

SISTEMA: Hospital Sisters Health System	MANUAL (S): Manual ejecutivo
TÍTULO: Política de facturación y cobro	DEPARTAMENTO DE ORIGEN : Ciclo de ingresos
FECHA DE VIGENCIA : 14 de diciembre de 2020	FECHA (S) DE REVISIÓN : 2/1/2021
SUPERCEDES: 25/6/20, 1/10/17	
<p>* A medida requerida por CMS Regulación §482.12 A-0043 Condiciones de participación: Consejo de Administración, los siguientes hospitales y entidades se incluyen como HSHS entidades: ILLINOIS: (1) HSHS St. John's Hospital - Springfield (2) HSHS St. Mary's Hospital - Decatur, (3) HSHS St. Francis Hospital - Litchfield, (4) HSHS Good Shepherd Hospital - Shelbyville, (5) HSHS St. Anthony's Memorial Hospital - Effingham, (6) HSHS St. Joseph's Hospital - Highland, (7) HSHS St. Joseph's Hospital - Breese, (8) HSHS St. Elizabeth's Hospital - O'Fallon, (9) HSHS Holy Family Hospital - Greenville , (10) HSHS Physician Enterprise (HSHS Medical Group - Illinois, Prairie Cardiovascular Consultants). WISCONSIN: (1) HSHS St. Vincent Hospital - Green Bay, (2) HSHS St. Mary's Hospital Medical Center - Green Bay, (3) HSHS St. Clare Memorial Hospital - Oconto Falls, (4) HSHS St. Nicholas Hospital - Sheboygan, (5) HSHS Sacred Heart Hospital - Eau Claire, (6) HSHS St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, (7) HME Home Medical, (8) Libertas Treatment Center - Green Bay y Marinette, (9) HSHS Physician Enterprise (Grupo Médico HSHS - Wisconsin).</p>	

I. P OLÍTICA:

Hospital Sisters Health System (HSHS) y la misión y los valores de cada sistema local afiliado alientan a llegar a las personas en las comunidades a las que servimos para brindar atención a todas las personas, incluidas las personas y familias con limitaciones financieras. Estamos comprometidos a brindar opciones razonables para satisfacer las obligaciones financieras utilizando las ofertas de servicios de HSHS .

Los pacientes que reciben servicios a través de una HSHS afiliados locales sistema se espera que contribuya a la costo de su atención en función de su capacidad individual de pago. HSHS estableció las disposiciones de esta política de facturación y cobranza para satisfacer las necesidades financieras de la organización y las de nuestros pacientes.

II. OSE PURP :

La política de facturación y cobro describe el proceso para resolver las obligaciones de saldo del paciente. Esta política establece además pautas para garantizar que todos los pacientes sean tratados de manera justa y se realicen esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera antes de emprender determinadas acciones de cobranza. Esta política no ofrece una disposición para la asistencia a pacientes con medios suficientes que se niegan a pagar los servicios médicos que se les prestan a ellos oa sus familiares. Cualquier información recopilada por HSHS durante este proceso está sujeta a las políticas de HSHS sobre protección de información confidencial. HSHS no discriminará por edad, sexo, raza, afiliación religiosa, discapacidad, origen nacional o estado migratorio .

La política está destinada a satisfacer Estado aplicable y los requisitos federales, incluyendo el Illinois hospital sin seguro Ley de descuento por paciente y el área de instrucciones 501 (r) del

Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada, y los reglamentos que hay debajo, y la Federal Paciente Protección y Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

III. S COPE:

Esta política se aplica a todos los hospitales *, organizaciones de médicos y entidades operativas de HSHS, incluidos sus empleados, agentes y personal médico , así como a los médicos empleados de un grupo médico de HSHS .

IV. D DEFINICIONES:

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

A. **Mala deuda** : Un paciente obligación de auto-pago que va sin pagar por más de 120 días después de HSHS ha establecido la responsabilidad financiera y enviado el primer estado de cuenta, tras el alta al paciente, o garante del paciente, o se ofrecen no en conformidad con un acuerdo sobre plan de pago .

B. **Caridad o asistencia financiera** : el ajuste de los cargos por servicios médicos gratuitos o con descuento proporcionados a personas que cumplen con ciertos criterios financieros. Consulte la Política de asistencia financiera para obtener más información sobre los criterios de calificación y el proceso de solicitud .

C. **Colega o Delegado** : Empleados o contratistas de HSHS que ayudarán a los pacientes con el proceso para solicitar asistencia 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 enmendado de tiempo a tiempo, y las relacionadas Tesoro Reglamentos relativos a asistencia, las limitaciones sobre los cargos, y de facturación y actividades .

E. **Servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios**: Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencias ; Salud para el cuidado de servicios para una condición de la cual, si no se demora tratado sería dar lugar a una adversa cambio en la salud de estado de un individuo; No electivos servicios proporcionados en respuesta a potencialmente mortales circunstancias en un ajuste de la sala no sea de emergencia; y otros servicios médicamente necesarios, todos evaluados caso por caso únicamente a discreción de HSHS para los fines de la aplicación de este Programa de asistencia financiera .

F. **Acciones de cobranza extraordinarias o "ECA"** : Para los propósitos de esta política de facturación y cobranza, las ECA son aquellas actividades identificadas bajo los Requisitos de la Sección 501 (r) del Código , que pueden incluir:

1. Vender la deuda de un individuo a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a ciertas restricciones según lo dispuesto en los Requisitos de la Sección 501 (r) del Código .
2. Informar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes crediticios del consumidor u oficinas de crédito.
3. Aplazar, denegar o exigir un pago antes de brindar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de una persona de una o más facturas por la atención brindada anteriormente cubierta por 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** : definida por la Oficina del Censo como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta de conformidad con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, entonces puede ser considerado dependiente a los efectos de la prestación de asistencia financiera.

H. **Ingreso familiar** : El ingreso es el total de recibos de efectivo anuales de todas las fuentes, antes de impuestos, menos los pagos realizados por manutención infantil que incluye, pero no se limita a; sueldos y salarios antes de deducciones, propinas, recibos netos de ingresos de trabajo por cuenta propia no agrícola, recibos netos de trabajo por cuenta propia agrícola, pagos de seguridad social, jubilación ferroviaria , compensación por desempleo, beneficios de compensación para trabajadores, pagos de veteranos, pagos de asistencia pública , seguridad suplementaria ingresos, los ingresos de discapacidad del Seguro Social, pensión alimenticia, pensiones militares, las pensiones privadas, pensiones del gobierno, pagos de la anualidad, subvenciones, becas, dividendos, intereses, neto de alquiler de ingresos, los pagos netos, el juego o la lotería ganancias netas, la asistencia de fuera del hogar y otra miscelánea fuentes. No son en efectivo beneficios (tales como alimentos sellos, vivienda subsidios y niño de apoyo) no cuentan como ingresos.

I. **Garante**: una persona que puede ser o no el paciente responsable del pago de la factura del paciente . El garante puede ser el paciente, un padre, un tutor legal u otra persona obligada financieramente por ley por el saldo adeudado en la cuenta. Cualquier referencia a "paciente" en esta política significará el paciente y / o el Garante.

J. **Servicios de atención médica : servicios** médicos proporcionados a la persona dentro del entorno del HSHS, incluidos, entre otros , servicios de diagnóstico médico, terapéuticos, quirúrgicos y de apoyo crónico, así como alojamiento y comida; inclusiva de uso de equipos, suministros, y servicios profesionales (con exclusión de los no-HSHS médicos).

K. **Ley de descuentos para pacientes sin seguro médico de los hospitales de Illinois** : Una ley de Illinois que requiere que los hospitales de Illinois ofrezcan a los pacientes sin seguro 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. **Servicios médicamente necesarios : servicios de atención médica** para una afección que, si no se trata con prontitud, provocaría un cambio adverso en el estado de salud de una persona; Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencias ; Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno de sala que no es de emergencia ; y médicamente necesarios servicios, evaluadas en un caso por caso base en HSHS de discreción.

M. **Plan de pago**: un plan de pago acordado por HSHS y un paciente, o el garante del paciente, para gastos de bolsillo . El plan

de pago deberá considerar las circunstancias financieras del paciente , el monto adeudado y cualquier pago anterior .

N. **Declaración** : Una comunicación enviada a la paciente por correo, correo electrónico, o el paciente portal de la descripción de los servicios recibidos y los saldos adeudados.

O. **Pagador externo** : cualquier agente o entidad financiera, como una compañía de seguros, HMO, plan de beneficios para empleados o pagador gubernamental, con una obligación legalmente exigible de pagar los servicios facturados a un paciente por HSHS. Las partes responsables , según se definen en este documento, no se consideran terceros pagadores.

P. **Seguro insuficiente** : Un individuo, con privado o público de seguro de cobertura, para los cuales se puede ser una financiera dificultades de pago en plena los esperados fuera de su bolsillo los gastos para los médicos los servicios prestados por HSHS.

Q. **No asegurado**: una persona, sin cobertura de terceros proporcionada a través de una aseguradora comercial de terceros, un plan ERISA, un programa federal de atención médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación laboral u otro tercero asistencia disponible para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente .

R. **Descuento para personas sin seguro** : los pacientes sin cobertura de terceros recibirán un descuento para personas sin seguro, por los servicios elegibles proporcionados por HSHS bajo esta póliza, en el momento en que se realicen los cargos sin descuento . HSHS hará que este descuento se aplique automáticamente a los saldos de los pacientes no asegurados en el momento de la facturación. Los montos de descuento actuales están disponibles en el Apéndice A de esta política. El porcentaje de descuento está sujeto a cambios según una revisión anual de los datos históricos de reclamaciones .

V. BILLING Y COLECCIONES DE PROCESOS

1. **Validación de la responsabilidad financiera del paciente** : HSHS tomará medidas razonables para validar las obligaciones de pago del paciente . Las acciones se pueden tomarse para identificar los terceros pagadores para ayudar a los pacientes en la resolución de sus facturas y HSHS se buscará el pago de todos los conocidos de terceros pagadores en orden a ayudar a los pacientes en la resolución de sus facturas. Se buscará la presentación oportuna y adecuada de los procedimientos de reclamación de terceros pagadores para garantizar la adjudicación adecuada de la reclamación. Si es necesario y factible, HSHS será trabajar con los pacientes para ayudar a ellos en la resolución de los seguros de reclamación de pago cuestiones.
2. **Resolución de los saldos de los pacientes** : una vez que se haya determinado la responsabilidad financiera de un paciente o de los garantes del paciente , HSHS:
 - una. Informar al paciente, o al garante del paciente, de las distintas opciones para resolver el saldo. 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 auto-pago saldos, incluyendo pago planos, largos de pago planes y / o financiera ayuda.
 - B. Ofrezca al paciente o al garante del paciente un plan de pago. Si el paciente o el garante del paciente no puede pagar el saldo en su totalidad, el paciente puede solicitar un plan de pago. Consulte los elementos 4 a continuación para obtener más detalles y parámetros del plan de pago .
 - C. Ofrezca al paciente o al garante del paciente un plan de pago extendido . Si el paciente o la del paciente garante no puede pagar el saldo completo la utilización de un plan de pagos, un plan de pago extendido a través de

Comercio Banco podrá ser utilizado. Consulte el elemento 6 a continuación para obtener más detalles.

D. Ofrezca la política de asistencia financiera, la solicitud de asistencia financiera y / o el resumen en lenguaje sencillo. Se harán esfuerzos razonables para informar a los pacientes, o a los garantes del paciente, sobre la política de asistencia financiera de HSHS y se les proporcionará información sobre cómo presentar una solicitud de asistencia financiera.

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

una. Los cargos por dichos servicios;

B. La cantidad que debe pagar el paciente o el garante;

C. Un aviso por escrito conspicua que avisa 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 la dirección del sitio web directa en que las copias de los documentos, incluyendo la Solicitud de Asistencia Financiera, pueden ser obtenidos;

D. Al menos uno de los estados de cuenta enviados por correo o por correo electrónico incluirá un aviso por escrito que informa al paciente o al garante de las ECA que se pueden tomar si el paciente o el garante no solicita asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera o

no paga el monto adeudado por la facturación. plazo. Un sencillo lenguaje Resumen de la ayuda financiera política se deba aportarse cualquier ECAs tomarse.

4. **Planes de pago:** los pacientes, o sus garantes, también recibirán información sobre los planes de pago. Para los pacientes que no pueden pagar el saldo adeudado dentro de los treinta (30) días, los planes de pago sin intereses pueden extenderse por hasta nueve (9) meses según el saldo de la cuenta. Los arreglos para dichos planes de pago deben hacerse con el Servicio al Cliente de HSHS. Si el paciente, o el garante del paciente, no hace los arreglos de pago o si el paciente o el garante del paciente no cumple con los arreglos de pago, la cuenta puede ser remitida a una agencia de cobranza externa.

una. Los planes de pago están disponibles para los pacientes, o sus garantes, que califican para menos del 100% de asistencia financiera, pero no pueden pagar el saldo en su totalidad. Estos planes de pago estarán sujetos a las mismas reglas aplicables a los pacientes o garantes que no califiquen para ninguna asistencia financiera.

B. Si el saldo de la cuenta es inferior a \$ 500,00, se pueden ofrecer planes de pago hasta por 5 meses.

C. Si el saldo de la cuenta es superior a \$ 500,00, se pueden ofrecer planes de pago hasta por 9 meses.

D. Si una cuenta no se puede pagar en su totalidad dentro de los 9 meses, el paciente será referido a Commerce Bank para un plan de pago extendido. Consulte el artículo 5 a continuación.

mi. Si un paciente HSHS con un plan de pago existente posteriormente recibe servicios a HSHS e incurre en saldos adicionales de auto-pago, los del paciente, o plan de pago

actual del paciente de garante podrán ser revisados a la cuenta para los cargos adicionales.

5. **Los planes de pago extendidos (mayores de 9 meses)** : Los pacientes o sus garantes que necesitan financiación más allá del permitido de 9 meses el pago del plan se pueden referidos a Comercio Banco. Todos los pacientes y sus garantes se clasificarán automáticamente para la financiación extendida a través de nuestra asociación con el Banco de Comercio. Commerce Bank ofrece financiamiento sin intereses por hasta 60 meses / 5 años, dependiendo del saldo del paciente .
6. **Financiera Asistencia** : Financiero ayuda información se puede 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 una llanura lenguaje Resumen de la FAP se ser disponible en HSHS' sistema de página web. Papel copias de esta información serán estar disponibles bajo petición y liberar de carga.
7. **contendientes Bills** : HSHS será informar a los pacientes de la proceso mediante el cual se pueden cuestionar o disputa facturas. Las disputas se dirigirán al departamento de Servicios Financieros para Pacientes de HSHS. Se incluirá un número de teléfono gratuito para las disputas en todos los estados de cuenta mensuales de los pacientes y los avisos de cobranza enviados por HSHS. El Cliente Financiero Servicios departamento va a responder a las preguntas hechas por los pacientes dentro de los 30 negocios días después de la recepción de la disputa. Para una controversia que requiere más investigación, todos de recogida de acciones cesar hasta que una última decisión ha sido dictada en la disputa cantidad.

VI. E Xtraordinary RECOGIDA DE ACCIONES TOMADAS EN CASO DE IMPAGO

1. **Mala deuda Collection acciones** : No se cuenta van a ser sujetas a malas deudas de recogida de acciones, o ECA, dentro de los 120 días de la primera declaración después de la descarga antes de HSHS ha hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para la ayuda financiera. Este plazo de 120 días puede abreviarse si se ha tomado una determinación sobre la asistencia financiera, si el paciente o el garante ha establecido y acordado un plan de pago, o si el paciente o el 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 la documentación que muestra que él o ella se ha aplicado para la 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. Todas las demás cuentas estarían sujetas a cotización en una agencia de cobranza externa.

una. Antes de enviar la cuenta de un paciente a una agencia de colección HSHS hará esfuerzos razonables para proporcionar información sobre financiera asistencia y se envíe un mínimo de tres (3) e escritos declaraciones a la paciente o garante. Cada declaración se incluirá conspicua notificación de la HSHS financiera asistencia política, teléfono número al que llamar para pedir ayuda, y la dirección web directa. Si todos los esfuerzos para comunicarse con el paciente o el garante del paciente no tienen éxito y no se encuentra una dirección correcta para el correo que no se puede entregar, las cuentas se enviarán a una agencia de cobranza .

B. Dentro de los 240 días a partir de la primera declaración después del alta, si un paciente, o garante, se aplica a financiera la asistencia, la aplicación va a ser aceptada, y la recolección de las acciones será cesar mientras una elegibilidad se está haciendo

determinación. Si al solicitante se le aprueba el 100% de asistencia financiera, no se tomarán más acciones para cobrar el monto. Si al solicitante se le niega la asistencia financiera o se aprueba la atención con descuento, se tomarán las medidas necesarias para resolver la obligación pendiente. Si la cuenta no se resuelve o arreglos para resolver la cuenta son no hecho, adicionales de recolección de acciones se pueden perseguirse.

- C. Las acciones de cobro pueden ser utilizados por HSHS cuando se persigue el pago de los pacientes o garantes (i) con saldos debido que ir sin pagar por más de 120 días que no se aplican para financiera asistencia, (ii) los pacientes o no garantes en conformidad con un acuerdo sobre el pago plan, o (iii) pacientes o garantes que ya no cooperan de buena fe para liquidar el saldo restante .
- D. Al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago por la atención brindada, HSHS proporcionará al paciente o al garante del paciente un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles, cómo una persona puede solicitar asistencia financiera y donde se puede obtener la FAP . Dicho aviso por escrito identificará las ECA que HSHS u otra parte autorizada tiene la intención de iniciar para obtener el pago por la atención e indicará la fecha límite después de la cual se pueden iniciar dichas ECA. La fecha límite no será anterior a treinta (30) días después de la fecha en que se proporcione la notificación por escrito al paciente o al garante del paciente. Se incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera con el aviso. HSHS también hará esfuerzos razonables para notificar oralmente a la persona sobre HSHS FAP y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de FAP.
- mi. La siguiente es una lista de ECA HSHS, o la parte autorizada que puede iniciar para obtener el pago por la atención brindada:
- I. Informar a las agencias de informes crediticios del consumidor,
Aplazar, denegar o exigir un pago antes de brindar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de una persona de una o más facturas por la atención brindada anteriormente cubierta por el Programa de asistencia financiera .
 1. Restricciones para aplazar o negar la atención . En una situación en la que HSHS y / o el sistema local pretenden aplazar o denegar, o exigir un pago antes de brindar, la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por atención brindada anteriormente cubierta por el Programa de asistencia financiera, el paciente se le proporcionará una solicitud de FAP y un aviso por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles y que indique la fecha límite, si corresponde, después de la cual HSHS y / o el sistema local ya no aceptarán ni procesarán una solicitud enviada (o, si corresponde , completado) por el paciente para la atención brindada anteriormente en cuestión. Este plazo deberá ser no antes de la tarde de 30 días después de la fecha en que el escrito aviso se proporciona o 240 días después de la fecha en que el primer estado de cuenta después de la descarga para el proporcionado anteriormente la atención se proporciona.
 2. La atención no se aplazará ni negará para la atención médica de emergencia y en ningún momento HSHS intentará cobrar el pago antes de un examen médico calificado en caso de atención de emergencia. Consulte la Política de atención médica de emergencia para obtener detalles adicionales .
 - ii. Perseguir juicios legales ,
 - iii. Presentación de gravámenes,
 - iv. Adornar los salarios a recoger en pendientes saldos.

2. **Colección Agencias** : Cada local sistema se utilice una buena reputación externa mala deuda colección de la agencia y / o abogado para el procesamiento de cuentas incobrables. Las cuentas no serán colocados con una agencia de cobro dentro de los primeros 120 días después de la emisión de la primera, después de la descarga de la declaración, a menos que el paciente o la paciente garante es no cumpliendo con un acuerdo en al pago del plan.

una. Con anterioridad a la remisión a un fuera de colección agencia, cada cuenta se puede revisado para garantizar que HSHS ha hecho o razonables esfuerzos para determinar si el paciente o del paciente garante es elegible para la financiera ayuda. Después de esta revisión, la cuenta puede avanzar a una agencia de cobranza externa. Cualquier y todas las cuentas se refiere a una colección de la agencia va a cumplir con los financieros de asistencia requisitos. Cuentas de los cuales se enumeran con una agencia de colección se mantendrá hasta que el equilibrio se resuelva o hasta dos (2) años de inactividad.

B. HSHS hace no permitir acosador, abusivo, opresivo, falsa, engañosa o engañosa idioma o colecciones llevan a cabo por sus abogados de cobro de deudas, agencias o sus agentes y empleados. HSHS no permite el lenguaje acosador, abusivo, opresivo, falso, engañoso o engañoso o conducta de cobranza por parte de sus empleados responsables de cobrar la deuda médica de los pacientes.

C. Todos recolección de las agencias que trabajan en nombre de HSHS se tienen en lugar de un escrito contrato que se especifique que su recolección de los procesos deberán ajustarse a las políticas de HSHS y cumplir con las aplicables estatales y federales leyes. Como mínimo, como un acuerdo debe proporcionar la siguiente:

I. Las agencias de cobranza / abogados deben seguir los procedimientos basados en valores de HSHS en la búsqueda de herencias, embargos y juicios por falta de pago de deudas médicas .

ii. Cualquier gravamen colocado sobre la propiedad inmobiliaria de un paciente debe ser autorizado por escrito por el Presidente de la División o el delegado.

iii. Las agencias de cobranza / abogados que trabajan en nombre de HSHS NO están autorizados a adjuntar cuentas bancarias o archivos adjuntos del cuerpo .

iv. Si los somete una aplicación individuales FAP después de la remisión de la deuda, pero antes de que finalice el período de solicitud, la parte que va a suspender las ACE.

v. Si los somete una aplicación individuales FAP después de la remisión de la deuda, pero antes del final de la aplicación periodo y se determina a ser FAP-elegibles para el cuidado, el partido va a hacer el siguiente en una manera oportuna.

1. Cumplir con los procedimientos especificados en el acuerdo que aseguran que la persona no paga, y no tiene la obligación de pagar, a la parte y al centro hospitalario juntos más de lo que él o ella deben pagar por la atención como persona elegible para la FAP. .

2. Si corresponde y si la parte (en lugar de la instalación hospitalaria) tiene la autoridad para hacerlo, tome todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (que no sea la venta de una deuda u otra ECA) tomada contra el individuo.

- D. Cuentas asignadas a una externa mala deuda colección agencia o abogado después de la aplicación Período serán no ser elegible para recibir asistencia financiera. HSHS considerará excepciones a esta disposición de la política caso por caso. Sólo el Director de Servicios Financieros del Paciente, vicepresidente Sistema de Ingresos del ciclo o el Jefe Financiero Oficial en el local de sistema o de la División tiene la autoridad para conceder excepciones.
- mi. Una copia de la aprobación HSHS facturación y colección deberá ser dada a cada colección de la agencia de trabajo con HSHS auto-pago de cuentas para asegurar el cumplimiento de la política.
- F. Las agencias de cobranza de terceros que trabajan en nombre de HSHS serán monitoreadas regularmente para asegurar que sigan esta política. Este monitoreo se llevará a cabo a través de auditorías periódicas de los registros de la agencia de cobranza de terceros sobre las interacciones de los pacientes.
- 1. Informes de crédito:** HSHS autoriza a sus agencias de cobranza a reportar información sobre las cuentas de los pacientes a las agencias de informes de crédito del consumidor. En ciertos casos, HSHS o sus agencias de cobranza pueden utilizar acciones legales para cobrar los saldos de pago por cuenta propia del paciente. Una agencia de cobranza no puede iniciar una acción legal por falta de pago de una factura de HSHS contra un paciente o el garante del paciente, ni buscar un juicio hasta después de 120 días desde la primera declaración posterior al alta. Si se obtiene sentencia judicial, las siguientes acciones pueden ser utilizados: los embargos de salarios, de propiedad gravámenes, y gravámenes sobre seguros asentamientos asociados con el costo de los servicios proporcionado por HSHS para el que existe es un excelente equilibrio.
 - 2. Acciones legales :** Se consultará a HSHS antes de emprender acciones legales. Todas las cuentas serán revisadas en un caso- por caso base y van a tomar en consideración el paciente o la paciente de garante situación. HSHS gestión va a revisar 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. LIENs en Estates de pacientes fallecidos**
 - una. Pacientes fallecidos sin cónyuge sobreviviente: HSHS puede colocar un gravamen sobre el patrimonio de un paciente fallecido, si ese paciente no tiene cónyuge sobreviviente .
 - B. Pacientes fallecidos con un cónyuge sobreviviente : Se supone que el cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido , con facturas pendientes de HSHS, es responsable del pago de esas obligaciones siempre que HSHS no haya recibido un Acuerdo de propiedad conyugal del paciente que opta por no tener propiedad conyugal antes de la atención fue proporcionado.
 - Esta política será supervisada por el Gerente de Cuentas del Paciente (u otro colega designado por el CFO del Sistema Local, el CFO de la División o el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos del Sistema). Él o ella será responsable de administrar las pautas, asegurar que los planes de pago cumplan con los requisitos de esta política y notificar al paciente y / o al garante de la determinación final. La desviación del estándar quedará a discreción del Gerente / Director de la oficina comercial de la instalación local.
 - Se proporcionará capacitación al personal que participe en interacciones de cobranza. El personal responsable de cobrar las cuentas de pago propio recibirá capacitación sobre servicio al cliente, negociación / resolución de cuentas y habilidades de cobranza. La capacitación se centrará en las políticas de facturación / cobranza de HSHS y su compromiso de tratar a todos los pacientes con compasión y dignidad. La capacitación revisará los guiones de recolección

y otra información requerida para informar efectivamente a los pacientes sobre las políticas de HSHS .

6. Se mantendrá la confidencialidad de la información para todos los pacientes según lo requieran las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales. La información recopilada en la determinación de planes de pago o para acciones de cobranza se mantendrá en la cuenta del paciente o archivos bloqueados o hasta que se destruya de acuerdo con las políticas de HSHS y las leyes federales y estatales de retención de documentos .

7. Otras circunstancias pueden demostrar de manera convincente que el pago total de los gastos médicos pendientes podría causar graves dificultades sociales y / o financieras al paciente o al hogar. Estas circunstancias pueden justificar una reducción excepcional de la asistencia financiera que se considerará caso por caso .

8. Las pautas anteriores se establecen al establecer la Política de facturación y cobranza. HSHS puede modificar estas pautas en cualquier momento de acuerdo con la ley existente. HSHS se reserva el derecho de aprobar o rechazar un acuerdo de plan de pago a su discreción. Al implementar esta Política, la gerencia de HSHS deberá cumplir con todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta Política de facturación y cobranza.

9. La información sobre la Política de facturación y cobro de HSHS se pondrá a disposición de los pacientes y la comunidad atendida por HSHS a través de una variedad de fuentes. Consulte el Apéndice B para obtener detalles adicionales .

ORIGINADOR: Kayla Boyd

Director de Sistema , Integridad y Cumplimiento de Ingresos

LÍDER RESPONSABLE : Mike Cottrell

Jefe Financiero Oficial

APROBACIÓN ADMINSTRATIVA : Mary Starmann-Harrison

Presidente y director ejecutivo

APÉNDICE A
NIVEL
DE DESCUENTO (A partir
de julio de 2017)

Descuento para personas sin seguro: HSHS proporcionará un descuento para personas sin seguro en el momento en que se entreguen los cargadores sin descuento. Este descuento se aplicará a las cuentas de los pacientes que no tengan cobertura para el pago del seguro médico y / u otros terceros pagadores.

Illinois HSHS instalaciones se ofrecen los siguientes descuentos a no asegurados pacientes.

La División Central de Illinois ofrecerá un 35% de descuento. El sur de Illinois, División le ofrecerá un 35% de descuento.

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

El oeste de Wisconsin División le ofrecerá un 25% de descuento.

APÉNDICE B
ACCESO PÚBLICO A LA
POLÍTICA

La información sobre las hermanas del hospital Sistema de Salud de Facturación y Directiva de recopilación y el Hospital de hermanas Salud Sistema Financiero de Asistencia Programa de Política se puede hacer disponible a los pacientes y las comunidades atendidas por HSHS a través de una variedad de fuentes.

1. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias de la Política de facturación y cobro u otras políticas de Servicios financieros para pacientes por correo o por teléfono utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

<p><u>Wisconsin del este</u> St. Mary's Hospital - Green Bay, WI St. Vincent Hospital - Green Bay, WI St. Nicholas Hospital - Sheboygan, WI St. Clare Hospital - Oconto Falls, WI</p> <p>Toda la correspondencia del este de Wisconsin debe enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Servicios financieros para pacientes Atención: Programa de asistencia financiera PO Box 13508 Green Bay, WI 54307</p> <p>Local - (920) 433-8122 Número gratuito - (800) 211-2209 Fax : (920) 431-3161</p>	<p>Illinois St. John's Hospital - Springfield, IL St. Francis Hospital - Litchfield, IL St. Mary's Hospital - Decatur, IL Good Shepherd Hospital - Shelbyville, IL St. Elizabeth's Hospital - Belleville, IL St. Joseph's Hospital - Highland, IL Hospital St. Anthony - Effingham, IL Hospital St. Joseph - Breese, IL Hospital de la Sagrada Familia, Greenville, IL</p> <p>Toda la correspondencia de Illinois debe enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Servicios financieros para pacientes Atención: Programa de asistencia financiera PO Box 13427 Springfield, IL 62791</p> <p>Número gratuito - (888) 477-4221 Email - ILSBO@hshs.org</p>
<p><u>Wisconsin occidental</u> St. Joseph's Hospital - Chippewa Falls, WI Hospital del Sagrado Corazón - Eau Claire, WI</p> <p>Toda la correspondencia del oeste de Wisconsin debe enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>Servicios financieros para pacientes Atención: Programa de asistencia financiera 900 West Clairemont Avenue Eau Claire, WI 54701</p> <p>Local - (715) 717-4141 Número gratuito - (888) 445-4554</p>	

Fax - (715) 717-4032	
----------------------	--

2. Los pacientes y los garantes pueden conectarse al sitio web de nuestro sistema (www.hshs.org/fap) o los [sitios web del hospital](#) para obtener información adicional sobre esta y otras políticas de servicios financieros para pacientes :

División de Pascua de Wisconsin

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

División de Western Wisconsin

- Hospital del Sagrado Corazón de HSHS
<https://www.sacredhearteauclaire.org/Hospital-Information/About/Community-Care-Program>
- HSHS St. Joseph's Hospital
<http://www.stjoeschipfalls.org/Patients-Guests/Financial-Assistance>

División de Illinois Central

- Hospital del Buen Pastor HSHS
<https://hshsgoodshepherd.org/Patients-and-Guests/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance>
- Hospital HSHS St. Francis
<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.stmarysdecatour.com/Patient-Guest/Patient-Financial-Services/Financial-Assistance.aspx>

División del Sur de Illinois

- 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. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias de la Política de facturación y cobranza en persona en cualquiera de los ministerios del sistema. Las solicitudes están disponibles en el ambulatorio de acceso, registro, admisión y de emergencia del departamento de áreas o pedir a un colega HSHS de asistencia.