



Política de Créditos de Pacientes

Política# GRL9040

Objetivo del procedimiento:

Establecer las directrices para Geisinger y proveer aclaraciones relacionadas con los requerimientos 501(r) asociados a los requisitos de la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Geisinger en relación con los pagos y créditos de pacientes, en tanto y en cuanto se relacionen con el acceso a los servicios médicos por parte del paciente. Esta política se aplica a todos los pacientes de Geisinger que reciben cuidados médicos en cualquier entidad de Geisinger y en todas sus organizaciones subsidiarias.

Pasos del procedimiento:

Geisinger se compromete a proporcionar servicios médicos a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, en aquellas instancias en las cuales se provean servicios que puedan ser reembolsables, Geisinger les solicitará a los pacientes que cumplan con la Política de Asistencia Financiera (FAP) de Geisinger (Anexo A) para asegurarse el reembolso de dichos servicios. Si así no lo hicieran, el paciente deberá asumir la responsabilidad de pago de los servicios provistos.

DEFINICIONES:

FAP: Política de Asistencia Financiera

EMTALA: Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo

PFC: Asesor Financiero del Paciente

CAC: Asesor de Solicitud Certificado

RESPONSABILIDADES:

La oficina de Gestión de Ingresos administrará esta política.



EQUIPAMIENTO/SUMINISTROS:

No corresponde.

PROCEDIMIENTO:

I. Geisinger ofrece asistencia financiera a través del Asesor Financiero del Paciente (PFC, por sus siglas en inglés) y de los Asesores de Solicitud Certificados (CAC, por sus siglas en inglés), que proveen asesoramiento financiero a los pacientes antes de recibir los servicios, al momento de recibir los servicios y luego de la prestación de los servicios. El Asesor Financiero asiste a los pacientes para que comprendan sus responsabilidades financieras, las opciones de asistencia financiera existentes y las opciones de pago que se ajusten a sus necesidades. Los criterios se aplicarán a:

A. Servicios de urgencia y de emergencia;

Los servicios de urgencia y de emergencia se definen como un servicio requerido cuando un médico dentro de Geisinger determina que se necesita atención inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o bien una discapacidad. Los servicios de urgencia y de emergencia se les proveerán a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Cada departamento clínico determinará cuando se necesitan los servicios de urgencia y de emergencia, en consideración de la definición antes citada.

En el caso de que un paciente tuviera una “enfermedad de emergencia” según se define en la Política de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA) (Anexo B), la evaluación médica y el tratamiento adecuado no deberán demorarse debido a alguna consulta en relación con el método de pago del paciente o el estado de su seguro médico.

Si se determinara que se necesitan los servicios de urgencia y de emergencia, y que el paciente no tiene cobertura de seguro médico, Geisinger -con la cooperación del paciente- presentará una solicitud de Asistencia Médica en nombre del paciente en un intento por asegurarse el reembolso de los servicios prestados. A aquel paciente que previamente haya sido calificado como no elegible para recibir Asistencia Médica se le



solicitará que cumpla con este proceso si se requieren servicios de urgencia y de emergencia. Si el paciente no cooperara con Geisinger, se le facturarán los cargos totales.

B. Servicios que no son de urgencia/emergencia y Servicios optativos

A aquellos pacientes que se presenten para servicios optativos o servicios que no son de urgencia/emergencia, quienes no tengan seguro médico o quienes tengan una cobertura de seguro médico que no cubre los servicios optativos o los servicios que no son de urgencia/emergencia, se les solicitará que soliciten la asistencia financiera a través del programa Medicaid Estatal, el Seguro Médico “Exchange” y/o Atención Sin Cargo, y que obtengan la aprobación para dichos servicios optativos o que no son de urgencia/emergencia por anticipado a la prestación de los servicios. Si no se pudiera obtener la aprobación para dichos servicios, el paciente necesitará proveer un depósito a Geisinger equivalente a lo siguiente:

- Admisiones – cien por ciento (100 %) del total de los cargos por habitación y pensión completa (basado en una tarifa de alojamiento médico estándar semi-privado), que dependerá de la duración estimada de la estadía del paciente y cualquier cargo asociado. Para revisar las opciones de pago, los pacientes pueden comunicarse con un asesor financiero llamando al Centro de Llamadas de Servicios al Paciente de Geisinger al 1-800-640-4206. El Asesoramiento Financiero también está disponible a través de un Asesor Financiero del Paciente de Geisinger o un Representante de Autorización Pre-Financiera al momento de la programación. Las citas en persona también son una opción disponible.
- Servicios Ambulatorios – cien por ciento (100 %) del cargo total de la visita o del cargo del procedimiento, si el paciente no fuera admitido o fuera ambulatorio. Para revisar las opciones de pago, los pacientes pueden comunicarse con un asesor financiero llamando al Centro de Llamadas de Servicios al Paciente de Geisinger al 1-800-640-4206. El Asesoramiento Financiero también está disponible a través de un Asesor Financiero del Paciente de Geisinger o un Representante de Autorización Pre-Financiera al



momento de la programación. Las citas en persona también son una opción disponible.

C. Departamento de Emergencias

Geisinger cumple con los requerimientos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA) y no existe ningún contenido en la presente política que pueda evitar dicho cumplimiento. Conforme a la Política de la Ley EMTALA, ninguna evaluación médica o tratamiento deberían demorarse debido a consultas sobre el método de pago del paciente o el estado de su seguro de salud.

Sujeto a los requerimientos de la Ley EMTALA, en el Departamento de Emergencias todos los pacientes que reciban Servicios de Emergencia serán sometidos al proceso de triaje y luego registrados. Si se determinara que el paciente presenta una enfermedad de urgencia o emergencia, Geisinger deberá cumplir con los procedimientos para brindar servicios de urgencia y de emergencia, y el tratamiento se proveerá independientemente del estado del seguro de salud. Si se determinara que un paciente está presentando una enfermedad que no es de urgencia/emergencia, y que el paciente no tiene cobertura de seguro médico, se lo derivará para seguimiento a una sala para tratamiento de casos que no son de urgencia/emergencia y Geisinger deberá cumplir con los procedimientos identificados para servicios que no son de urgencia/emergencia y servicios optativos.

D. Cobranzas en el Punto de Servicios

Todos los copagos, deducibles y saldos de auto-pago pendientes se cobrarán antes de que los servicios sean prestados, en el caso de todos los servicios que no sean de urgencia/emergencia. Se informará al paciente al momento de la programación y/o en el “punto de servicios” acerca de cualquier monto adeudado. Dichos montos se cobrarán en el “punto de servicios” antes de que los servicios se le provean al paciente. Si el paciente expresara su voluntad de pago, sin tener la capacidad de pagar, se le requerirá que consulte al asesor financiero antes de recibir el servicio para revisar las opciones de pago basado en sus ingresos, la cantidad de miembros que conforman su grupo familiar y sus activos, en coordinación con las actuales Directrices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés).



E. Política de descuentos

Cuando un paciente se presentara para recibir servicios que no son de urgencia/emergencia y no tuviera cobertura de seguro médico o los servicios en cuestión no fueran cubiertos, se le podrá ofrecer un descuento, basado en los cargos brutos. El descuento en cuestión se determinará teniendo en cuenta la cantidad de miembros que conforman el grupo familiar y los ingresos del hogar. La determinación y pertinencia del monto descontado se basa en la utilización de la “Matriz de Directrices de Ingresos”. A continuación se detallan las directrices con respecto a esta política:

- La presente política no será aplicable a copagos y deducibles.
- Quedan excluidos los programas de precio por paquete con respecto a esta forma de descuentos.
- El acuerdo para descuentos en los servicios cuando se trate de servicios que no son de urgencia/emergencia se debe determinar antes de la prestación de los servicios.
- Si el paciente buscara tratamiento para servicios de urgencia/emergencia y no tuviera cobertura de seguro médico o los servicios no estuvieran cubiertos, se prestarán los servicios en cuestión y la determinación de las varias opciones de pago se realizarán con posterioridad.

F. Política de cobranzas

La presente política también establece el proceso de cobranzas para pacientes con auto-pago y saldos auto-pago adeudados luego de que el seguro primario haya sido pagado (sujeto a las excepciones de la gestión de riesgos). Las siguientes directrices corresponden al proceso de cobranzas:

- Todos los pacientes serán notificados a través de su estado de cuenta acerca de la Política de Asistencia Financiera de Geisinger y las opciones de pago, además de la explicación de las acciones de cobranzas extraordinarias que podrían tener lugar.



- Informar a los individuos que el período de presentación de solicitudes de Asistencia Financiera es de 240 días luego de la fecha en que el primer estado de cuenta posterior al alta fuera enviado por los servicios provistos.
- Luego de transcurrido tres (3) meses, se suministrará una lista preliminar de deudores incobrables para la administración de todos los pacientes que son elegibles para su transferencia a deudores incobrables dentro de los siguientes treinta (30) días. Si no se recibiera respuesta del paciente, entonces se procederá con el siguiente paso. En el tercer estado de cuenta se incluirá el siguiente texto para informar a los pacientes de esta manera: *Por el presente se le notifica que un informe de crédito negativo que se refleja en su historial crediticio puede ser presentado ante las agencias de información crediticia luego de 30 días desde la fecha de la presente notificación si usted no cumpliera con sus obligaciones de pago de los montos adeudados.*
- Un proceso de pre-cobranzas de cuatro (4) meses que consta de cuatro (4) estados de cuenta del paciente desde la “fecha del servicio” o desde el momento en que el saldo pasa a ser responsabilidad del garante.
- Luego de los primeros cuatro meses, todo saldo impago será transferido a “deudores incobrables” y asignado a una agencia de cobranzas de primera instancia por un período que no deberá superar los seis (6) meses, y el caso del paciente será informado a las agencias de “información crediticia”.
- Asimismo, si el saldo permaneciera impago luego de este período, la deuda se asignará a una agencia de cobranzas de segunda instancia por un período que no deberá superar los seis (6) meses.
- Se podrá considerar iniciar acciones legales caso por caso, con el objeto de establecer un gravamen sobre alguna propiedad del paciente. No perseguiremos la ejecución de ningún gravamen.

REFERENCIAS:

Anexo A: [Política de Asistencia Financiera](#)

Anexo B: [Política EMTALA](#)



Información del documento

<i>Desarrollado</i>	<i>Revisado/Corregido*</i>	<i>Fuente</i>	<i>Aprobado por & Fecha</i>
18/08/2004	14/05/2009 08/02/2011 29/03/2018	Depto. Supervisor	VP, Ciclo de Ingresos

Nombre del archivo: O:\home\C\Bs\PUB\RC Policies & Procedures\ADMINISTRATIVE\grl9040_patient_credit_policy020811.doc