establece las disposiciones de este Facturación y política de colección con el fin de satisfacer las necesidades financieras de la organización, así como los de nuestros pacientes.

## **II. OBJETIVO:**

El Facturación y política de colección se describe el proceso para resolver las obligaciones de equilibrio del paciente. Esta política establece, además, pautas para asegurar que todos los pacientes sean tratados con justicia y se hacen esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para la ayuda financiera antes de seguir ciertas acciones de cobro. Esta política no ofrece una disposición para la asistencia a los pacientes con los medios suficientes que se niegan a pagar por los servicios médicos prestados a ellos o a sus familiares. Cualquier información recogida por HSHS durante este proceso está sujeto a las políticas HSHS' en materia de protección de la información confidencial. HSHS no discrimina en base a edad, sexo, raza, religión, discapacidad, origen nacional o estatus migratorio.

La política está destinada a satisfacer los requisitos federales y estatales aplicables, incluida la Ley de descuento por paciente Illinois hospital sin seguro y la Sección de Código 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada, y los reglamentos que hay debajo, y la protección del paciente Federal y Cuidado de Salud asequible (ACA).

## **III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La política de Facturación y Recaudación se aplica a todos los Sistemas Locales de HSHS y cualesquiera entidades relacionadas sustancialmente de tales sistemas locales.

## **IV. DEFINICIONES:**

Para los propósitos de esta política, los siguientes términos se definen como sigue:

**A. Mala deuda:** Una obligación de auto-pago del paciente que va sin pagar por más de 120 días después de HSHS ha establecido la responsabilidad financiera y enviado la primera, la facturación posterior a la aprobación de la gestión comunicado al paciente, o garante del paciente, o no está en conformidad con un acuerdo sobre el plan de pago.

**B. Caridad o Asistencia financiera:** El ajuste a los cargos por servicios médicos gratuitos o con descuento prestados a personas que cumplen con ciertos criterios financieros. Consulte la Política de Asistencia Financiera para más información sobre los criterios de calificación y el proceso de aplicación.

**C. Colega o Delegado:** HSHS empleados o contratistas que ayuden a los pacientes con el proceso para solicitar ayuda financiera bajo este programa de asistencia financiera.

**D. Sección del Código 501 (r) Requisitos:** Los requisitos de la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada de vez en cuando, y el Reglamento del Tesoro afines relacionados con la asistencia financiera, las limitaciones de los cargos y facturación y actividades colecciones.

**E. Emergencia y otros servicios médicos necesarios:** servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de urgencias; Servicios de atención médica para una condición que, si no se trata rápidamente conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo; Los servicios no electivos proporcionadas en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala no sea de emergencia; y otros servicios médicos necesarios, todos evaluados sobre una base de caso por caso únicamente a discreción del HSHS a los efectos de aplicación de este Programa de asistencia financiera.

**F. Extraordinarias Colecciones acciones o "ECAs":** Para fines de esta colección de Facturación y política, las ACE son aquellas actividades que en los 501 Requisitos área de instrucciones (r), que pueden incluir:

1. La venta de la deuda de una persona a otra parte, a menos que el comprador está sujeto a ciertas restricciones según lo previsto en la sección de código 501 Requisitos (r).
2. Proporcionar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes de crédito de consumo o agencias de crédito.
3. El aplazamiento, negar, o requerir un pago antes de proporcionar, la atención médica necesaria por falta de pago de un individuo de una o más facturas por atención proporcionada anteriormente tratadas en el Programa de Asistencia Financiera.
4. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, a excepción de las reclamaciones presentadas en un procedimiento de quiebra o lesiones personales.

**G. Familia:** Definido por la oficina de censo como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente afirma que alguien como dependiente en su declaración de impuestos de acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, a continuación, se les puede considerar un dependiente para efectos de la prestación de asistencia financiera.

**H. Familia ingreso:** El ingreso es el total de los ingresos anuales en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, deducidos los pagos de manutención infantil que incluye, pero no se limita a; sueldos y salarios antes de deducciones, las extremidades, los ingresos netos de agrícola ingresos por cuenta propia, los ingresos netos de explotación por cuenta propia, los pagos de seguridad social, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, beneficios de compensación de trabajadores, pagos de veteranos, pagos de asistencia pública, Seguridad Suplementario ingresos, los ingresos de discapacidad del Seguro Social, pensiones, asignaciones militares, las pensiones privadas, pensiones del gobierno, pagos de la anualidad, subvenciones, becas, dividendos, intereses, ingreso neto de alquiler, el pago neto, el juego o la lotería ganancias netas, la asistencia de fuera del hogar y otros varios fuentes. Beneficios no

monetarios (tales como cupones de alimentos, subsidios de vivienda y manutención de los hijos) no cuentan como ingresos.

**I. Garante:** Un individuo, que puede o no puede ser el paciente que es responsable del pago de la factura del paciente. El garante puede ser el paciente, un padre, tutor legal o cualquier otra persona obligada financieramente por la ley para el saldo de la cuenta. Cualquier referencia a “paciente” en esta política debe significar que el paciente y / o el Garante.

**J. Servicios de atención de la salud:** Servicios médicos prestados a la persona dentro del entorno del HSHS, incluyendo, pero no limitado a, servicios de apoyo diagnóstico, terapéuticos, quirúrgicos y médicos crónicos, así como de alojamiento y comida; incluye el uso de equipos, suministros y servicios profesionales (con exclusión de los médicos no HSHS).

**K. Ley de Descuento Illinois hospital Paciente no asegurado:** Una ley de Illinois exige a los hospitales en Illinois para dar a los pacientes no asegurados un descuento en sus facturas médicas. La ley requiere que los pacientes a solicitar el descuento dentro de los 60 días de recibir su factura médica inicial.

**L. Los servicios médicamente necesarios:** servicios de atención médica para una condición que, si no se trata rápidamente conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo; Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de urgencias; Los servicios no electivos proporcionadas en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala no sea de emergencia; y los servicios necesarios por razones médicas, evaluados en una base de caso por caso, a discreción del HSHS.

**M. Plan de Pago:** Un plan de pago acordado por ambos HSHS y un paciente, o garante del paciente, para gastos de su propio bolsillo. El plan de pago tendrá en cuenta las circunstancias del paciente financieras, la cantidad adeudada, y los pagos anteriores.

**N. Declaración:** Una comunicación enviada al paciente por correo, correo electrónico, o el portal de pacientes que describe los servicios recibidos y los saldos adeudados.

**O. Tercero pagador:** Cualquier agente o entidad financiera, como un pagador de la aseguradora, HMO, plan de beneficios o de gobierno, con una obligación legalmente exigible para pagar los servicios facturados a un paciente por HSHS. Las partes responsables, como se define en el presente documento, no se consideran terceros pagadores.

**P. Seguro insuficiente:** Un individuo, con cobertura de seguro privado o público, para quien puede ser una carga financiera para pagar en su totalidad los gastos previstos fuera de su bolsillo por los servicios médicos proporcionados por HSHS.

**Q. No Asegurados:** Un individuo, sin tercer cobertura partes ofrecida a través de una aseguradora comercial de terceros, un plan ERISA, un programa federal de atención de la salud (incluyendo, sin limitaciones, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación de trabajadores, u otro tercero la asistencia a partidos disponibles para cubrir el coste de los gastos de salud de un paciente.

**R. No Asegurados descuento:** Los pacientes sin cobertura de terceros, se facilitará un descuento sin seguro, por los servicios elegibles proporcionados por HSHS virtud de esta

política, en el momento en que los cargos no descontados son prestados. HSHS tendrá este descuento se aplica automáticamente a los saldos de los pacientes sin seguro en el momento de la facturación. Importes de descuento actuales están disponibles en el Apéndice A de esta política. El porcentaje de descuento está sujeto a cambios en base a una revisión anual de los datos de las reclamaciones históricas.

## **V. Facturación y Proceso de Cobro**

**1. Validación de Responsabilidad Financiera del Paciente:** HSHS tomará las medidas razonables para validar las obligaciones de pago del paciente. Se tomarán medidas para identificar a los pagadores de terceros para ayudar a los pacientes en la resolución de sus cuentas y se HSHS buscar el pago de todos los pagadores de terceros conocidos con el fin de ayudar a los pacientes en la resolución de sus facturas. La presentación oportuna y adecuada de los procedimientos de reclamación pagador de terceros se llevará a cabo para asegurar la adjudicación de reclamación correspondiente. Si es necesario y factible, HSHS trabajará con los pacientes para ayudarlos a resolver los problemas de pago de reclamaciones de seguros.

**2. Resolución de saldos del paciente:** Una vez, se ha determinado que un paciente de, o garantes paciente responsabilidad financiera, HSHS:

a. Informar al paciente, o garante del paciente, de las diversas opciones para resolver el equilibrio. Si el paciente o garante no puede pagar el saldo adeudado dentro de los treinta (30) días, se les informará de otras opciones disponibles para resolver los balances de auto-pago, incluyendo los planes de pago, planes de pago extendidos y / o asistencia financiera.

b. Ofrecer al paciente o garante del paciente un plan de pago. Si el paciente o garante del paciente es incapaz de pagar el saldo completo, el paciente puede solicitar un plan de pagos. Vea los artículos 4 a continuación para más detalles y parámetros del plan de pago.

c. Ofrecer al paciente, o garante del paciente un plan de pago extendido. Si el paciente o garante del paciente es incapaz de pagar el saldo completo la utilización de un plan de pagos, un plan de pago extendido a través del Banco de Comercio se puede utilizar. Véase el punto 6 a continuación para más detalles.

d. Ofrecer asistencia financiera la política, la solicitud de asistencia financiera, y / o la citarse. Se harán esfuerzos razonables para informar a los pacientes, o garantes de los pacientes, de la política de asistencia financiera HSHS y se proporcionará información sobre cómo presentar una solicitud de asistencia financiera.

**3. Declaraciones:** HSHS enviará al menos tres estados separados para la recogida de las cuentas auto-pago por correo o por correo electrónico a la última dirección conocida de cada garante (s). Sin embargo, no serán necesarias las declaraciones adicionales después de un garante presenta una completa aplicación para ayuda financiera bajo la política de asistencia financiera o ha pagado en su totalidad. Es la obligación de garante (s) para proporcionar una dirección de correo correcta en el momento del servicio o en el momento de moverse. Si una cuenta no tiene una dirección válida, se han hecho la determinación de los esfuerzos razonables. Todas las declaraciones auto-pago incluirán, pero no estarán limitados a:

a. Los cargos por dichos servicios;

b. La cantidad requerida para ser pagado por el paciente o garante;

c. Un aviso visible escrito que notifica e informa al paciente o garante de la disponibilidad de asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera, incluyendo el número de teléfono del departamento y dirección del sitio web directa en que las copias de los documentos, incluyendo la Solicitud de Asistencia Financiera, se pueden obtener;

d. Al menos una de las declaraciones enviadas por correo o por correo electrónico incluirá un aviso por escrito que informa al paciente o garante de la OCE que se puede tomar si el paciente o garante no se aplica para la asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera o devolver el importe adeudado por la facturación fecha tope. Un resumen en términos sencillos de la política de asistencia financiera acompañará a esta declaración.

**4. Planes de pago:** Los pacientes, o sus garantes, también se le proporcionará información sobre los planes de pago. Para los pacientes que no pueden pagar el saldo adeudado dentro de los treinta (30) días, sin intereses, planes de pago pueden extenderse durante un máximo de nueve

(9) meses en función del saldo de la cuenta. La organización de tales planes de pago se deben hacer con HSHS Servicio al Cliente. Si el paciente o garante del paciente, no hacer arreglos de pago o si el paciente o garante del paciente, no cumpla con los acuerdos de pago, la cuenta puede ser referido a una agencia de colección exterior.

a. Los planes de pago están disponibles para los pacientes, o sus garantes, que califican para ayuda financiera inferior al 100%, pero no pueden pagar el saldo completo. Estos planes de pago estarán sujetos a las mismas normas aplicables a los pacientes o garantes que no califican para cualquier ayuda financiera.

b. Si el saldo de la cuenta es menos de \$ 500.00 planes de pago se pueden ofrecer hasta 5 meses.

c. Si el saldo de la cuenta es mayor que \$ 500.00 planes de pago se pueden ofrecer hasta 9 meses.

d. Si una cuenta no puede ser pagado en su totalidad dentro de los 9 meses, el paciente será referido al banco del comercio para un plan de pago extendido. Ver punto 5 más adelante.

e. Si un paciente HSHS con un plan de pago existente posteriormente recibe servicios a HSHS e incurre en saldos adicionales de auto-pago, o plan de pago actual del paciente garante del paciente puede ser revisado para tener en cuenta los cargos adicionales.

**5. Los planes de pago extendidos (más de 9 meses):** Los pacientes o de sus garantes que necesitan financiación más allá del plan de pago 9 meses permitidos serán referidos al Banco de Comercio. Todos los pacientes y sus garantes, se clasificarán automáticamente para la prórroga de financiación a través de nuestra asociación con el Banco de Comercio. Commerce Bank ofrece financiación sin intereses hasta por 60 meses / 5 años, dependiendo de la balanza paciente.

**6. Ayuda financiera:** información de asistencia financiera se hizo ampliamente disponible para los pacientes y miembros de la comunidad servida por HSHS. La Política de Asistencia Financiera HSHS (FAP), Solicitud de asistencia financiera, y un resumen en lenguaje llano de la FAP estarán disponibles en el sitio web del sistema HSHS'. Las copias en papel de esta información estarán disponibles bajo petición y de forma gratuita.

**7. Facturas Contendientes:** HSHS será informar a los pacientes del proceso mediante el cual se pueden cuestionar facturas de Diferencias. Los conflictos se dirigen al paciente al departamento de Servicios Financieros de HSHS. Un número de teléfono gratuito para los

conflictos se incluirá en todas las declaraciones de pacientes mensuales y avisos de cobro enviado por HSHS. El departamento de Servicios Financieros al cliente responderá a las consultas realizadas por los pacientes dentro de los 30 días hábiles después de recibir la disputa. Para una disputa que requiere una mayor investigación, todas las acciones de cobro cesarán hasta que una decisión final se ha rendido en la cantidad en disputa.

## **VI. Las acciones de cobro extraordinarias adoptadas en el evento de impago**

**1. Colección mala deuda Acciones:** No se cuenta estarán sujetos a las acciones de cobro de deudas malas, o ECA, dentro de los 120 días siguientes a la primera declaración después de la descarga antes de HSHS ha hecho esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para la ayuda financiera. Este plazo 120 días puede abreviarse si la determinación se ha hecho a la ayuda financiera, un plan de pago se ha establecido y aceptado por el paciente o garante, o el paciente o garante ya no está cumpliendo con el plan de pago. No hay ninguna acción de cobro se llevarán a cabo en contra de un paciente si el paciente o fiador, ha proporcionado documentación que demuestre que él o ella ha solicitado cobertura bajo Medicaid u otros programas de salud financiados con fondos públicos, que pueden pagar el crédito pendiente y para los cuales una determinación de elegibilidad Sigue pendiente.

a. Antes de enviar la cuenta de un paciente a una agencia de colección HSHS hará esfuerzos razonables para proporcionar información sobre la asistencia financiera y le enviará por correo un mínimo de tres estados (3) escritas en el paciente o garante. Cada declaración incluirá notificación prominente de la política de asistencia financiera HSHS, número de teléfono para pedir ayuda, y la dirección del sitio web directa. Si todos los esfuerzos para comunicarse con el paciente, o garante del paciente, no tienen éxito, y no se encuentra una dirección correcta de correo no entregado, las cuentas serán enviadas a una agencia de colección.

b. Dentro de los 240 días a partir de la primera declaración después del alta, si un paciente, o garante, solicita ayuda financiera, se aceptará la aplicación y las acciones de cobro cesará mientras se realiza una determinación de elegibilidad. Si el solicitante está aprobado para la asistencia financiera del 100%, no se tomarán medidas adicionales para cobrar la cantidad. Si el solicitante se le niega ayuda financiera o está aprobado para el cuidado de descuento, no se toman medidas para resolver la obligación pendiente. Si la cuenta no se resuelve o arreglos para resolver la cuenta no se hacen, se llevarán a cabo acciones de cobro adicionales.

c. Las acciones de cobro pueden ser utilizados por HSHS cuando se persigue el pago de los pacientes o garantes (i) con saldos que van sin pagar por más de 120 días que no se aplican para la asistencia financiera, (ii) los pacientes o no garantes de conformidad con un acuerdo previo pago plan, o (iii) los pacientes o garantes que ya no están cooperando de buena fe para pagar el saldo restante.

d. Al menos 30 días antes de iniciar uno o más ECAs para obtener pago por la atención recibida, HSHS proporcionará un paciente o garante del paciente con un aviso por escrito que indica ayuda financiera está disponible para las personas elegibles, cómo un individuo puede solicitar ayuda financiera, y donde se puede obtener la FAP. Dicha notificación escrita identificará las ECAs que HSHS u otra parte autorizada tiene la intención de iniciar para obtener el pago para el cuidado, e indicará el plazo después de lo cual se pueden iniciar estos ECAs. La fecha límite será no antes de treinta (30) días después de la fecha en que la

notificación escrita es proporcionada al paciente o garante del paciente. Un resumen en términos sencillos de la política de asistencia financiera se incluye con el aviso HSHS también hará esfuerzos razonables para notificar a la persona por vía oral sobre HSHS FAP y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de FAP.

e. La siguiente es una lista de las ECAs HSHS o parte autorizada puede iniciar a obtener el pago de la atención prestada:

i. Informar a las agencias de informes de crédito al consumo, diferir o negar, o requerir un pago antes de proporcionar, la atención médica necesaria por falta de pago de un individuo de una o más facturas por atención proporcionada anteriormente tratadas en el Programa de Asistencia Financiera.

1. Las restricciones a diferir o negar la atención. En una situación en la que HSHS y / o el sistema local tiene la intención de diferir o negar, o requerir un pago antes de proporcionar, la atención médica necesaria por falta de pago de un individuo de una o más facturas por atención recibida previamente cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera, el paciente será proporcionado una aplicación FAP y un aviso escrito indicando que la ayuda financiera está disponible para los pacientes elegibles, e indicando la fecha límite, en su caso, después de lo cual HSHS y / o el sistema local ya no aceptar y procesar una solicitud presentada (o, en su caso, completado) por el paciente a la anteriormente- proporcionó atención al tema. Este plazo podrá ser anterior a la posterior de 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso por escrito o 240 días después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta después del alta de la atención recibida previamente.

2. Cuidado no será diferido o negado por la atención médica de emergencia y en ningún momento se HSHS intento de cobrar el pago antes de que un examen médico cualificado en el caso de atención de emergencia. Ver la política de atención médica de emergencia para obtener detalles adicionales.

ii. Siguiendo juicios legales,

iii. Derechos de retención de presentación,

iv. Adornar los salarios para cobrar los saldos pendientes.

**2. Agencias de embargo:** cada sistema local utilizará una agencia externa de buena reputación mala deuda recogida y / o abogado para el procesamiento de cuentas incobrables. Las cuentas no serán colocadas con una agencia de cobro dentro de los primeros 120 días después de la emisión de la primera declaración, después del alta, a menos que el paciente o garante paciente no está cumpliendo con un acuerdo sobre el plan de pago.

a. Y antes de acudir a una agencia de colección exterior, cada cuenta será revisada para asegurar que HSHS ha hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente o garante del paciente es elegible para la ayuda financiera. Después de esta revisión, la cuenta puede avanzar a una agencia de colección exterior. Cualquiera y todas las cuentas que se refiere a una agencia de colección cumplirán con los requisitos de asistencia financiera.

b. HSHS no permite acoso opresivo, falso, lenguaje abusivo, engaños o colecciones por sus abogados de cobro de deudas, agencias o sus agentes y empleados. HSHS no permite acoso, opresivo falsa lenguaje abusivo, engañosos o colecciones conducta de sus empleados responsables de la recogida de la deuda médica de los pacientes.

c. Todas las agencias de cobro de trabajo en nombre de HSHS tendrán lugar en un contrato escrito que especifique que sus procesos de cobro deben ajustarse a las políticas de

HSHS y cumplir con las leyes estatales y federales aplicables. Como mínimo, dicho acuerdo debe proporcionar lo siguiente:

- i. Las agencias de cobro / abogados deben seguir los procedimientos basados en el valor de HSHS en la búsqueda de estados, embargos y juicios por falta de pago de las deudas médicas.
- ii. Cualquier derecho de retención establecido en la propiedad de bienes raíces de un paciente debe ser autorizada por escrito del Presidente o delegado División.
- iii. Las agencias de cobro / abogados que trabajan en nombre de HSHS no están autorizados para fijar cuentas bancarias o los archivos adjuntos del cuerpo archivo.
- iv. Si el individuo presenta una solicitud de FAP después de la remisión de la deuda, pero antes del final del período de aplicación, el partido va a suspender las ACE.
- v. Si el individuo presenta una solicitud de FAP después de la remisión de la deuda, pero antes del final del período de aplicación y se determina que es FAP-elegibles para el cuidado, la parte que va a hacer la siguiente manera oportuna.
  1. Cumplir con los procedimientos especificados en el acuerdo que asegurarse de que la persona no paga, y no tiene ninguna obligación de pagar, el partido y las instalaciones del hospital a más de él o ella está obligado a pagar por la atención como un individuo FAP-elegibles .
  2. Si procede y si el partido (en lugar de las instalaciones del hospital), tiene la autoridad para hacerlo, todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (distintas de la venta de una deuda u otra CEPA) tomadas en contra del individuo.

d. Cuentas asignadas a una agencia de cobro de la deuda externa o mal abogado después del período de solicitud no serán elegibles para recibir asistencia financiera. HSHS considerará excepciones a esta disposición de la política sobre una base de caso por caso. Sólo el Director de Servicios Financieros del Paciente, Sistema vicepresidente del Ciclo de Ingresos o el Director de Finanzas en el sistema local o la División tiene la autoridad para conceder excepciones.

e. Una copia de la facturación HSHS aprobado y colección se dará a cada agencia de cobro de trabajar con cuentas auto-pago HSHS para asegurar el cumplimiento de la política. Un acuse de recibo firmado de la recepción de la política y el acuerdo de hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir con la política se mantiene en el archivo por HSHS.

f. Agencias de cobro de terceros que trabajan en nombre de HSHS serán supervisados regularmente para asegurar que ellos están de acuerdo con esta política. Este seguimiento se llevará a cabo a través de auditorías periódicas de los terceros registros de la agencia de cobro parte de las interacciones de los pacientes.

**1. Informe de Crédito:** HSHS no autorizar a sus agencias de cobro reportar información sobre cuentas de los pacientes a las agencias de informes de crédito de consumo. En ciertos casos, la acción legal puede ser utilizada por HSHS, o sus agencias de cobro, para recoger los saldos de auto-pago del paciente. Una agencia de cobro no puede iniciar acciones legales por falta de pago de una factura HSHS contra un paciente, o garante del paciente, o buscar el juicio hasta después de 120 días a partir de la primera declaración post-descarga. Si se obtiene sentencia judicial, las siguientes acciones pueden ser utilizados: los embargos de salarios, embargos de propiedad y derechos de retención sobre pagos de seguros relacionados con el costo de los servicios proporcionados por HSHS para las cuales hay un saldo pendiente.



**2. Acciones legales:** HSHS será consultado antes de continuar con las acciones legales. Todas las cuentas serán revisadas en una base de caso por caso, y tendrán en cuenta la situación del paciente o del garante paciente. Gestión HSHS revisará toda la actividad de recolección correspondiente para asegurar que todos los intentos de recolección voluntaria han tenido lugar, y la cuenta cumple los requisitos de un litigio.

**3. Gravámenes sobre Inmuebles de pacientes fallecidos**

a. Los pacientes con fallecidos hay un cónyuge sobreviviente: HSHS puede trabar un embargo sobre una finca de un paciente fallecido, si el paciente no tiene cónyuge sobreviviente.

b. Fallecido Los pacientes con un cónyuge sobreviviente: El cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido, con billetes HSHS pendientes, se supone que es responsable del pago de las obligaciones previstas HSHS no ha recibido un contrato de bienes matrimoniales del paciente exclusión voluntaria de la propiedad conyugal antes de la atención fue dado.

4. Esta política deberá ser supervisada por el Administrador de cuentas de paciente (u otro colega designado por el Sistema Local CFO, CFO de División o Sistema vicepresidente de Ingresos Ciclo). Él o ella será responsable de la administración de las directrices, asegurando que el pago planes cumplen con los requisitos de esta norma y de notificarle al paciente y / o garante de la determinación final. La desviación de la norma será a discreción del Gerente / Director de la oficina de negocios instalación local.

5. Se proporcionará capacitación al personal de participar en interacciones de recogida. El personal responsable de la recogida de las cuentas de auto-pago recibirán capacitación en servicio al cliente, cuenta la capacidad de negociación / resolución y de colección. Formación se centrará en las políticas de facturación HSHS / colección y su compromiso de tratar a todos los pacientes con compasión y dignidad. La formación revisará guiones de cobro y otra información necesaria para informar a los pacientes de manera efectiva de las políticas HSHS.

6. La confidencialidad de la información se mantendrá para todos los pacientes como es requerido por las políticas HSHS y las leyes federales y estatales. La información recopilada en la determinación de los planes de pago o de las acciones de cobro se mantendrá en la cuenta del paciente o archivos bloqueados o hasta destruidos de conformidad con las políticas y HSHS leyes federales y estatales de retención de documentos.

7. Otras circunstancias pueden mostrar de manera convincente que el pago total de los gastos médicos pendientes podría causar graves dificultades sociales y / o financiera para el paciente o la familia. Estas circunstancias pueden justificar una excepcional reducción de la ayuda financiera a ser considerados en una base de caso por caso.

8. Las directrices anteriores se exponen en el establecimiento de la Política de Facturación y Cobro. HSHS puede modificar estas directrices en cualquier momento compatible con la legislación existente. HSHS se reserva el derecho de aprobar o rechazar un acuerdo de plan de pago a su discreción. En la aplicación de esta política, la gestión HSHS deberá cumplir con todos los demás, el estado y las leyes locales, reglas y regulaciones federales que pueden aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política de Facturación y Recaudación.

9. Información sobre la facturación y HSHS Directiva de recopilación será puesto a disposición de los pacientes y la comunidad servida por HSHS a través de una variedad de fuentes. Por favor, véase el Apéndice B para obtener detalles adicionales.

Autor:

Vicepresidente, Ciclo de Ingresos

Líder Responsable:

Director financiero de la aprobación administrativa:

Presidente y CEO

## ANEXO A

nivel de descuento (partir de julio de 2017) y

descuento sin seguro: HSHS proporcionará un descuento sin seguro en el momento en que los cargadores no descontados son prestados. Este descuento se aplicará a las cuentas de los pacientes que no tienen cobertura para el pago del seguro de salud y / u otros terceros pagadores.

Instalaciones Illinois HSHS ofrecerán los siguientes descuentos a los pacientes sin seguro. División Central Illinois ofrecerá un descuento del 35%. División del Sur de Illinois ofrecerá un descuento del 35%.

Instalaciones de Wisconsin HSHS ofrecerán los siguientes descuentos a los pacientes sin seguro: División del Este de Wisconsin ofrecerá un descuento del 50%. División de Wisconsin occidental ofrecerá un descuento del 25%.

## B APÉNDICE

### ACCESO PÚBLICO Apolítica

Se pondrá a disposición de los pacientes y las comunidades atendidas por HSHS a través de una variedad de fuentes de información sobre las hermanas del hospital Sistema de Salud de Facturación y Directiva de recopilación y el Hospital de hermanas Política Programa de Asistencia Financiera del Sistema de Salud.

1. Pacientes y garantes pueden solicitar copias de la Política de facturación y colección u otras políticas de Servicios Financieros del Paciente por correo o por teléfono utilizando la información de contacto que aparece a continuación.

Wisconsin

del Este de Wisconsin

HSHS St. Mary's Hospital - Green Bay, WI

HSHS St. Vincent Hospital - Green Bay, WI

HSHS St. Nicholas Hospital - Sheboygan, WI

HSHS St. Clare Hospital - Oconto Falls, WI

Todo este Wisconsin correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services

Attention: Financial Assistance Program

PO Box 13508  
Green Bay, WI 54307  
Local - (920) 433-8122  
Toll Free - (800) 211-2209  
Fax - (920) 431-3161

occidental Wisconsin  
HSHS St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, WI  
HSHS Sacred Heart Hospital - Eau Claire, WI

Todo el oeste de Wisconsin correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services  
Attention: Financial Assistance Program  
900 West Clairemont Avenue  
Eau Claire, WI 54701  
Local - (715) 717-4141  
Toll Free - (888) 445-4554  
Fax - (715) 717-4032

#### ILLINOIS

Illinois central  
HSHS St. John's Hospital - Springfield, IL  
HSHS St. Francis' Hospital - Litchfield, IL  
HSHS St. Mary's Hospital - Decatur, IL  
HSHS Good Shepherd Hospital - Shelbyville, IL

Todo Illinois Central correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services  
Attention: Financial Assistance Program  
2342 South MacArthur Blvd.  
Springfield, IL 62704  
Local - (217) 525-5615  
Toll Free - (888) 477-4221

#### Southern Illinois

HSHS St. Elizabeth's Hospital - Belleville, IL  
HSHS St. Joseph's Hospital - Highland, IL  
HSHS St. Anthony's Hospital - Effingham, IL  
HSHS St. Joseph's Hospital - Breese, IL  
HSHS Holy Family Hospital, Greenville, IL

Todo Southern Illinois correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección:

Patient Financial Services  
Attention: Financial Assistance Program  
211 South Third Street  
Belleville, IL 62220  
Local - (618) 234-8600

2. pacientes y garantes pueden conectarse a nuestro sitio web para más información sobre esta y otras directivas de Servicios financieros del Paciente:

#### Eastern Wisconsin Division

- HSHS St. Mary's Hospital Medical Center:  
<https://stmgb.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance-Community-Care-Program.aspx>
- HSHS St. Vincent Hospital  
<https://www.stvincenthospital.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance-Community-Care-Program.aspx>
- HSHS St. Clare Hospital  
<https://www.stclarememorial.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance-Community-Care-Program.aspx>
- HSHS St. Nicholas Hospital  
<https://www.stnicholashospital.org/Patient-Guest/HSBS-EWD-Patient-Financial-Services/HSBS-Financial-Assistance-Community-Care-Program.aspx>

#### Western Wisconsin Division

- HSHS Sacred Heart Hospital  
<https://www.sacredhearteauclaire.org/Hospital-Information/About/Community-Care-Program>
- HSHS St. Joseph's Hospital <http://www.stjoeschipfalls.com/Patients-Guests/Financial-Assistance>

#### Central Illinois Division

- HSHS Good Shepherd Hospital  
<https://hshsgoodshepherd.org/Patients-and-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance>
- HSHS St. Francis Hospital  
<http://www.stfrancis-litchfield.org/Patient-Guest/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance.aspx>
- HSHS St. John's Hospital  
<https://www.st-johns.org/Patients-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance.aspx>
- HSHS St. Mary's Hospital  
<https://www.stmarysdecatur.com/Patient-Guest/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance.aspx>

#### Southern Illinois Division

- HSHS Holy Family Hospital <http://www.hshsholyfamily.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>
- HSHS St. Anthony's Hospital <https://www.stanthonyshospital.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>
- HSHS St. Elizabeth's Hospital <http://www.steliz.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>

- HSHS St. Joseph's Hospital – Breese <http://www.stjoebreese.com/Patient-Guest/Financial-Assistance>
- HSHS St. Joseph's Hospital – Highland <http://www.stjosephshighland.org/Patient-Guest/Financial-Assistance>

3. Pacientes y garantes pueden solicitar copias de la Política de Facturación y Cobro en persona en el cualquiera de los Ministerios del sistema. Las solicitudes están disponibles en el acceso de los pacientes, registro, admisión y áreas al servicio de urgencias o hablando con un colega HSHS para obtener ayuda.